

Imagen de la enfermera(o) en el área hospitalaria: mirada de los profesionales médicos en
Cartagena 2017

Investigadora
Shirley Paola Fernández Aragón

Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Enfermería

Asesor
Edna Gómez Bustamante

Universidad de Cartagena
Facultad de Enfermería
Maestría en Enfermería
Cartagena
2017

Imagen de la enfermera(o) en el área hospitalaria: mirada de los profesionales médicos en
Cartagena 2017

Investigador

Shirley Paola Fernández Aragón

Especialista en Gestión de la Calidad y Auditoría en Salud

Candidata a Magíster en Enfermería

Asesor

Edna Gómez Bustamante

Enfermera, Especialista en educación con énfasis en evaluación

Especialista en salud familiar

Magister en enfermería con énfasis en salud familiar

Doctora en ciencias de la educación

Universidad de Cartagena

Facultad de Enfermería

Maestría en Enfermería

Cartagena

2017

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	8
ABSTRACT	9
1. INTRODUCCION.....	10
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	10
3. JUSTIFICACIÓN	17
4. OBJETIVO	20
5. MARCO REFERENCIAL	221
5.1 Concepto profesión.....	21
5.2 Profesión de enfermería.....	23
5.3 Imagen social.....	24
5.4 Imagen social del profesional de enfermería.....	27
6 . METODOLOGÍA.....	29
6.1 Tipo de investigación.....	29
6.2 Participantes.....	¡Error! Marcador no definido. 29
6.3 Muestra y muestreo	29
6.4 Criterios de inclusión y exclusión	30
6.5 Técnicas e instrumento de recolección de información.....	31
6.6 Procedimiento para la recolección de datos	32
6.7 Análisis de la información.....	34
6.8 Consideraciones éticas.....	36
7 . RESULTADOS	37
7.1 Descripción de los participantes.....	37
7.2 Categorías y subcategorías.....	37
7.2.1 Categoría 1: Enfermería profesión de menor rango.....	38
7.2.2 Categoría 2: desconocimiento de los roles profesionales del enfermero(a) y pérdida de funciones.....	41
7.2.3 Categoría 3: pérdida del apostolado de enfermería.....	47

7.2.4 Categoría 4: admiración y acople cuando la enfermera se dedica al paciente.....	51
8. DISCUSIÓN	55
9. CONCLUSIONES.....	61
10. RECOMENDACIONES.....	63
11. REFERENCIAS.....	64
12. ANEXOS.....	72

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Descriptivo de participantes.....	76
Tabla 2. Categorías y subcategorías.....	37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Enfermería profesión de menor rango.....	38
Figura 2. Desconocimiento de los roles profesionales y pérdida de funciones.....	41
Figura 3. Pérdida del apostolado de Enfermería.....	48
Figura 4. Aprendizaje y acople frente la dedicación al cuidado permanente del paciente.....	52

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Guión de entrevista	72
Anexo 2. Información del entrevistado	73
Anexo 3. Consentimiento informado.....	75
Anexo 4. Tabla 1 Descriptivo de los participantes.....	76

RESUMEN

La imagen de un profesional se afirma en la dinámica social, es producto de las interacciones y está altamente determinada por las mediaciones culturales en un momento social en particular. El accionar del enfermero está marcado en gran medida por su historia, la cual ésta delineada por la vocación como acto de cuidar. **Objetivo:** analizar la imagen que tiene el equipo médico sobre el profesional de enfermería del área hospitalaria en la ciudad de Cartagena en el año 2017. **Método:** estudio cualitativo de tipo descriptivo que utilizó como herramienta metodológica para el análisis, la teoría fundamentada. Se realizaron 15 entrevistas en profundidad. La población estuvo representada por 15 profesionales médicos que laboraban en el área hospitalaria y se cumplió con los requisitos técnicos y metodológicos estipulados en la resolución 008430/93. **Resultados:** el profesional de enfermería, es visto como como un profesional de menor rango, con pérdida de funciones dentro del área hospitalaria; muestra perdida del apostolado de enfermería, el uso del uniforme y poca vocación hacia la profesión. Se ha convertido en un aprendizaje para el profesional médico en relación al cuidado constante del paciente y se muestra colegaje entre ambos profesionales. **Conclusión:** se encontró que el equipo médico resalta un aprendizaje constante del profesional de enfermería ante su dedicación permanente con el paciente y el acople que puede existir entre el profesional médico y de enfermería en aras de la recuperación de este; además, se evidencia que la enfermería es considerada como una profesión de menor rango, que ha perdido funciones dentro del servicio hospitalario, al igual que su apostolado y misión disciplinar; asimismo, se desconocen los roles en los que el enfermero(a) puede desempeñarse.

Palabras clave: Imagen Eidética, enfermería, percepción social. (DecS)

ABSTRACT

The image of a professional is affirmed in social dynamics, is a product of interactions and is highly determined by cultural mediations in a particular social moment. The action of the nurse is marked to a large extent by its history, which is delineated by the vocation as an act of caring. **Objective:** to analyze the image that the medical team has on the nursing professional of the hospital area in the city of Cartagena in the year 2017. **Method:** qualitative study of descriptive type that used as a methodological tool for the analysis, the theory grounded. Fifteen in-depth interviews were conducted. The population was represented by 15 medical professionals who worked in the hospital area and met the technical and methodological requirements stipulated in resolution 008430/93. **Results:** the nursing professional is seen as a professional of lower rank, with loss of functions within the hospital area; shows loss of the nursing apostolate, the use of uniform and little vocation to the profession. It has become an apprenticeship for the medical professional in relation to the patient's constant care, and there is a partnership between the two professionals. **Conclusion:** it was found that the medical team emphasizes a constant learning of the nursing professional before his permanent dedication with the patient and the connection that can exist between the medical professional and of nursing for the recovery of this one; in addition, it is evident that the nursing is considered as a profession of lower rank, that has lost functions within the hospital service, as well as its apostolate and disciplinary mission; Also, the roles in which the nurse is able to perform are not known.

Key words: Eidetic Image, nursing, social perception. (DecS)

1. INTRODUCCIÓN

La imagen social de los profesionales en general no es un simple retrato instantáneo, esta se afirma en la dinámica social, es producto de las interacciones y está altamente determinada por las mediaciones culturales y la situación biográfica de las personas en un momento social en particular. Además, la imagen social se constituye en ideas e imágenes compartidas por la mayoría de las personas, que muestran solamente los aspectos más inmutables, visibles o difundidos de una ocupación, aspecto que se construye a partir de los roles comunes que abarca una profesión.

Lo anterior originó la preocupación y el interés de analizar la Imagen que tiene el profesional de enfermería desde la mirada del equipo médico; profesional con quien sostiene una interacción permanente durante la atención hospitalaria y con quien desde la historia se ha manejado el estereotipo de la enfermera como auxiliar del médico. Para esto, se realizó un estudio cualitativo de tipo descriptivo que utilizó como herramienta metodológica para el análisis, la teoría fundamentada. Se realizaron 15 entrevistas a profundidad a 15 profesionales médicos que laboraban en el área hospitalaria pública y privada.

El informe contiene una primera parte que detalla la descripción del problema el cual se concreta en la pregunta de investigación, en segundo lugar se muestra la justificación del estudio y tercero se presentan los objetivos que direccionaron la realización del mismo.

La cuarta parte expone el marco referencial describiendo el sustento teórico que orientó la investigación, explica el concepto de profesión, profesión de enfermería, imagen social e imagen social del enfermero.

La quinta parte sustenta la metodología utilizada que permitió y facilitó el desarrollo del estudio y el logro del objetivo propuesto; en este punto se muestra el tipo de investigación, los participantes del estudio, los criterios de inclusión y condiciones de participación, las técnicas e instrumento de recolección de información, el análisis de la información y de igual manera, los criterios y rigor de calidad del proceso metodológico, al igual que las consideraciones éticas en el manejo de la información.

Seguidamente como parte número seis, se presenta el ítem de resultados donde se describen las características de los participantes del estudio y las categorías y subcategorías que emergieron del análisis de la información extraída de las entrevistas realizadas.

Por último, se presenta la discusión, conclusiones, limitaciones del estudio y recomendaciones finales.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Una imagen es la figura y/o representación visual o mental de alguna situación; aparece en la mente como visiones, fantasías, imaginaciones, esquemas o modelos y resulta de las percepciones externas y subjetivas de un individuo. Es evidentemente una construcción que permite conectar la experiencia cotidiana o compartida a través de un modelo asociado. Así, la construcción y predominio de una imagen es una consecuencia histórica, asociada a preconceptos tradicionalmente elaborados¹.

Según Brown y Levisnson, la imagen pública o social de una persona es perfilada en dos enfoques: positivo y negativo. El primero es el deseo de ser estimado y reconocido socialmente, el segundo es el deseo de poder actuar libremente en un territorio considerado propio². Por otro lado, para Goffman la imagen se relaciona con la idea de prestigio o apariencia que una persona muestra a la sociedad la cual no es una construcción arbitraria y extra temporal, sino un «equipamiento expresivo de tipo estandarizado», denominada *fachada personal*³.

De la misma manera, Moreno⁴ considera «la imagen social como una creación icónica, simplificada y estereotipada, que a través de una serie de atributos representa una parte o el discurso social de un determinado entorno sociocultural con respecto a una realidad social»; y que esta se construye de la realidad cotidiana, partiendo de experiencias o vivencias personales.

Para Rojas⁵, en el caso de las profesiones y los profesionales en concreto, la imagen social no es una simple fotografía instantánea sobre el objeto de indagación; esta se afirma en la dinámica social, es producto de las interacciones y está altamente determinada por las mediaciones culturales y la situación biográfica de las personas en un momento social en particular. Además, que la imagen social se constituye en ideas e imágenes compartidas por la mayoría de las personas, que muestran solamente los aspectos más estereotipados, visibles o difundidos de una ocupación, aspecto que se construye a partir de algunas características y los roles comunes que abarca una profesión⁶.

Fernández⁷ por su parte, constata que las profesiones son expresiones del contexto socioeconómico, cultural y político específico de su tiempo y alude a la noción de *profesión* moderna como ocupación que se diferencia de otras, por estar orientada principalmente a atender las necesidades de las personas por medio de la aplicación de los conocimientos y experiencias adquiridas en las instituciones de educación superior, de dedicación exclusiva y por cuyos servicios se recibe un ingreso para vivir, entre algunos de sus rasgos más comunes.

Autores como Ben-David⁸ señalan que una de las características de los integrantes de una profesión es que poseen un sueldo elevado, un estatus social y autonomía en su trabajo; considera que esta posición privilegiada se obtiene a partir de que las profesiones realizan funciones que son socialmente valoradas.

En este contexto, la imagen social de la profesión de enfermería es una situación de preocupación global, tal como lo manifiesta la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este organismo determinó como problema central en la década del 2005 al 2015, el poco reconocimiento que dichos profesionales tenían a nivel general entre el recurso humano en salud⁹.

Ante esta situación, se hace necesario mirar de manera retrospectiva, la evolución de la profesión y los hitos sociales que la han determinado.

La historia del cuidado, eje central de la práctica profesional, marcó su proceso de desarrollo y evolución. Históricamente, el valor social de los cuidados aplicados por mujeres no fue considerado en absoluto, pues era relacionado con la actividad propia de un oficio, de la vida cotidiana inherente a su rol. Después, los cuidados fueron asumidos por la mujer consagrada, donde la actividad era asociada a la purificación y reivindicación; en periodos posteriores, los brindaron personas conocidas socialmente como «auxiliar del médico», lo que llegó a convertirse luego en una profesión¹⁰.

Según lo planteado por González, G¹¹., la enfermería como profesión ha evolucionado desde el momento en que Florence Nightingale impulsó relevantes cambios que transformaron la visión que se tenía hasta esa época acerca de la actividad de Enfermería. Para la autora referenciada, el convencimiento de Nightingale de que la formación era la principal herramienta para realizar una labor marcó el direccionamiento de lo que hoy es la profesión.

Pero no se puede desconocer que el modelo de Nightingale limitó la práctica del cuidado de enfermería, mostrándola como una función dependiente de las órdenes médicas y como una profesión sin autonomía. De hecho, tal imagen que en algunos grupos poblaciones aún se mantiene y que fue influenciada por su propio perfil como una mujer ideal trasplantada del hogar al hospital, que ofrecía al médico, obediencia absoluta y al paciente, la altruista devoción de ser madre¹¹.

El accionar de la enfermera(o) está marcado en gran medida por la historia de la profesión, la cual está delineada por la vocación como acto de brindar cuidado y ayuda al paciente que sufre de alguna enfermedad y a mantener la salud de los que no padecen. En la actualidad, la división del trabajo no se asienta en criterios absolutamente técnicos, sino que mantiene una fuerte carga cultural en forma de roles e imágenes de origen doméstico que asignan al rol de cuidados propios de enfermería, las categorías de sumisión, inferioridad y dependencia¹².

De igual manera se encuentra un imaginario social que concibe la enfermería como una profesión cuya misión es prestar atención de salud específica e insustituible y que encarna los valores personales y morales más elevados como solidaridad, consuelo, generosidad, alivio, etcétera. Lo anterior contrasta con la imagen que es una profesión escasamente cualificada, estrechamente ligada al género femenino, en la que prevalece el escaso nivel

intelectual, la nula capacidad de decisión, la subordinación y dependencia de otros profesionales¹³.

En la revisión sobre antecedentes de investigaciones realizadas acerca del tema, se identificó una variada postura desde los enfoques metodológicos y maneras de abordar la imagen social de la profesión de enfermería, lo que demuestra la preocupación del colectivo enfermero por evidenciar cómo es percibido por otros profesionales de la salud, específicamente el profesional médico.

Autores como Gattell ponen de relieve cómo la imagen que los públicos y las sociedades tienen de las enfermeras no coincide con la realidad profesional de este colectivo, es decir, con lo que realmente las enfermeras son y hacen; esto, en definitiva, repercute negativamente en su reconocimiento e imagen social¹⁴.

En Cuba, Torres Esperón¹⁵ realizó un estudio descriptivo retrospectivo, para analizar cómo ha evolucionado la concepción de las funciones del personal de enfermería y su influencia para el desarrollo de la profesión. En su revisión, observó la preocupación por definir y delimitar las funciones para el personal de enfermería, tanto en el equipo de la profesión, como en la multidisciplina, teniendo en cuenta que la falta de delimitación de las funciones tiene una repercusión importante en el reconocimiento y la imagen social de la profesión.

Otras investigaciones como la de Celma y Acuña, con una metodología etnográfica sobre una población de supervisores, enfermeros, médicos y gestores que trabajan en la atención primaria y hospitalaria de Granada España, coinciden en evidenciar que la escasa autonomía y la falta de definición en el trabajo, no permite el desarrollo profesional del enfermero. De este modo, interioriza una cultura forjada en un fuerte autoritarismo y desvirtúa su imagen social; el desprestigio de la profesión también está altamente influenciado por la falta de identidad dentro del grupo profesional¹².

Asimismo, en España, Fajardo Trasobares y German Bes¹⁶ realizaron un estudio sobre *Relatos de Vida Profesional* y encontraron que cuando se quiere dar valor al trabajo de la enfermera, se le suele dar otra categoría; en la mayoría de los casos, se le compara con el médico y le restan valor y reconocimiento social a la figura de la enfermera. Además, concluyeron que la influencia de género en la falta de reconocimiento y las relaciones de poder asimétricas podría ser debido a la eficacia simbólica que asocia parte de los cuidados enfermeros a cualidades intrínsecamente femeninas.

De modo similar, Errasti-Ibarrondo, Arantzamendi-Solabarrieta y Canga-Armayor¹⁷ desarrollaron una revisión sistemática de la literatura entre diciembre de 2010 y abril de 2011. Seleccionaron trece artículos valorados con nivel de evidencia 3^a procedentes de cinco países que abarcaban el periodo comprendido entre 1988 y 2010.

Tras el análisis de la temática, los autores concluyeron que aunque la consideración social de la enfermería sea escasa, como carrera universitaria, es vista como una opción positiva. Sin embargo, parece que la profesión carece del estatus que tienen los médicos; además, el

trabajo del enfermero es descrito mediante muchas actividades, lo que conlleva a la sociedad a no reconocer al profesional de enfermería plenamente con un campo de competencias propio, tal como lo muestran los estudios realizados en el Reino Unido, EE.UU e Italia. En dichos estudios se refleja cierta confusión entre el papel de las *enfermeras cualificadas* con la de los *asistentes de salud* o también llamados *auxiliares de enfermería*.

Aunado a ello, sigue vivo el viejo estereotipo de ayudante del médico; existe un escaso reconocimiento de la evolución de la profesión y del esfuerzo de las enfermeras por definir su propio espacio de autonomía. Del mismo modo, se percibe como una profesión estrechamente relacionada con tareas y se confía en ella para las actividades que le han sido asociadas tradicionalmente, además se ha mostrado como una profesión menos relacionada con la feminidad y más preparada que antaño¹⁷.

De la misma manera, Nájera y Castrillón en su revisión bibliográfica sobre la Enfermería en América Latina, direccionan su atención en la práctica hospitalaria, donde manifiestan que no se ha logrado la autonomía del profesional de enfermería, porque sus actuaciones y decisiones quedan entre la autoridad de una administración superior y la autoridad técnica del médico; adicional, evidencian la necesidad de comprender que el reconocimiento de la función única y autónoma de enfermería, junto con una imagen social acorde a su quehacer profesional, abre las puertas al desarrollo teórico de la disciplina¹⁸.

Por otro lado en Colombia, Romero Ballen¹⁹ presentó un análisis del contexto sociopolítico de la salud, en el que se evidencian los efectos sobre la enfermería de hoy en Colombia, mostrando el ejercicio de la profesión centrado en los objetos y no en el sujeto. Las condiciones adversas de este contexto han generado en la práctica de la enfermería, que la vocación profesional de ejercer un cuidado aparezca ausente o negada por el mismo sistema de salud.

Por tal motivo, hoy más que nunca las enfermeras están en un proceso de expropiación del objeto de estudio de la profesión y del sujeto del cuidado, con lo que se desvirtúa la imagen social del profesional de enfermería.

Empero, Buitrago Echeverri²⁰, con un estudio exploratorio llevado a cabo con 124 estudiantes de enfermería, encontró que la principal motivación para su estudio fue la vocación y el servicio, lo que reafirma su ubicación como ciencia humana con el propósito fundamental del cuidado de individuos y colectivos: igual que la imagen constante que ha tenido el enfermero a través de la historia.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud sostiene que tanto el estatus como el reconocimiento social de la enfermería en la región de las Américas son limitados. En estos países, 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 de evidente subordinación a la profesión médica ha estimulado una actitud psicológica de servicio como subordinado, carente de confianza y

baja autoestima. En general, la enfermería como categoría profesional tiene dificultades en hacer visible su servicio a la sociedad²¹.

Sin duda, la imagen de la enfermería continúa plagada de estereotipos y parece seguir funcionando como una infraestructura transparente, como si estuviese al margen del sistema de salud; transparencia que se halla magnificada por la ausencia de signos visibles que identifiquen a los miembros de esta profesión, tal como si las enfermeras y enfermeros no necesitaran que se visualice socialmente su imagen²².

Ante las consideraciones anteriores, se puede decir que la imagen social de la profesión de enfermería se ve matizada por una gama de circunstancias histórico-sociales que la estigmatizan e impiden construir y pronunciar a los profesionales su propio discurso, expresar sus ideas, reconstruirse como sujetos sociales y profesionales con deberes y derechos²³.

A lo largo de los planteamientos hechos, se muestra cómo la imagen y la función del personal de enfermería han sido objeto de diversas transformaciones, pues al igual que otras profesiones, se basa en un concepto social y como toda actividad social, se desarrolla en un contexto histórico en permanente cambio y conflicto. Es así que su desarrollo ha transitado por una práctica de cuidados basada en conocimientos empíricos, cuyos valores fueron determinados por ciertas ideologías dogmáticas, influidas por la moral tradicional y modelos basados en la abnegación y en el sacrificio.²⁴

Por lo antes mencionado, es necesario comprender lo que significa la enfermería en su quehacer profesional a través de formaciones subjetivas como: opiniones, actitudes, creencias, informaciones y conocimientos²⁵. Esto servirá para identificar la imagen que se tiene de la profesión en la práctica, especialmente el equipo médico con quien sostiene una interacción permanente durante la atención hospitalaria y con quien desde la historia se maneja el estereotipo de la enfermera como auxiliar del médico. Sumado a ello, ante la revisión bibliográfica no se evidencian investigaciones que aborden la imagen social desde la mirada del equipo médico en el área hospitalaria.

Además, al ser la imagen de un profesional, producto de la interacción y de las relaciones que mantienen con otros actores de forma cotidiana²⁶, es necesario estudiar la imagen del profesional de enfermería a la luz de los médicos y no desde otros profesionales de la salud, ya que la relación permanente entre estas dos profesiones se debe a que muchas de las intervenciones realizadas por enfermería en el área clínica asistencial son en parte codependientes de las prescripciones del equipo médico, conllevando a una cercanía especial entre estas profesiones; y es con quien de forma constante mantiene una comunicación, necesaria para cumplir con el propósito de la profesión.

Dadas las condiciones que anteceden los motivos que condujeron a la elección del tema «Imagen social del profesional de Enfermería en Cartagena», se centra el interés en analizar por qué existe un distanciamiento entre la imagen real de la enfermería y aquella visión que tiene la sociedad.

Es decir, responder a la pregunta: ¿Cuál es la imagen que tienen los profesionales médicos, del profesional de enfermería en la práctica asistencial hospitalaria en Cartagena?

3. JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de toda profesión está ligado a la evolución permanente y constante de las sociedades y a su vez, está influenciada por aspectos económicos, políticos y culturales, de donde se genera un cúmulo de saberes y prácticas profesionales. Sin embargo, para Parsons²⁷, el profesional tiene que estar en relación directa con el saber que emerge de cada cambio social y económico del país, además de estar conectado con el público y ser parte de una institución estratégica para el funcionamiento del sistema social.

Sin duda, toda profesión produce profesionales que simultáneamente la originan y que se ven influenciados dentro de las condiciones y estigmatizaciones de la sociedad, las cuales se remontan a la historia de la profesión por su origen, género predominante, evolución y funciones. Tal es el caso de la enfermería, que desde sus inicios está enmarcada en una imagen estereotipada del profesional que poco tiene que ver con la realidad actual, donde se encuentra una estructura jerárquica entre el médico y la enfermera, que emana de sus respectivos orígenes educacionales²⁸.

Hay que tener en cuenta que la enfermería ha sido ejercida mayoritariamente por mujeres y que se ha desarrollado tradicionalmente junto a profesionales médicos²⁹, bajo su supervisión y siendo considerados como un colectivo de gran prestigio. Estos son solo algunos de los condicionantes que han podido llevar al público a tener una imagen equivocada, distorsionada o incompleta de lo que es el quehacer enfermero.

La imagen social que tiene una profesión produce efectos importantes en el profesional y para el caso de la enfermería, dadas las características de su desarrollo y sus significativas aportaciones en el cuidado del paciente, se refleja un cuestionamiento histórico y persistente sobre su estatus y prestigio social, indicadores importantes dentro de la imagen profesional. En lo anterior radica la conveniencia de este trabajo de investigación.

Por otra parte, Valle³⁰ manifiesta que el ejercicio de una profesión presupone, por un lado, el dominio de un cuerpo teórico disciplinar y por otro, la adquisición de habilidades técnico-profesionales relacionadas directamente a una práctica profesional en los ámbitos de su competencia, en el contexto de una sociedad determinada; ambos, indispensables para conseguir una autoridad profesional.

Sin embargo, también hay que considerar que las profesiones se relacionan con las necesidades sociales que atienden, en su sentido más amplio, y con las múltiples valoraciones de una sociedad determinada³¹.

De acuerdo con Gómez³², el significado que se le atribuye a una profesión se basa en su legitimidad, validez y función, determinadas por las características de la sociedad en la que nace y se desarrolla, los procesos y espacios de institucionalización; asimismo, como señala Bourdieu, por sus formas de representación social, que le otorgan un tipo o grado de reconocimiento y legitimidad social, por el cual adquieren un estatus social. En otras

palabras, los diferentes campos del conocimiento van conformando su estatus y reconocimiento social como profesiones con base en la producción de conocimientos y de su particular ejercicio, derivados principalmente de circunstancias de orden histórico, social e institucional, delimitadas por los modelos y las dinámicas socioeconómicas y políticas imperantes en una sociedad particular³¹.

El contexto actual de la profesión de enfermería no se encuentra alejado de esta concepción. Los enfermeros se encuentran en un proceso de aumento de saberes propio de la disciplina, oferta de servicios en diferentes áreas de acuerdo al perfil profesional y adaptación al sistema de salud de la época, lo que le añade un esfuerzo implícito de obtener un reconocimiento y una adecuada imagen social, consecuente a su quehacer profesional. Aun así, no es clara la imagen que tienen los profesionales de enfermería de sí mismos y esto conlleva a una desmotivación en la realización de actividades propias debido a una contraprestación social, indirectamente proporcional a su desempeño y funciones realizadas en las instituciones de salud; esto indica la relevancia teórica del proyecto de investigación, ya que brinda información importante para la disciplina y que ha sido poco estudiada en el campo hospitalario.

En efecto, la imagen de las enfermeras la construye mentalmente el público a partir de todo lo que estas transmiten voluntariamente o no y con intencionalidad comunicativa o no. Adicionalmente, tal imagen está muy condicionada por la forma en que los rasgos de su identidad son reproducidos y transmitidos a través de los diferentes medios de comunicación social, como la televisión, radio, prensa, internet, publicidad y cine.

En el caso que nos ocupa, se puede partir de la premisa anterior, que la sociedad no tiene un concepto claro sobre la enfermería y sin realizar ningún estudio de mercado, se puede sostener que la imagen que se tiene de esta profesión, no coincide con su verdadera identidad o esencia³³, aquí radica la relevancia social de este trabajo.

Con lo anterior, es claro que un agente importante en la conformación de la imagen social de la enfermería es la identidad profesional que tenga la propia enfermera, puesto que será un pilar fundamental en lo que transmitirá.

En el ámbito laboral, donde se evidencia el quehacer profesional, se proyecta una imagen de dependencia del médico en la toma de decisiones, de poca autonomía y confusa identidad profesional, lo que dificulta la difusión correcta del rol enfermero³⁴.

Empero, el poder identificar la imagen social que tiene el profesional de enfermería en su equipo médico permitirá crear y proponer estrategias encaminadas a mejorar o fortalecer esa proyección transmitida por el profesional; estrategias que desde la academia, serán pilares fundamentales para reconocimiento social de la profesión.

Poseer una imagen social acorde al desempeño profesional permitirá mantener y aumentar su autonomía, el respeto del usuario que solicite sus servicios, crear una necesidad en el

campo de acción de enfermería y mejorar la remuneración económica y social que tiene el profesional hoy día.

Este trabajo beneficiará al colectivo de enfermeros en su desarrollo profesional, aumentando sus conocimientos sobre cuál es la visión y hacia dónde se dirige esta profesión en el imaginario del equipo médico, como consecuencia de los cambios históricos, sociales y políticos; además de comprender la transformación que ha tenido la enfermería en cuanto a su imagen social enmarcada en el contexto actual, tal como dicen Rodríguez y Brito³⁵: «El vértigo que provoca los cambios en nuestra profesión en las últimas décadas parece que obliga a una redefinición continua de lo que es la enfermería».

Bajo este contexto, se hace necesario analizar la imagen que tiene el equipo médico del profesional de enfermería en el área hospitalaria en la ciudad de Cartagena.

4. OBJETIVO

4.1 Objetivo general

Analizar la imagen que tienen los médicos de los profesionales de enfermería en el área hospitalaria en Cartagena en el año 2017.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 Concepto *profesión*

Los antecedentes sobre el origen de este concepto se encuentran en antiguos textos hebreos, donde se señala que la palabra era usada con relación a funciones sacerdotales, los negocios en servicio del rey o de un funcionario real, ya que el vocablo significa *mandar* o *enviar*.

Los teóricos del siglo XIX consideraban las *profesiones* como una modalidad de lo que Tocqueville denominó «corporaciones intermediarias»; eran organismos por medio de los cuales podía instaurarse un nuevo orden social, en sustitución de la sociedad tradicional³⁶.

Para Max Weber, citado por Molina y Col³⁷, la profesión estaba vinculada a lo religioso en la tradición cristiana, ya que el acto de profesar está relacionado con la voluntad de consagrarse a Dios, obedecer a un ser superior, con un alto contenido de ascetismo, de entrega y sufrimiento.

Quizá esta es una de las razones sociológicas por la cual la mayoría de las sociedades asumieron la educación universitaria como una tradición mística llena de protocolos, requisitos e imaginarios sectarios que la alejan de la sociedad y sus necesidades. Esto conllevó a que el concepto *profesión* se tornara complejo y dejara de referirse a un *experto teórico incluido en un mundo laboral mediado por prestigios, jerarquías sociales y los prejuicios*.

Sin embargo, desde el punto de vista etimológico, el término *profesión* encierra en sí mismo una idea de desinterés, pues *profesar* no significa solamente ejercer un saber o una habilidad, sino también *creer* o *confesar* públicamente una creencia.

Tal palabra proviene del latín *professio-onis*, que significa acción y efecto de profesar. El uso común del concepto tiene diferentes acepciones, entre ellas, empleo, facultad u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente; protestación o confesión pública de algo (la profesión de fe, de un ideario político, etcétera).

En este sentido, profesión puede definirse como una actividad permanente que sirve de medio de vida y que determina el ingreso a un grupo profesional determinado. A nivel general, se ha definido *profesión* como una ocupación que monopoliza una serie de actividades privadas sobre la base de un gran acervo de conocimiento abstracto, que permite a quien lo desempeña, una considerable libertad de acción y que tiene importantes consecuencias sociales. Es un concepto que ha evolucionado a través del tiempo, ha sido producto de un desarrollo histórico, que ha creado y renovado mecanismos de diversa índole, hasta llegar a los procesos modernos que se conocen hoy en día³⁸.

Por otra parte Wilensky, citado por Fernández y Col³⁹ estableció que la profesión es una forma especial de organización ocupacional basada en un cuerpo de conocimiento sistemático adquirido a través de una formación escolar. Asimismo, el autor establece que una actividad pasa a ser considerada profesión cuando supera las cinco etapas del proceso de profesionalización, en donde el trabajo se convierte en una ocupación de tiempo integral como consecuencia de la necesidad social del surgimiento y ampliación del mercado de trabajo; se crean escuelas para el adiestramiento y formación de nuevos profesionales; se constituye la asociación profesional en donde se definen los perfiles profesionales; se reglamenta la profesión asegurando así el monopolio de competencia del saber y de la práctica profesional; y se adopta un código de ética con la intención de preservar así a los «genuinos profesionales».

De la misma forma, Millerson y Burrage afirmaron que toda profesión debe cumplir algunas características que permitan medir el grado de profesionalización de las diferentes ocupaciones y que además, deberían tener un sueldo elevado, un estatus social alto y autonomía en su trabajo³⁸, asumiendo una «responsabilidad» específica respecto a «los juicios hechos y de los actos cumplidos dentro del ámbito de esa autonomía profesional»⁴⁰.

Por su parte, Weber pone el énfasis en el conocimiento especializado, formalmente aprendido y acreditado con un título como primer elemento constitutivo de la definición⁴¹. Como segundo elemento, toma el grado de autonomía con el que trabaja todo profesional. Como tercer elemento, el conocimiento institucionalmente acreditado (título), la autonomía y responsabilidad en forma conjunta, lo cual lo explica como elemento típico de los cuerpos profesionales, «un honor estamental muy perfeccionado» o bien, en términos contemporáneos, una pretensión exitosa al máximo prestigio y reconocimiento social con todas las ventajas materiales y simbólicas que se asocian con este capital simbólico⁴².

Por su parte, Schein estableció en la década de los setentas, que las profesiones constituyen conjuntos de ocupaciones que han desarrollado un sistema de normas derivadas de su rol especial en la sociedad³⁹.

Ante esto, referirse a profesión denota una actividad económica-social específica; es decir, el que la ejerce o desempeña a través de sus actividades reconocidas socialmente recibe una retribución económica que va de acuerdo con el estatus social que le confiere la comunidad; y el reconocimiento social a una profesión determinada, varía de acuerdo con la sociedad en la que se trate y del momento en que se considere⁴³.

Por ello, la sociología de las profesiones, un campo particular de la sociología, busca que los profesionales puedan ser considerados y analizados como un grupo en el seno de una sociedad; identifica las funciones que cumplen las profesiones dentro de un contexto social y establece las bases conceptuales y las categorías de análisis que direccionan su estudio⁴⁴.

5.2 Profesión de enfermería

Enfermería se define como una profesión de servicio cuya actividad es identificada por la sociedad como de ayuda, de servir a las personas y de cuidar de su salud.⁴⁵ Su relevancia y sus valores sociales han sido categorías de justificación de la existencia de la profesión y la identificación ante la sociedad con valores propios.

No obstante, para comprender el sentido de la profesionalización de la Enfermería, es útil revisar el paradigma sociológico de las profesiones, en el que Max Weber había señalado la importancia de «los profesionales» en el nacimiento y desarrollo de la sociedad capitalista moderna, definidos como aquel «conjunto de trabajadores intelectuales excelentemente especializados gracias a una intensa preparación»⁴¹.

Velarde⁴² manifiesta que una profesión es una combinación estructural de tres características típicas: conocimiento acreditado mediante títulos, autonomía en el desempeño y reconocimiento social; por lo tanto, toda estrategia de profesionalización debe orientarse a resolver los tres desafíos implicados en la definición precedente.

Para el caso de la Enfermería, no ha sido fácil. En las estrategias para la profesionalización, se acentuó positiva y exitosamente el desafío de la formación o capacitación previa con fuerte componente teórico-práctico con base científica, ya sea desde un modelo de salud enfermedad biomédico o desde un modelo biopsicosocial; pero con ritmo desigual, al énfasis para resolver los desafíos de la autonomía en el desempeño y reconocimiento social. Lo anterior fue, probablemente por la persistencia de dos rasgos históricos tradicionales de la actividad: el carácter femenino y el carácter subalterno.

Por otro lado, el trabajo representa para el hombre el medio por el cual se producen bienes y servicios para otros, al mismo tiempo, es para el trabajador la manera de tener acceso a ingresos económicos y su principal fuente de autorrealización.

La concepción social que se tiene del trabajo está relacionada con la percepción de su utilidad social, de la valoración que se da a las cualidades que se requieren para su realización y del esfuerzo y dedicación que se exige al que lo realiza. La dicotomía entre lo espiritual y elevado y lo que es material ha repercutido en el desprecio que se ha tenido hacia el trabajo manual; mientras que las actividades que exigen mayor esfuerzo intelectual son consideradas de «mayor prestigio social», tal es el caso de las profesiones⁴⁶.

La Enfermería ha recorrido, a lo largo de la historia, un arduo camino, que lleva consigo el deseo de convertirla en una profesión autónoma e histórica. Anteriormente, la práctica de los cuidados se basaba en valores morales, que habían sido interiorizados por la religión e inspirados en las reglas de los conventos y en los contenidos profesionales, de carácter técnico, recogidos en las fuentes del conocimiento médico⁴⁷. Luego, con la influencia del *Taylorismo*, la práctica de la enfermería se rige por criterios de eficiencia, seguridad y confort, que van a modificar la prestación de los cuidados, otorgando mayor importancia a la técnica en detrimento de las relaciones enfermera/paciente⁴⁸.

Por esto, para tratar de comprender los conceptos que acompañan al desarrollo de las prácticas de las enfermeras, es importante identificar cuáles son los conceptos profesionales subyacentes a la construcción de la identidad profesional, no solo con relación a la adquisición y desarrollo de valores morales y sociales, sino también respecto a los conocimientos teóricos y prácticos. Aquí, hay que considerar que aquellos conceptos ideológicos que envuelven los conceptos acerca de la enfermería como profesión y estrategias de actuación desarrolladas van a condicionar su autonomía y en consecuencia, su identidad y reconocimiento⁴⁸.

Ante este contexto, la Enfermería ha tenido que reflexionar acerca de la manera de abordar la atención que brinda porque los avances tecnológicos, las condiciones económicas, sociales y culturales han hecho que las personas modifiquen sus estilos de vida y es por esta razón, que la profesión tiene que retomar su quehacer y reorientar su marco conceptual, pues no puede estar ajena a las circunstancias sociales y económicas de la sociedad actual, las cuales influyen en su concepción, reconocimiento, imagen y transformación⁴⁹.

Por consiguiente, el perfil de la enfermera de años atrás se ha modificado.

Se observa, al rastrear en la evolución de los cuidados, que los profesionales de enfermería quieren romper con la práctica clínica de las rutinas de los hospitales en las que la enfermera complementa el trabajo del médico y obedece concienzudamente las órdenes establecidas e institucionalizadas, con el fin de hacer de su práctica una actividad reflexiva y con un papel propio⁴⁸.

5.3 Imagen social

Para Goffman³⁻⁵⁰ la imagen social representa los valores que las personas reclaman para sí mismas en sus encuentros con los demás y el compromiso que ante ellos adquieren; manifiesta que cuando las personas están una ante la otra, «pueden funcionar no solo como instrumentos físicos sino también como instrumentos de comunicación».

Especialmente en su actuación pública, la persona intenta mostrar ciertos atributos de sí misma: se juega su fama y reputación, sabe que su imagen social la recibe en préstamo de la sociedad y «le será retirada si no se conduce de modo que resulte digno de ella». Por ello el esfuerzo y las estrategias que activan los individuos para presentar una imagen «idealizada» de sí mismos³⁻⁵⁰.

Sin embargo, dentro de este concepto de imagen de Goffman, se debe tener en cuenta que la comunicación transmitida por el actor puede ser intencional o por expresiones que «deja entrever», la cual hace parte de todos los aspectos de comportamiento no verbal más difíciles de controlar o disimular.

De la misma manera, Goffman³ dice que la imagen que ofrece un individuo a los otros (su «fachada personal») no es una construcción arbitraria y extratemporal, sino un «equipamiento expresivo de tipo estandarizado»; donde la caracterización positiva de la

fachada o de la persona (idealización para Goffman) alude a aquellos atributos que consiguen consenso y aprobación al expresar valores y jerarquías socialmente aceptadas, lo cual es válido del mismo modo para las idealizaciones negativas.

Según las circunstancias, mantener esa imagen en los encuentros cara a cara supone un cuidado que conlleva cierto esfuerzo y vigilancia, especialmente en situaciones donde el receptor es un público desconocido y numeroso, como es el caso de los usuarios del sistema de salud y el equipo de trabajo⁵⁰.

Por otro lado, Brown y Levinson² partiendo del concepto de Goffman, manifiestan que todo ser humano tiene una imagen pública que pretende preservar y la mejor forma de hacerlo es respetando la de los demás. Como la imagen es vulnerable y hay actos que resultan amenazantes para ella, es necesario mitigarlos con el fin de no ponerla en peligro y asimismo, no exponer negativamente las relaciones con los otros.

La imagen pública tiene dos caras: la positiva y la negativa. La primera expresa el deseo de ser aceptado socialmente; la segunda, el deseo de poder ejercer la libertad individual de acción. Su protección da lugar a la cortesía positiva y a la cortesía negativa, respectivamente. Entre los actos que pueden amenazar la imagen, se encuentran determinados actos verbales que hay que mitigar por medio de la cortesía verbal. Por tanto, habrá una cortesía verbal positiva, dedicada a mitigar los actos verbales que resulten amenazantes para la imagen positiva y una cortesía verbal negativa para preservar la imagen desfavorable de los actos verbales que la amenacen².

A lo largo del trabajo de Brown y Levinson², se van perfilando más las nociones de imagen positiva y negativa. Ellos concluyen que la imagen positiva es el deseo de ser estimado y reconocido socialmente, es decir, el deseo de proyectar nuestra propia imagen a los demás y de que sea reconocida; y la negativa, el deseo de poder actuar libremente en un territorio, en sentido amplio, que consideramos propio.

No obstante, Landone⁵¹ explica sobre el concepto de imagen social, que «(...) en cierto contexto comunicativo, cada hablante tiene una imagen, que no coincide propiamente con su identidad, sino que es una representación de la misma». Partiendo de definiciones de Calsamiglia, Tusón y Bravo, sobre el concepto de imagen social, Landone afirma que «[m]etafóricamente, es como si el hablante fuera un personaje que entra en una escena (el contexto de la enunciación) con una máscara social para desempeñar un papel en cierta situación comunicativa».

Ante esto y siendo las necesidades de imagen social, de carácter universal, cada cultura la constituye de maneras diferentes; razón por la cual Bravo⁵² toma el concepto *imagen social* desde la sociocultura que la contiene, la define y la manipula para acotar de forma más acabada los comportamientos comunicativos (des)cortesés en juego y llegar así a un entendimiento más apropiado de los mismos.

Así y para que la noción de imagen social sea más adecuada al momento de brindar explicaciones sobre comportamientos (des)corteses, retoma dos propuestas teóricas de Bravo: la primera supone una imagen social básica, subordinada a la de imagen social, y que daría cuenta de «una imagen consensuada y extendida a la sociedad de pertenencia que estaría «supuestamente» en conocimiento de los hablantes de una lengua, ya sea que la asuman o no», presumiendo entonces que los interlocutores se orientan por esta imagen social básica para guiar sus comportamientos.

De forma relacionada, la segunda propuesta es reconocer también que los interlocutores asumen determinados roles que proyectan sus correspondientes imágenes de rol para expresar necesidades acordes a las distintas situaciones del devenir social; entendiéndose por rol lo manifestado por Goffman³, como las posibles «presentaciones que un individuo realiza de sí para una situación social particular y en relación con otros individuos».

Cordisco⁵³ también coincide con esta apreciación: «La imagen social será sensible a la adopción de distintos roles por parte de los interlocutores, los cuales son negociados durante la interacción y cuyos rasgos se actualizan constantemente en una imagen de rol». Bravo⁵⁴ por su parte, postula los conceptos de autonomía y afiliación, como categorías alternativas a las de Brown y Levinson. Para prevenir cualquier sesgo etnocentrista dice que estas son categorías vacías que deben concretarse según cada cultura particular y cuyos contenidos o comportamientos no son dados *a priori*. De este modo, se define autonomía como «todos aquellos comportamientos que están relacionados cómo una persona desea verse y ser vista por los demás como un individuo con contorno propio dentro del grupo».

Apoyando esto Albelda y Bernal, citado por Rodríguez^{55- 56}, manifiestan que la autonomía se refiere al deseo de la persona de proyectar su individualidad, su independencia, su propio perfil dentro de un grupo; en la interacción, esta se expresa en todo lo que se hace para diferenciarse de dicho grupo.

La imagen de afiliación, por su parte, tiene que ver con «aquellos comportamientos en los cuales se refleja como una persona desea verse y ser vista por los demás en cuanto a aquellas características que lo identifican con el grupo». Esto es, todos aquellos comportamientos que acercan el individuo a los otros y lo vinculan al grupo. En concreto, cuando alguien apoya el punto de vista de su interlocutor o lo respeta y lo tiene en cuenta, resalta su imagen de afiliación^{56- 57}.

Del mismo modo, Bravo⁵⁴ considera importante tener en cuenta en el estudio de la imagen social no solo la imagen individual, sino también la imagen del grupo, como aquella que permite identificar o relacionar a la persona como perteneciente a un grupo. De modo que una persona cuyo grupo familiar o político, por ejemplo, es criticado, tratará de defender la imagen de autonomía de su colectivo. «Este tipo de comportamiento se orientarán a la afiliación interna (dirigida hacia el propio grupo) y la desafiliación externa (dirigida hacia el grupo ajeno)»⁵².

5.4 Imagen social del profesional de enfermería

Cada uno de los papeles productivos de una sociedad tiene una importancia funcional diferente para esa sociedad y es valorado en algún grado, es decir, tiene más o menos prestigio.

En cada sociedad y en cada periodo histórico, el prestigio relativo que cada papel productivo posee puede no ser el mismo, sin que la variabilidad sea tan grande como postulan algunas interpretaciones ideológicas de la sociedad. Esta se debe a que una misma función necesaria en un sistema social puede ser valorada de diversas maneras, de acuerdo con los valores dominantes en los diferentes sistemas sociales y épocas³⁸.

La imagen del colectivo enfermero es la percepción que los demás tienen de él, es el juicio o la opinión positiva o negativa que el público forma sobre las enfermeras en función de determinados comportamientos de éstas; por lo que es en definitiva, la suma de experiencias que alguien tiene del colectivo enfermero³³.

A diferencia de la identidad de las enfermeras que es transmitida por ellas a la sociedad, la imagen de un colectivo se construye en la mente de los públicos mediante la integración en esa «gran mente pública» o imaginario social de todos aquellos *inputs* o mensajes y manifestaciones corporativas, con capacidad comunicativa que el colectivo enfermero en su quehacer diario emite voluntaria e involuntariamente. A todo esto hay que añadir también los mensajes que agentes ajenos a las enfermeras, en especial los medios de comunicación social, emiten sobre el colectivo, y que intervienen en los públicos para que construyan la imagen de la enfermera o del colectivo que las integra⁵⁸.

En efecto, la imagen del profesional de enfermería la construye el público mentalmente a partir de todo lo que éstos voluntariamente o no y con intencionalidad comunicativa o no, le transmiten pero se encuentra muy condicionada por la forma en que los rasgos de su identidad son reproducidos y transmitidos a los públicos, por los diferentes medios de comunicación social, como la televisión, radio, prensa, Internet, publicidad y cine.³³

Resultados de investigaciones muestran la imagen social que se tiene del profesional de enfermería en el área hospitalaria; Tineo, Torres y Lázaro⁵⁹ por ejemplo, manifiestan que existe un desconocimiento sobre la profesión y una invisibilidad en cuanto a su naturaleza por parte de la sociedad, atribuyéndoles valorizaciones sociales como la caridad, altruismo, abnegación, vocación y sumisión frente a otros profesionales lo que pauta disminución de su autonomía dentro del área hospitalaria.

Por otra parte Fernández⁶⁰ expresa que la imagen que la colectividad conserva de las enfermeras está colmada de roles de género, estereotipos, diversidad y en general, de un desconocimiento de la profesión y explica que esto tiene su génesis en la perspectiva del conocimiento que la sociedad y otras disciplinas tienen de ella y según las signos de identidad que los enfermeros transmiten.

Así mismo Calvo⁶¹ señala que la esencia del profesional de enfermería no coincide con su imagen social pues se mantiene invadida de estereotipos, y el público sigue percibiendo una imagen dependiente del médico y poco profesional; coincidiendo con Merino⁶², quien expresa que la imagen que la sociedad tiene de las enfermeras incluyen las figuras de santa, heroínas, sumisas, dulces, de género femenino y como asistentes de los médicos y con ausencia de vida social.

Este panorama que muestra la imagen social profesional de enfermería en el contexto hospitalario, está siendo en los últimos años un tema de interés disciplinar, en la que el reconocimiento de la sociedad se vuelve inevitable al momento de dar visibilidad al enfermero en su quehacer profesional.

6. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo los objetivos propuestos en esta investigación, se realizó un estudio con enfoque cualitativo, el cual se fundamentó en una perspectiva centrada en el entendimiento del significado de las acciones de los humanos. Este enfoque postula que la «realidad» se define a través de interpretaciones de los participantes en la investigación respecto de sus propias realidades. Por esta razón, el investigador se introduce en las experiencias individuales de los participantes y construye el conocimiento, siempre consciente de que es parte del fenómeno estudiado⁶³.

Según lo anterior, se buscó identificar significados sobre la imagen que tiene el equipo médico del Profesional de Enfermería.

6.1 Tipo de investigación

La investigación fue de tipo descriptivo y utilizó, como herramienta metodológica para el análisis, la *Teoría Fundamentada*, denominada por Corbin y Strauss⁶⁴; se tomó como una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación. En este método, la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos guardan estrecha relación entre sí. Debido a que las teorías fundamentadas se basan en los datos, es más posible que generen conocimientos, aumenten la comprensión y proporcionen una guía significativa para la acción.

El método que plantea este trabajo de investigación estuvo orientado a analizar los conceptos, miradas y percepciones que tiene el profesional médico sobre la imagen del profesional de enfermería en el área hospitalaria, cómo lo observan y lo reconocen. Este trabajo se orienta al abordaje de la realidad, partiendo del marco de referencia interno de cada profesional médico que hizo parte del estudio⁶⁵.

6.2 Participantes

Los participantes del estudio estuvieron representados por los profesionales médicos que laboraban en el área hospitalaria en Cartagena durante el año 2017.

6.3 Muestra y muestreo

El muestreo en estudios de corte cualitativo no busca representatividad estadística, sino más bien, reflejar la realidad que se quiere investigar: «la decisión sobre el mejor modo de obtener los datos y de quién o quiénes obtenerlos son decisiones que se toman en el campo, pues se quiere reflejar la realidad y los diversos puntos de vista de los participantes, los cuales resultan desconocidos al iniciar el estudio»⁶⁶.

Se realizó un total de 15 (quince) entrevistas a 15 profesionales médicos. Para efectos del análisis de los datos obtenidos, se asumió el principio de saturación teórica, el cual se alcanzó cuando los nuevos datos comenzaban a ser repetitivos y dejaron de aportar información novedosa.⁶⁷⁻⁶⁸

Se manejó un muestreo teórico. Este permitió darle relevancia a la potencialidad de cada uno de los participantes para ayudar a una mayor comprensión teórica sobre el tema estudiado.

Se tuvo la posibilidad de escoger los casos a estudiar, de acuerdo con lo que podían aportar al análisis del objeto de estudio a medida que se desarrollaba el trabajo de campo, siempre tomando como criterio para definir el muestreo a la saturación teórica.⁶⁷⁻⁶⁹⁻⁷⁰

Es importante resaltar que la recolección de la información fue regida por las concepciones de la teoría que estuvo surgiendo, apoyada en el concepto de hacer comparaciones, cuya intención, según lo planteado por Strauss y Corbin, es acudir a lugares y personas que maximicen las oportunidades de describir variaciones entre conceptos y que hagan más densas y fuertes las categorías en términos de sus propiedades y dimensiones⁶⁴.

6.4 Criterios de inclusión y exclusión

Se partió del concepto de *asistencia*, definido como la atención directa del paciente por parte de profesionales del equipo de salud dentro de una institución de salud, para proporcionar el diagnóstico y tratamiento⁷¹. Asimismo, se tuvo en cuenta que el sistema asistencial engloba a todas las áreas de una institución hospitalaria, dentro de las cuales se encuentran dos áreas primordiales en la asistencia directa del paciente: los consultorios externos para atender pacientes con problemas ambulatorios (que no requieren internación) y las áreas de internación u hospitalaria, para cuidado de problemas que sí requieren hospitalización⁷². Con base en esto, esta investigación trabajó con profesionales de la medicina que laboraban en el área hospitalaria en Cartagena y cuya condición de colaboración fue aceptar participar en el estudio.

Por tal razón, los criterios de inclusión fueron:

- Profesionales de la medicina.
- Profesionales de la medicina que hubiesen trabajado con enfermeros en el área hospitalaria por un periodo mayor a un año, de tal forma que hayan tenido experiencias con el colectivo de enfermeros a través del conocimiento del actuar profesional en el área asistencial.
- Médicos que no presentaron relaciones afectivas o filiales con enfermeras (os), para evitar sesgos en la información brindada a la investigación

6.5 Técnicas e instrumento de recolección de información

La recolección de la información se realizó por medio de entrevistas en profundidad a profesionales de la medicina que cumplieran con los criterios descritos anteriormente, estas, favorecieron la obtención de información valiosa a través de los procesos comunicativos⁷³. La entrevista para análisis cualitativo se realizó con un diseño flexible, ya que es esencial el potencial de cada aportación, que ayuda a la comprensión teórica de la imagen del profesional de enfermería.

En la presente investigación, se escogió esta técnica por las ventajas que aporta: su estilo abierto permitió obtener mucha información intensiva, holística, contextualizada y personalizada sobre el tema de estudio. Lo anterior ofreció la oportunidad de clarificar, seguir las preguntas y respuestas en un marco de interacción directo y flexible⁷³.

Se inició con una primera entrevista de carácter muy abierto; se empezó con una pregunta generadora, amplia, que buscó no sesgar un primer relato. Esto sirvió de base para la profundización ulterior. Se consideró, en tal sentido, que la propia estructura con que la persona entrevistada presentó su relato fue portadora en sí misma de ciertos significados que no fueron alterados⁷⁴.

Toda técnica comporta una serie de limitaciones que se tienen presentes en la investigación para poder atenuar en la medida de lo posible sus consecuencias. Concretamente en estas entrevistas en profundidad, estuvo presente el factor tiempo y espacios laborales donde se desarrollaron las entrevistas⁷³.

Se elaboró un guion sobre los temas centrales que se abordaron; los contenidos de cada tema emergieron de los datos aportados por las entrevistadas(os); en las entrevistas se aplicaron los procesos fundamentales de comunicación y de interacción humana y del análisis específico de dichos procesos, se obtuvo información y elementos para la reflexión muy ricos y llenos de matices. La función de este guion fue plantear una agenda de temas y ubicar los mismos con relación al objetivo de esta investigación y así, plantear un marco de la información (las consignas de las entrevistas) y la necesidad de estimular en el entrevistado, la producción de un relato continuo⁷⁵. (Ver anexo 1)

Para el diseño del guion de entrevista, se tuvo en cuenta la revisión teórica sobre la temática abordada y el fundamento epistemológico de la teoría fundamentada, además de:

- Características sociodemográficas de la población, tales como edad, género, profesión, nivel de formación, campo laboral predominante y trayectoria profesional.
- Significado de los profesionales de la medicina sobre el profesional de enfermería⁷⁶.
- Imagen del profesional de enfermería en el área hospitalaria.

Antes de la realización de la primera entrevista, se llevó a cabo una prueba piloto con dos profesionales médicos diferentes a los escogidos en la investigación, con el fin de verificar la congruencia y pertinencia de las preguntas con respecto al fenómeno de estudio, al objetivo de la investigación.

6.6 Procedimiento para la recolección de datos

Para escoger a los participantes claves del estudio, se inició con llamadas telefónicas y visitas a los posibles candidatos, a quienes se les brindó la explicación del trabajo de investigación; de estos candidatos solo 2 (dos) no participaron en el estudio, por motivo netamente laborales y de viaje. Estos fueron elegidos de instituciones de gran afluencia de enfermeros con áreas de hospitalización.

Luego, se iniciaron las entrevistas en profundidad en las instituciones hospitalarias donde los profesionales laboraban, previo consentimiento informado para la participación en el estudio y la extracción de material importante que respondiera al objetivo del estudio y lograr una interpretación contextualizada al ámbito asistencial clínico, que evidenciara en forma clara, la imagen social del profesional de enfermería en el área hospitalaria.

Las entrevistas se desarrollaron en condiciones requeridas por los propios informantes y adecuadas en comodidad, con la finalidad que las grabaciones fueran claras con todos sus matices; 14 (catorce) de ellas se realizaron cara a cara y 1(una) vía telefónica por petición del participante según su tiempo laboral. Se utilizó una grabadora para recoger los datos, los cuales se contrastaron en el desarrollo del análisis, con la bibliografía para la validez de las interpretaciones que emergieron.

Como se mencionó previamente, antes de iniciar la entrevista, se solicitó la autorización del participante mediante un consentimiento escrito, en el que se informó que la conversación sería grabada y luego destruida cuando terminara la investigación. Se determinó así con el fin de garantizar el anonimato, al tiempo que se comunicó que se realizaría una codificación en la cual un número fue asignado a cada participante de esta forma M1 (médico 1), M2 (médico 2), M3 (médico 3) etc.

Antes de la entrevista, se expuso nuevamente el objetivo del estudio y se leyó una serie de preguntas generales, con las que se pasó gradual y espontáneamente de un diálogo sobre cuestiones generales a un diálogo con preguntas e ideas más concretas. La intervención del entrevistador fue mínima.

Los datos generados en las entrevistas se recogieron con grabadoras de voz, permitiendo ser transcritos luego textualmente en papel.

Las entrevistas se llevaron a cabo en un intervalo de tiempo que osciló entre 15 y 40 minutos, en el contexto que eligió la entrevistada(o). Todas debieron cumplir con los mismos requerimientos y al ser transcritas al papel, siguieron con fidelidad el texto narrado.

En el análisis de la presente investigación, se omitió la identificación de personas y entidades de los extractos de entrevista utilizados.

Cada una de las entrevistas se hizo de forma diferente, según las características y condiciones laborales y específicas de los participantes. Debido a ello, los temas centrales se abordaron de una manera distinta y las preguntas fueron modificadas en la medida en que se desarrollaba el proceso de análisis de la información. Desde allí se esbozaron las primeras subcategorías y surgieron nuevas áreas de contenido.

Dentro de este contexto se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de rigor para el desarrollo de la investigación⁷⁷:

- Validez.

«La validez concierne a la interpretación correcta de los resultados y se convierte en un soporte fundamental de las investigaciones cualitativas. El modo de recoger los datos, de llegar a captar los sucesos y las experiencias desde distintos puntos de vista, el poder analizar e interpretar la realidad a partir de un bagaje teórico y experiencial, el ser cuidadoso en revisar permanentemente los hallazgos, ofrece al investigador un rigor y una seguridad en sus resultados»⁷⁸.

La validez da cuenta del grado de fidelidad con el que se muestra el fenómeno investigado y puede obtenerse a través de diferentes métodos, sin embargo, en esta investigación se hizo por medio de la saturación. Se realizó un cuidado exhaustivo del proceso metodológico, de modo que la investigación muestre hallazgos reales.

- Credibilidad o valor de la verdad.

El criterio de credibilidad o valor de la verdad, también denominado como autenticidad, es un requisito importante debido a que permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como son percibidos por los sujetos⁷⁷.

Se refiere a la aproximación que los resultados de una investigación deben tener en relación con el fenómeno observado; por esta razón el investigador evitó realizar conjeturas *a priori* sobre la realidad estudiada. Además, se mostraron los resultados a los participantes que hicieron parte del estudio los cuales se presentaron sensibles a la temática estudiada de tal forma que estos logran reconocer que los hallazgos son «reales» o «verdaderos».

- Consistencia o dependencia.

Conocido a su vez como replicabilidad, este criterio hace referencia a la estabilidad de los datos.

En la investigación cualitativa, por su complejidad, la estabilidad de los datos no está asegurada, como tampoco es posible la replicabilidad exacta de un estudio realizado bajo este paradigma, debido a la amplia diversidad de situaciones o realidades analizadas por el investigador. Sin embargo, a pesar de la variabilidad de los datos, el investigador debe procurar una relativa estabilidad en la información que recoge y analiza sin perder de vista que por la naturaleza de la investigación cualitativa, siempre tendrá un cierto grado de inestabilidad.

Para lograr esta consistencia de los datos, el investigador empleó procedimientos tales como: un evaluador externo y la descripción detallada del proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos; además, la estrategia de comparación constante que permite revisar y comparar los resultados emergentes con teorías previamente formuladas.

6.7 Análisis de la información

Como se ha mencionado anteriormente, se utilizó como herramienta para el análisis de la información, las herramientas o técnicas analíticas de la teoría fundamentada planteada por Strauss & Corbin, desarrollando interpretación de la información obtenida, a través de categorías inciertas y sus posibles relaciones, mediante la identificación de sus propiedades.^{64 79}

Ante lo expuesto, se consideró esta técnica de análisis el elemento base para lograr los objetivos propuestos en esta investigación, la cual permitió obtener hallazgos significativos para revelar aspectos valiosos referentes a la imagen del profesional de enfermería en el área hospitalaria, desde la mirada del equipo médico, profesionales de mayor interacción con enfermería en el área hospitalaria y quienes fueron dentro del estudio potenciales fuentes de información desde su experiencia y vivencia permanente; para mostrar el panorama y estructura mental que se tiene de la imagen social del enfermero.

Las conversaciones grabadas fueron transcritas a papel en su totalidad a medida que realizaban las entrevistas que en total fueron 15 y paralelamente se inició el análisis de los datos siguiendo el siguiente proceso: primero, se hizo un análisis detallado «línea por línea» de los textos transcritos para inspeccionar e interpretar datos de manera cuidadosa, con el propósito de generar las categorías iniciales con sus correspondientes propiedades y dimensiones, dando como resultado la primera reducción de los datos obtenidos a partir de los discursos de los participantes; convirtiéndose en el primer momento de la etapa de codificación denominada, codificación abierta, donde los datos fueron fragmentados en pequeñas unidades, a cada una de las cuales el investigador les asignó un código o nombre, durante el segundo momento llamado codificación axial, fueron agrupados en categorías y subcategorías.^{64 80 80 81}

Se aclara que existe un tercer momento o fase de codificación llamado codificación selectiva, sin embargo no se contempló en la presente investigación, debido a que la intención de la investigadora no era descubrir una teoría referente al objeto de estudio, sino

obtener un conjunto de hallazgos importantes alrededor de la imagen del profesional de enfermería en el área hospitalaria, de tal forma que se aborde esta materia preponderante para el desarrollo y evolución de la disciplina.

Al momento de las entrevistas se tomaron datos sobre condiciones en que estas fueron realizadas; 14 (catorce) de ellas, fueron desarrolladas en las clínicas donde laboraban los participantes, bajo el contexto hospitalario y de 1 (una) vía telefónica. (Ver anexo 2)

La saturación teórica de la información, se alcanzó cuando los datos recopilados y analizados no aportaban nada nuevo al desarrollo de las propiedades y dimensiones de las categorías de análisis, quedando un total de 15 entrevistas desarrolladas en 15 profesionales médicos⁸².

El análisis fue realizado a través de la revisión exhaustiva del discurso de los profesionales médicos entrevistados, originando un análisis sucesivo de categorizaciones presentes en este: se hizo una primera barrida de las principales categorías emergentes del discurso, se procedió a agrupar las categorías identificadas y finalmente, se vincularon los conceptos con el objetivo de poder realizar una interpretación.

La revisión del discurso, partió de la base de comprender el discurso de los profesionales desde una perspectiva crítica y entendiendo que las metáforas forman parte de las estructuras mentales de pensamiento y de acción, también de entender que existe una estructura de pensamiento que puede ser interpretado y que es necesario la comprensión del sujeto dentro de la información brindada⁸³; esto facilitó la vinculación y densificación de las categorías.

Para facilitar el análisis y codificación y evitando maneras estereotipadas de pensar sobre los fenómenos, centrándose en lo que hay en los datos, sin dar nada por "supuesto" y permitir aclarar o desenmascarar suposiciones hechas por quienes son estudiados, se utilizaron las siguientes herramientas analíticas⁶⁴:

- Uso de preguntas durante el análisis
- Análisis de palabras o frases emitidas por los participantes durante su discurso.
- Comparación de conceptos

Se utilizó el programa de análisis cualitativo Atlas Ti versión 7.5.4 que complementó el análisis realizado mediante la codificación abierta y axial de información procedente de las entrevistas, facilitó la construcción de las categorías y subcategorías, permitiendo su comparación y el diseño de figuras relacionadas con estas.

6.8 Consideraciones éticas

Esta investigación reconoce la subjetividad de las personas como parte constitutiva de su proceso indagador. Ello implica que las ideologías, las identidades y los elementos de la cultura impregnan todas las fases de la investigación. La ética cualitativa busca el acercamiento a la realidad del ser humano de manera holística y con mínima intrusión, otorgando libertad a los participantes y considerándolos sujetos, no objetos de estudio⁸⁴. Por lo tanto, se tuvieron en cuenta los criterios de consentimiento informado, confidencialidad, manejo adecuado de la entrevista sin provocar actitudes que condicionen las respuestas de los participantes y respeto de la información suministrada⁷⁷.

La presente investigación cumplió con los requisitos técnicos y metodológicos según lo estipulado en la resolución 008430/93; clasificándola como *Investigación sin riesgo*, ya que se emplearon técnicas y métodos de investigación documental donde no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que hicieron parte de la investigación; los participantes del estudio, accedieron libremente a ser entrevistadas/os y se les solicitó consentimiento para realizar las grabaciones. (Ver anexo 3)

Se estableció previamente un pacto que tuvo en cuenta los siguientes puntos: (a) las/os informantes guardan el anonimato, solo la investigadora conoce sus identidades; (b) las personas que identifican en las entrevistas su nombre, no está reflejado en ningún extracto de entrevista que se transcribe en la presente investigación; (c) las instituciones hospitalarias en las que trabajan, han trabajado o tienen relación, no son identificadas en el transcurso del análisis. Solo se contemplan las características sobre el carácter público o privado, y la atención específica que ofrecen; (d) las grabaciones de audio o video serán resguardadas en archivos confidenciales y la información se tratará de manera confidencial y respetable.

7. RESULTADOS

Se analizaron 15 entrevistas en el periodo comprendido entre agosto 2016 y mayo 2017. De estas, inicialmente, se presenta la descripción de los participantes y posteriormente, se muestran las categorías y subcategorías que emergieron una vez se realizó la saturación teórica de cada una de ellas.

7.1 Descripción de los participantes

Participaron en el estudio 15 profesionales médicos, de los cuales, el 40 % (6) pertenece al género femenino y el 60 % (9), al género masculino. El 53,3 % (8) son médicos generales y el 46,7 % (7) son especialistas de las áreas de Ginecología, Anestesiología, Ortopedia y Urología; el rango de tiempo de experiencia en el área hospitalaria estuvo entre los dos y los 37 años, actualmente el 40% (6) labora en instituciones públicas y el 60% (9) en privadas de la ciudad (Ver anexo 4 - Tabla 1).

Esta heterogeneidad permitió tener una visión muy amplia de los diferentes ámbitos de actuación del enfermero(a) dentro del área hospitalaria.

7.2 Categorías y subcategorías

En el proceso de análisis de la información, surgieron inicialmente 5 (cinco) categorías y 27 (veinte y siete) subcategorías en la codificación abierta y axial. Luego del análisis realizado y tejiendo relaciones entre las distintas categorías y subcategorías que emergieron, resultaron finalmente 4 (cuatro) categorías y 12 (doce) subcategorías y diferentes códigos vivos a partir de las cuales se fundamentó cada categoría que se presenta (Ver tabla 2).

Tabla 2. Categorías y subcategorías.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
1. Enfermería profesión de menor rango	<i>La enfermera (o) es la mano derecha o bastón del médico</i> <i>La enfermera una profesión inferior al médico</i> <i>La enfermera (o) como cumplidor de órdenes</i>
2. Desconocimiento de los roles profesionales del enfermero(a) y pérdida de funciones.	<i>Enfermera (o) embebida de funciones administrativas</i> <i>Enfermera(o) que delega muchas funciones</i> <i>Enfermeras (os) con poco liderazgo en el</i>

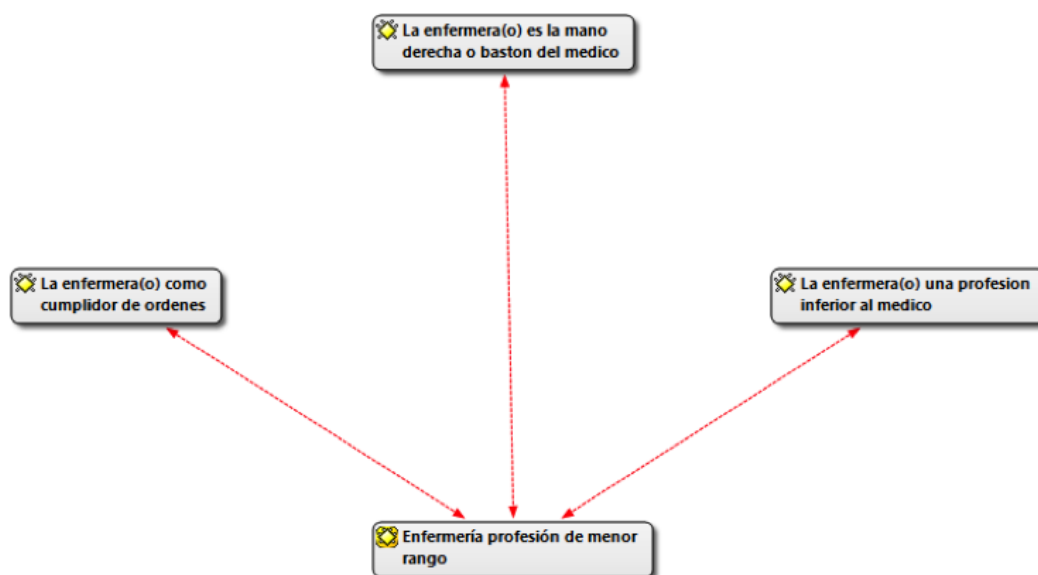
	<i>servicio</i>
3. Pérdida del apostolado de enfermería	<i>Falta de fuerza en el servicio hospitalario</i> <i>Poca vocación hacia la profesión</i> <i>Pérdida del uso del uniforme</i> <i>Falta humanización en el servicio</i>
4. Admiración y acople cuando la enfermera se dedica al paciente.	<i>Admiración cuando hay dedicación al paciente</i> <i>Colegaje (Código in vivo)</i>
Cuatro categorías	Doce subcategorías

7.2.1 Categoría 1: Enfermería profesión de menor rango

A partir de las respuestas emanadas de los participantes, se pudo revelar que los médicos ven a los enfermeras(os), como profesionales de menor rango en la jerarquización o pirámide de mando en los servicios hospitalarios. En el discurso, se muestra una distancia entre una profesión y otra y se expresa como aspecto negativo el hecho de refutar las órdenes médicas, *M2*, *M4*, *M11*, a razón de esta misma jerarquización.

En cuanto al manejo de la comunicación, en este orden de organización, se pauta de forma descendente y no horizontal como equipo de salud; se habla de rangos, pirámide de escala y se observa cierta superioridad que se refleja en el servicio clínico asistencial, conllevando a ver al enfermero como soporte, bastón y mano derecha del médico, como un profesional cumplidor de órdenes e inferior al médico (Ver figura 1).

Figura 1. Enfermería profesión de menor rango.



A continuación, se exponen las subcategorías que fundamentaron esta categoría.

- ***La enfermera(o) es la mano derecha o bastón del médico.***

Fue frecuente identificar dentro del discurso de los médicos entrevistados, planteamientos como: la enfermera (o) representa en el servicio de hospitalización la «mano derecha del médico» o «un bastón en el servicio», al referirse a este profesional como un apoyo, soporte y ayuda valiosa; una fuente de asistencia al paciente pero con falta de compenetración con él; la enfermera(o) es quien se encarga de las manualidades en el turno de trabajo. También es vista como mano derecha del médico y bastón dentro de la atención.

Ejemplo de esto puede verse reflejado en las siguientes voces:

M1: «...la experiencia fue d un apoyo por parte del servicio del personal de enfermería...»,«...ha sido mi mayor fuente asistencial...».

M1: «Está para digamos la manualidad del turno».

M3: «El enfermero jefe para el médico es la mano derecha, es su bastón, a mí particularmente, me trasmite mucha seguridad y he aprendido muchísimo de mis enfermeros jefes...».

M8: «...para mí es un soporte, un apoyo, una ayuda valiosa...».

M10: «Siempre... he mantenido una buena relación con las enfermeras, siempre porque la enfermera es la mano derecha del médico...».

- ***La enfermería es una profesión inferior al médico***

Los médicos expresaron que en el orden jerárquico de las profesiones, colocan a las dos profesiones en una escala jerárquica o pirámide de mando, donde miran al enfermero en una escala inferior a ellos; manifiestan no estar de acuerdo con refutar las *órdenes médicas* (M2, M4, M11) a razón de la anterior comparación.

Desde su experiencia diaria, los participantes expresan que se mira al enfermero como subalterno dentro del servicio hospitalario, como alguien jerárquicamente inferior, como un profesional que se encuentra después del médico. Se denota cierta superioridad que se refleja en el servicio clínico asistencial, conllevando a ver al enfermero como soporte, bastón y mano derecha del médico.

Lo anterior se soporta en los siguientes testimonios:

M1: «He procurado no verlo como un subalterno o como alguien que necesariamente jerárquicamente esté inferior».

M2: «Siempre he considerado que dentro de los rangos que tenemos después del médico, pues el enfermero o la enfermera es la parte que en realidad dan soporte en el manejo del paciente que conoce los procedimientos a seguir en la parte médica».

M4: «Bueno, algo a mejorar es que la enfermera sobre todo las que tienen un poquito más de edad y de más tiempo en la parte clínica, pues que aprendan de pronto a respetar ese rango que hay entre un médico y ella, muchas veces tratan de refutar aunque tengan la experiencia, ciertas órdenes o procedimientos que ya el médico, ya en su experiencia ha tenido».

M4: «Pienso que, que llega un momento en que el enfermero, he notado que en ese tipo de los que llevan tiempo, si tiende a tratar de sobresalir por encima del médico, eh, y en los nuevos médicos, eso se nota más, de pronto tratan de opacar al médico nuevo...».

M4: «...no tratan de trascender más de lo que ya han aprendido es lo que veo que hacen, es una expectativa que ellos deberían de tener, así como el médico tiene muchas posibilidades pues ellos también la tienen».

M4: «Ellos deben mantener, de pronto esa parte de, de, en la pirámide de escala y de pronto de mando creo que deben de respetar un poco más eso, no tratar de sobresalir...».

M7: «Yo creo que en la relación se ha perdido la jerarquía (ruido)... o sea se está perdiendo paulatinamente...».

M8: «Yo creo que hace muchos años se manejaba, un medio respeto del profesional de la enfermería, sin necesidad de ser subyugado, ni mucho menos».

- ***La enfermera (o) como cumplidor de órdenes***

Para los médicos, la enfermera representa un profesional cumplidor de ordenes médicas, vigilante de la ejecución de los procedimientos prescritos al paciente; el discurso de los participantes deja entrever que cuando el enfermero(a) no maneja la línea de respeto y se opone a las sugerencias y «órdenes» emitidas por el equipo médico, se muestra prepotente y causa malestar en el equipo de salud.

Lo anterior es soportado por los siguientes testimonios:

M2: «Son los que se encargan de realizar todos los, digamos las órdenes que se les da por parte del grupo médico eh (ruido) vigilar porque se cumpla la realización de estudios por los pacientes».

M8: «Pero sí mayor respeto al profesional de la medicina, hacia al médico, hoy por hoy, esa partecita se ha disminuido, hoy por hoy hay más, hay más oposición por así decirlo ante una sugerencia o una orden dada por el médico».

M7: «Empiezan a darle las órdenes y piensan que esas órdenes no son así como es, como la da, como la da uno y se cuestionan y hay controversia y entonces eso redunde en el aspecto negativo del paciente».

M11: «Uno se ofusca, porque de pronto no le cumplen una orden médica como es».

7.2.2 *Categoría 2: desconocimiento de los roles profesionales del enfermero(a) y pérdida de funciones*

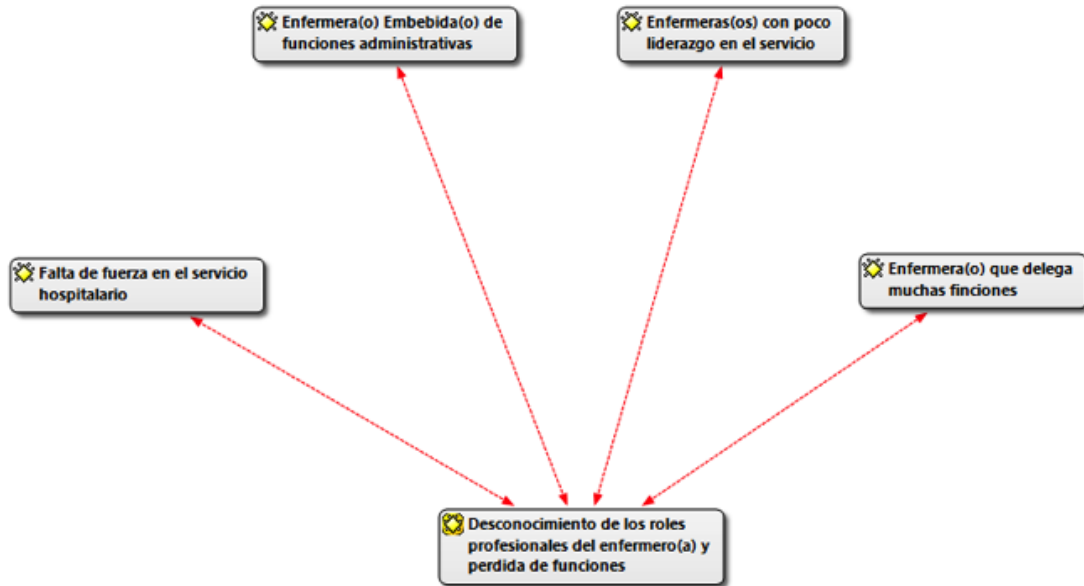
Para los profesionales entrevistados, la enfermera(o) ha perdido las funciones que tradicionalmente desempeñaba en la práctica hospitalaria, se ha alejado del cuidado del paciente por dedicarse a otras funciones administrativas.

En su disertación, el enfermero(a) se encarga de velar por la gestión administrativa de varios servicios, haciéndose responsables de todos los procesos brindados durante la atención del paciente; se ha olvidado la asistencia y el contacto con este, mientras se delega el cuidado, al personal auxiliar de enfermería, mostrándose como un profesional que «no toca, ni manosea» (M6) al paciente.

Todo este enfoque administrativo muestra la pérdida de la esencia y vocación del profesional de enfermería y es visto como aspecto negativo durante la atención (Ver figura 2).

Según el equipo médico, la pérdida de la misión del profesional de enfermería se debe a diferentes factores que son comunes en todo el territorio nacional y que reflejan desconocimiento de los diferentes roles en los que el enfermero puede desempeñarse. Para ellos, uno de los factores principales es nuestro actual sistema de salud que ha atribuido al enfermero(a), actividades de tipo no asistencial, desenfocándolo de su misión disciplinar; de allí se desprende el hecho de que las instituciones de salud también favorezcan aumentar la magnitud de esta situación, pues en ellas se *operacionaliza* la atención y es donde el profesional de enfermería ejecuta su cuidado; que en muchas ocasiones se vuelve invisible ante tantas actividades que no son propias de la disciplina.

Figura 2. Desconocimiento de los roles profesionales y pérdida de funciones.



A continuación, se distinguen las subcategorías que fundamentaron esta categoría.

- ***Enfermera (o) embebida de funciones administrativas***

Para el profesional médico, el enfermero(a) en el área hospitalaria se encuentra impregnado(a) con múltiples funciones dentro del servicio, lo que coloca etiquetas de «todero»: realiza actividades que no le corresponden o que muchas veces pueden ser delegadas, mostrando cierto desconocimiento sobre sus competencias y la de su equipo de trabajo.

Esta forma de como se ve el profesional de enfermería, está influenciada por las instituciones hospitalarias quienes direccionan el quehacer de enfermería a trabajos que no le competen y a la vigilancia de otros procesos, conllevando a conflictos con el personal médico y demás profesionales.

Para el profesional médico, los enfermeros(as) desempeñan con mucha más frecuencia su rol administrativo e incluso atribuyen como causa de esto, la formación actual del enfermero, debido a que se hace énfasis en este rol y no en el asistencial. Se evidencia dentro del discurso de que no hay reconocimiento de los otros roles que el enfermero(a) puede desempeñar; además se tiene como rol principal de la profesión, el rol asistencial dentro del área hospitalaria.

Así se deja afirmado en las siguientes voces:

M1: «La enfermera termina siendo muchas veces todero».

M1: «Hace muchas cosas que de pronto ni le, ni les corresponde la enfermera jefes digamos... cambiando pañales».

M1: «A veces con toda la inconformidad la enfermera gestiona, pero no porque es su deber ser, sino porque ya no hubo nadie más que lo haga, eso no».

M1: «La tendencia que yo he visto es hacer, postgrado en la parte administrativa no en la parte asistencial...».

M1: «Conozco... muy escasas que han hecho postgrado en la parte asistencial, de los que han hecho postgrado creo que el 90% han sido en la parte administrativa».

M2: «A los enfermeros y muchas veces cosas que los enfermeros no tenían que realizar, como por ejemplo, asignar citas, buscar remisiones eh eso le corresponde a la parte administrativa no al enfermero como tal, pero su enfoque actualmente va como dirigido a esa parte».

M2: «...en algunas instituciones porque tengo la oportunidad de trabajar en otras instituciones, se le asigna mucho o con más relevancia a su trabajo administrativo que a su trabajo asistencial...».

M2: «...velar por la parte administrativa en cuanto a los diferentes servicios que ellos laboran ahí...».

M2: «Pues básicamente es el enfoque que le han dado actualmente al, al trabajo o a la carrera de enfermería...el administrativo».

M2: «...personalmente he visto que hoy el enfoque para el enfermero, vuelvo y te reitero es más administrativo que en la parte asistencial...».

M3: «Sí hemos notado en otros grupos del personal de enfermería, en el cual esa parte, se le delega simplemente o al coordinador general de enfermería del centro asistencial... porque el buen funcionamiento administrativo, y el buen funcionamiento que se lleva a cabo con el paciente en gran medida depende del personal de enfermería».

M5: «Los profesionales de enfermería digamos en estos hospitales grandes, uno lo que ve que hace los profesionales de enfermería más que todo es administrativo, muy poco asistencial, realmente la parte asistencial, está muy, muy mínima, de pronto en las clínicas más pequeñas, las, las, hacen un poquito más de asistencial, pero aquí en estos hospitales hacen mucho, mucho administrativo, porque a veces ni, ni saben de los pacientes...».

M5: «Enseñar más, más para que ella de menos en cuestiones administrativas».

M7: «...entonces eso yo creo que es un tema muy valioso y a mí me llamo poderosamente ese estudio porque podría existir, ese es un aporte muy importante a

nivel nacional, porque yo sé que lo mismo que sucede aquí en Cartagena, en la costa sucede en todo el país...».

M9: «Hoy en día, vemos de que he ya el personal de enfermería ha cogido siempre, ciertas rutas difíciles de hallar, ya no es ese personal que, quiere hacer turno..., que se forma un poquito más en la parte administrativa, ya, en la parte de auditoría... las enfermeras ahora inclusive, una enfermeras ahora visitadoras médicas, que se alejan un poco más de la parte asistencial y se van de pronto más por la parte administrativa, no asistencial».

M10: «A veces sí, existen problemitas, pero más que todo, quizá porque el día a día de las clínicas, de las instituciones de salud, que, las presionan a ellas y las direccionan a veces a trabajos que no le competen a la enfermera, ese trae roces a veces con los médicos, por ejemplo, muchos gerentes o muchas clínicas toman a la enfermera como vigilante de otros procesos, al médico o al especialista y, como lo que es llegar el especialista, la salida de especialistas, cosas como eso, a veces trae roces, entre los especialistas».

M12: «Con relación a las nuevas generaciones que se están formando, el enfermero desde la parte asistencial que tiene muchos años de experiencia por así decirlo, eh, es más proactivo, más comprometido, de pronto más sintiente del paciente, el nuevo se enfoca mucho más en hacer una labor muy administrativa restándole como importancia a su papel desde lo que es su parte».

- ***Enfermera(o) que delega muchas funciones***

En relación a la delegación de actividades, el equipo médico enuncia que el profesional de enfermería que lleva mayor tiempo en el servicio hospitalario, delega muchas de las actividades que le corresponden y lo hace con más frecuencia al enfermero(a) de menor experiencia, al igual que al personal de auxiliar de enfermería que en muchas ocasiones no tiene el suficiente conocimiento necesario para realizar dicha labor. Sumado a ello, no se realiza una supervisión del proceso, conllevando a riesgos en la atención.

Lo anterior se refleja en las siguientes expresiones:

M1: «Trata de delegar, o sea, la de más experiencia trata de delegar esa función ya a alguien digamos con menos experiencia».

M1: «De pronto he sentido que las enfermeras que llevan mucho tiempo en un servicio, tratan de delegar las funciones a aquellas que no llevan tanto tiempo...».

M1: «Puede ser eh digamos jugar en contra del equipo».

M4: «Sí, sí pienso que, que llega un momento en que el enfermero, he notado que en ese tipo de los que llevan tiempo, sí tiende a tratar de sobresalir por encima del médico».

M7: «La enfermera jefe, pero porque, porque se sienta en el escritorio, auxiliar de enfermería usted haga esto, usted haga esto, como el capataz en la finca, usted hace, usted hace, no señor...».

M12: «Con relación a las nuevas generaciones que se están formando y es que el enfermero desde la parte asistencial que tiene muchos años de experiencia por así decirlo, eh, es más proactivo, más comprometido, de pronto más sintiente del paciente, el nuevo se enfoca mucho más hacer una labor muy administrativa restándole como importancia a su papel desde lo que es su parte, porque, porque se nota que se delega mucho o se apega mucho al trabajo que tiene que hacer el auxiliar...».

- ***Enfermeras (os) con poco liderazgo en el servicio***

En términos de desempeño, el profesional ha perdido liderazgo en la atención del paciente, se ha quebrado la línea de respeto con el personal auxiliar de enfermería creando conflictos a la hora de delegar actividades; se muestra sin autoridad dentro de los servicios especialmente para organizar el trabajo con auxiliares de enfermería.

En algunos casos, se evidencia cierto temor a quedar mal ante el profesional médico al momento de delegar una actividad y que no sea ejecutada; de igual manera, el equipo médico exterioriza la pérdida del don de mando del enfermero(a) ante el personal a su cargo y de un estancamiento donde el enfermero(a) se encuentra en una zona de *confort* en el área hospitalaria.

Así lo expresan los siguientes participantes:

M6: «A veces no sabemos diferenciar entre una jefe licenciada y una auxiliar de enfermería...porque quizás la enfermera ha perdido un liderazgo, en ese papel tan preponderante que significa atender a un paciente...».

M7: «Sí, aparte de lo que dijeron, el tema que yo pensaba tocar, era ese el de las jefes y de las auxiliares que, no hay un respeto ahora entre las auxiliares de enfermería hacia la jefe y ya eso crea conflicto para una orden y la jefe no sabe ni a quien manda...».

M7: «...la jefe no tiene autoridad para organizar a las auxiliares de enfermería...».

M6: «...en el conocimiento a veces una auxiliar de enfermería, no sabe, no sabe sumar y restar se embolata en eso y la jefe le deja eso a la auxiliar y uno llega a ver la historia clínica y uno ve un poco de barbaridades que nadie sabe que eso estaba ahí».

M8: «...se ha perdido ese don de mando, don de mandar, de saber, de liderazgo y ese liderazgo se ha perdido...».

M8: «Muchas veces la enfermera con todo el cariño que ellas tienen miedo a decir, licenciada le da miedo una orden a la licenciada, a la auxiliar de enfermería por miedo a que la auxiliar de enfermería le responda y la haga quedar mal delante del médico, insisto el problema de valor...».

M1: «Pues creo que tienen el potencial de, de ir escalando desde un punto de vista asistencial eh... pero veo mucho, veo mucho, mucha zona de confort muchas veces...».

- *Falta de fuerza en el servicio hospitalario (código in vivo)*

Los profesionales médicos entrevistados revelan que existe falta de empoderamiento en el servicio por parte del profesional de enfermería, lo que conlleva a verlo como un profesional sin autonomía y autoridad en la atención.

Para los participantes, la falta de fuerza en el servicio hospitalario se debe a la forma de comunicación y lenguaje que mantiene el profesional de enfermería en su ámbito laboral, a la falta de liderazgo y dedicación al paciente según su necesidad de ayuda; a la poca fuerza para tomar decisiones en el servicio hospitalario y no mantener líneas de respeto, especialmente los enfermeros(as) de más alta experiencia en años de servicio; a la falta de compromiso, seriedad y responsabilidad a la hora de brindar atención y al deterioro de la devoción al cuidado de su profesión, paciente e institución.

Esto se observa en las siguientes expresiones:

M1: «Creo que, que lo podría puntualizar en este momento es que al personal de enfermería pueda cambiar el lenguaje con el que muchas veces se les ve».

M2: «Hay muchos procedimientos, hay muchas situaciones en las que el enfermero no quiere maniobrar, de pronto su labor ha perdido influencia, ha perdido eh, como es la palabra, ha perdido fuerza por lo menos a tomar decisiones en cuanto al tratamiento con los pacientes...».

M4: «Bueno, algo a mejorar es que la enfermera, sobre todo las que tienen un poquito más de edad y de más tiempo en la parte clínica, pues que aprendan de pronto a respetar ese rango que hay entre un médico y ella, muchas veces tratan de refutar aunque tengan la experiencia, ciertas órdenes o procedimientos que ya el médico ya en su experiencia ha tenido».

M8: «Yo creo que hace muchos años se manejaba un medio respeto del profesional de la enfermería, sin necesidad de ser subyugado, ni mucho menos».

M8: «...yo creo que esta frase, lo cortés no quita lo valiente y tengo que decirlo en tono constructivo totalmente y no son todas las enfermeras, lo veo en las enfermeras que vienen saliendo recientemente, no hay esa voluntad de servicio esa capacidad de decir

cómo está, buenas tardes, uno le llega muchas veces a esa estación de enfermería y la enfermera ni siquiera levanta la vista, buenas tardes, buenas tardes y sigue escribiendo, o sea, no, no es como antes, buenas tardes doctor, que se le ofrece y había una empatía, hoy esa empatía (ruido) se ha perdido, repito, no en todos los casos, (ruido, piden permiso) pero sí en, en un porcentaje importante».

M6: «... se están capacitando mucho, lo negativo es, que no están utilizando la capacitación para cumplir su misión».

M7: «Deberíamos reconocerla en la forma verbal como se relaciona..., en la forma del respeto, en el no tuteo, sino doctor usted, pero hoy en día en ese relacionamiento uno no distingue, en esa forma de comunicación, uno no distingue entre la comunicación con la jefe en relación con la auxiliar, y ojo, hay veces que la auxiliar lo hace mejor».

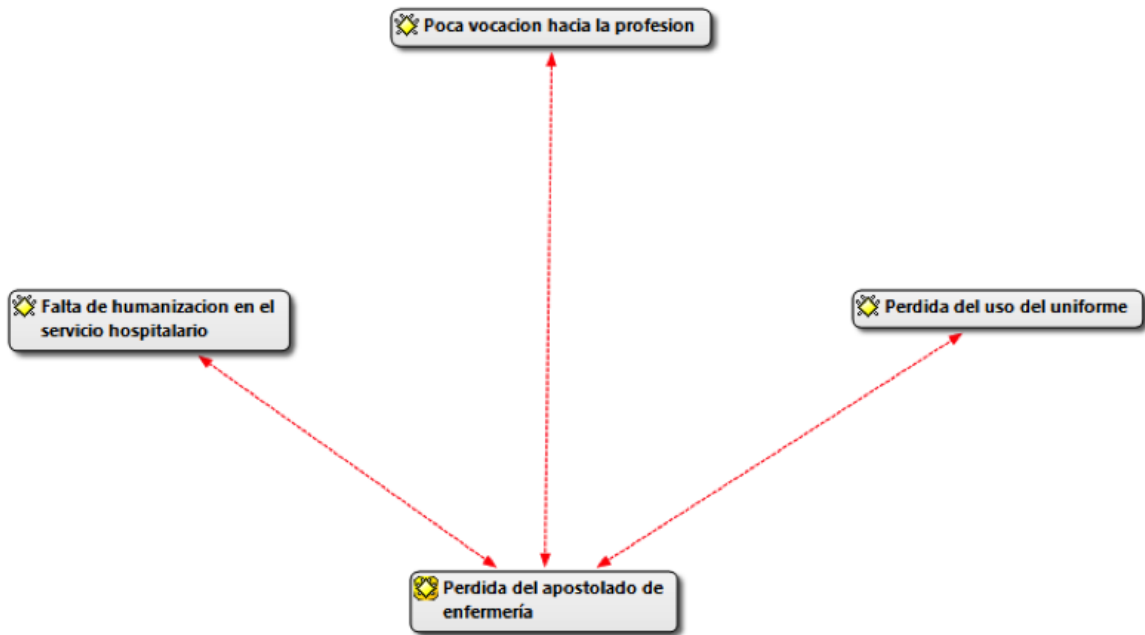
7.2.3 Categoría 3: pérdida del apostolado de enfermería

Para el profesional médico, quienes se forman como enfermeros en la actualidad, pierden el objeto de la misión disciplinar y divagan en diferentes áreas de desempeño, dejando de lado el cuidado al paciente.

Así lo expresa el participante M9: «...hoy en día, vemos que ya el personal de enfermería ha cogido siempre, ciertas rutas difíciles de hallar, ya no es ese personal que, quiere hacer turno, que se forma un poquito más en la parte administrativa, ya, en la parte de auditoria...y las enfermeras ahora inclusive, una enfermeras ahora visitadoras médicas, que se alejan un poco más de la parte asistencial».

Según los participantes del estudio, los niveles de exigencia de las instituciones de salud son un aspecto importante a destacar, puesto que estos pueden contribuir a la mejora de la capacidad de brindar cuidado integral al paciente o por el contrario, desvirtuar el cuidado. Los requerimientos en la presentación del enfermero(a) y el uso de los símbolos de reconocimiento del profesional, son un punto muy débil en las clínicas y hospitales (Ver figura 3).

Figura 3. Pérdida del apostolado de Enfermería.



Las subcategorías que cimentaron esta categoría se exponen a continuación.

- ***Poca vocación hacia la profesión***

Vocación es aquella causa consciente y el conocimiento de un individuo a saber quién es, y conocer sus potencialidades para ponerlas en servicio de los demás⁸⁵, además de asumir de manera responsable la decisión profesional forjada.

Para el equipo médico, los(as) enfermeros (as) han perdido la vocación a la profesión: la misión de servir, cuidar y compenetrarse con el paciente, el deseo permanente de ser enfermero y parecerlo en todos los aspectos en el momento de cuidado; la responsabilidad de asumir desde lo externo, como en la vestimenta característica de la profesión, así como el empoderamiento y el liderazgo que lleva consigo el ser enfermero(a). Todo esto se ha disipado.

Así se refleja en las voces de los participantes:

M8: «Se ha reversado el verdadero valor de la enfermera, el apostolado, de la enfermera se ha perdido».

M10: «Veía antes un tipo de enfermera profesional muy respetuosa, muy ceñida a las líneas de lo que es la enfermería, o sea la devoción al cuidado de su profesión, al cuidado del paciente, al cuidado de la institución...».

M14: «A través de la historia, a través del desempeño que tiene, a través del cuidado general y holístico eh, que le dan al paciente, que en muchas ocasiones también se ha perdido».

- *Pérdida del uso del uniforme*

Algo que se ha perdido según lo declarado por los participantes, son los aspectos de reconocimiento propios de la disciplina como la vestimenta; aquí se incluye el no uso de la toca o cofia, como símbolo representativo de la profesión de enfermería desde la historia.

El equipo médico participante manifiesta que en la actualidad, el uso de la toca o cofia, se ha convertido en signo de vergüenza y no de orgullo, ni de reconocimiento institucional, pues esta lleva la cinta del color representativo de la universidad donde egresó el profesional. Su uso muy anhelado especialmente en instituciones de salud grandes, donde no se alcanza a distinguir el profesional de enfermería del personal auxiliar.

El uniforme es un tema de mucha inconformidad por el equipo médico, pues ahora el uso de pijamas no permite una identificación evidente de ningún profesional de salud.

De esta forma lo expresan los participantes:

M7: «Ya uno no sabe quién es quién».

M5: «Se perdió la simbología, la enfermera se sentía orgullosa de llevar esa toca, hoy sienten vergüenza de llevar una toca...».

M7: «Y como elemento de identificaciones de extrema importancia, sobre todo, estos hospitales grandes, uno llega donde una persona y hoy esta una licenciada, mañana otra y uno no sabe a quién dirigirse y lo que había dicho anteriormente con el mutismo que se encierran en el bendito Kardex que uno llega, buenas tardes, y dicen buenas tardes y no levantan la vista y uno no sabe a quién dirigirse porque a ese Kardex tiene acceso todo mundo, tanto las auxiliares como las jefes».

M7: «El manejo de la toca, que era un elemento de orgullo que ellas se ponían y más cuando tenían el color de la universidad donde habían sido egresadas y ahora no, no quieren utilizarlo...».

M8: «Yo no sé diferenciar quien es la jefe, ni quién es la auxiliar...».

M8: «Entonces ahora la presencia, la forma de vestir es importante, la forma de vestir infunde respeto (personas hablando) y se ha perdido el vestir de ellas, no todas, estamos hablando en términos generales».

M8: «La otra frase muy popular, la comida entra por los ojos y con todo respeto yo veo muchas veces a algunas licenciadas que en su presencia física está por debajo en algunas

oportunidades de una auxiliar de enfermería; la auxiliar viene mejor vestida, mejor de blanco, porque hay blanco, blanquito, blanquecito, grisecito...».

M10: «Bueno hoy en día, quizás por los años de trabajo ya uno sabe quiénes son las jefes o quienes son las auxiliares, pero si fuera yo nuevo, en alguna institución, fuera difícil porque la gran mayoría de las enfermeras jefes, no les, no se colocan la toca».

M15: «No pierdan su ser, su ser es el paciente, su ser es el servicio, su vocación del servicio, si tuvieran siempre presente es que inclusive hasta en la forma de llevar un uniforme, de vestirse, se ha perdido eso, nosotros los profesionales, inclusive desde otras áreas visualizando a un enfermero siempre nos lo imaginamos vestidos de blanco con su toca».

- ***Falta humanización en el servicio***

Según lo expresado por los participantes, el profesional de enfermería ha dejado de lado el paciente como sujeto de cuidado: hoy día el enfermero(a) «*no toca al paciente, no lo manosea*», le falta compenetración con él, le falta meterse más con el sujeto de cuidado y verlo como ser humano multidimensional, que no está amarrado a un registro clínico como el Kardex. El objeto social de la profesión se ha perdido, al igual que el compromiso, la seriedad y la responsabilidad de cuidado con el paciente como ser humano.

Por otra parte, el equipo médico devela frente a la falta de humanización en servicio hospitalario, el deterioro de la ética del personal de auxiliar en enfermería, que denota asimismo, la falta de ética en los profesionales de enfermería, pues son estos quienes forman al personal auxiliar.

Por consiguiente, el equipo médico declara que si el (la) enfermero(a) no tiene respeto por el paciente y la institución donde labora, eso es lo que forjará en su enseñanza y por lo tanto será aprendido, pues el aprendizaje es permanente. Así es evidenciado por los participantes:

M5: «Sí, hace falta mucho más meterse con el paciente, compenetración...».

M6: «No manosean el paciente».

M6: «...la auxiliar de enfermería..., no están recibiendo una instrucción muy importante sobre el respeto que el paciente debe merecer; y de quién recibe la inducción muy probablemente de las enfermeras jefes que son las que principalmente participan en esta formación; si la jefe no lo tiene, no lo puede dar, entonces hay que mirar como en esa escala, se forma bien la jefe para que después se formen bien las auxiliares de enfermería y es una cadena».

M7: «Exacto, entonces no manosean al paciente, exacto, esa parte asistencial no se hace, esa parte se ha perdido, repito el apostolado, queda solamente el administrado el bendito

Kardex ese que uno pregunta por un paciente y dice un momento y comienza a buscar el Kardex y cual es de la 4B».

M8: «Debiera de la parte asistencial, debiera mejorarse, la parte social, la parte asistencial ensuciarse en el mejor sentido, empaparse con los pacientes que no se está haciendo, eso debiera mejorarse...».

M9: «Yo pienso que hay que fortalecer el compromiso; el compromiso con los pacientes, la seriedad y la responsabilidad, eso es lo más importante, que el personal de enfermería profesional sea responsable en cierta forma y tenga de cierta forma un sentido de liderazgo, un liderazgo que este siempre en pos de mejorar el entorno del paciente, que sea más proactivo, eso es lo que de pronto se da, que se preocupe por el paciente como tal...».

M6: «...la auxiliar de enfermería..., no están recibiendo una instrucción muy importante sobre el respeto que el paciente debe merecer y de quién recibe la inducción muy probablemente de la enfermera jefes que son las que principalmente participan en esta formación; si la jefe no lo tiene, no lo puede dar, entonces hay que mirar como en esa escala, se forma bien la jefe para que después se formen bien las auxiliares de enfermería y es una cadena».

M13: «Sentido de pertenencia con el paciente es lo que siento que se ha perdido...».

M14: «Se ha perdido la humanización que el enfermero debe tener con el paciente, yo creo que con el transcurso del tiempo, con la vanguardia y con el desarrollo de la sociedad al profesional de enfermería, también se ha degradado un poco en el sentido humanístico».

M15: «...de pronto cuando tú ves a una enfermera vestida de blanco y tú dices está es una enfermera, tú esperas que el trato con esa profesional sea digno a como nosotros tenemos el concepto, mentalizado de lo que es una enfermera, cuando llegamos donde esa persona y el trato es totalmente deshumanizado, más mecanizado hacia la parte asistencial, menos ligado al ser, como persona, ya uno pierde como que las ganas realmente...».

7.2.4 Categoría 4: admiración y acople cuando la enfermera se dedica al paciente.

Para el equipo médico el(la) enfermero(a) es percibido como un apoyo dentro del área hospitalaria y como un profesional que deja enseñanza con su quehacer; dentro del discurso se devela que conservan una relación gratificante, en la medida que se acomodan y acoplen dentro del servicio, convirtiéndose con el tiempo en una relación de amistad, compañerismo y *colegaje*.

De la misma manera, se identificó que cuando ellos ven que el enfermero asume una dedicación permanente con el paciente, le genera admiración y les representa confianza y

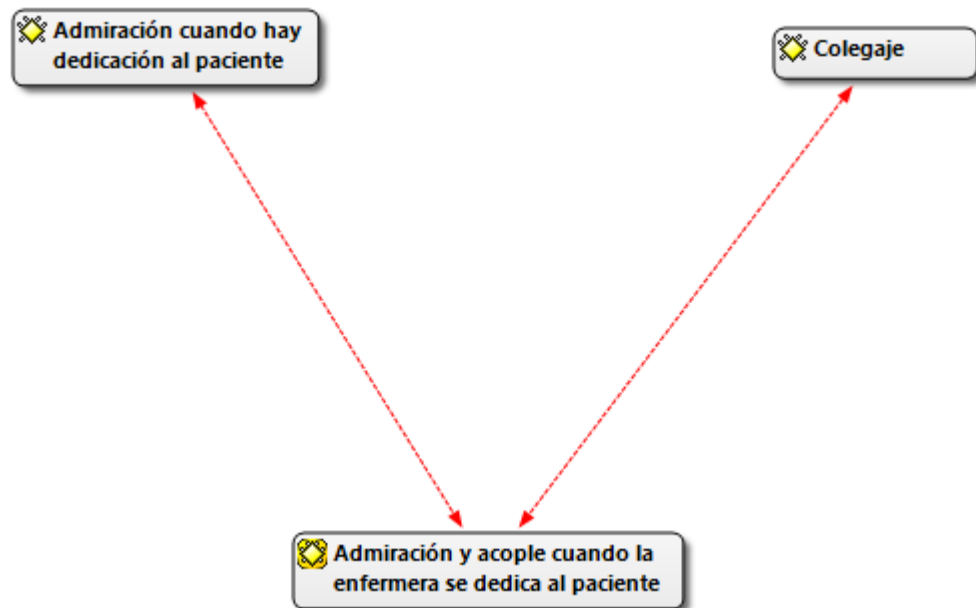
aprendizaje por la interacción que se concibe en el acto de cuidado, expresando que este llena de conocimientos al enfermero, que aprovecha equipo médico para tomar decisiones (Ver figura 4). Así lo develan los participantes:

M8: «La experiencia, en mi caso, ha sido, eh gratificante».

M9: «Buena experiencia, buenas relaciones, de comunicación, de compañerismo y de amistad también».

M9: «Ha sido muy buena pienso que, eh es un acople entre la enfermera y el personal médico...».

Figura 4. Admiración y acople cuando la enfermera se dedica al paciente.



Las siguientes subcategorías fundamentaron esta categoría.

- ***Admiración cuando hay dedicación al paciente***

En el campo hospitalario, la dedicación constante al paciente y la práctica de cuidar de los profesionales de enfermería, es para el equipo médico, un generador de aprendizaje dentro del servicio hospitalario. Para ellos es admirable el contacto permanente y la vinculación que hace el enfermero(a) con el paciente, facilitándole más dominio de él.

De igual forma, el profesional médico manifiesta que actúa en muchas ocasiones teniendo en cuenta la labor del profesional de enfermería, sintiéndose en confianza de saber que ante un error, el enfermero(a) estará al tanto de este.

Se hace énfasis en el cuidado y la disposición de ayuda al paciente basándose en sus necesidades; resaltan en el profesional de enfermería su entrega, convirtiéndola en un vehículo de enseñanza para ellos, cuando este se entrega al acto de cuidado.

Así lo revelan las siguientes voces:

M1: «Pero cuando se dedican a su paciente, creo que lo hacen, se vinculan más que nosotros los médicos, más que nosotros los médicos».

M1: «...yo pienso que dedicación al paciente sería la mejor definición que se me viene al escuchar la escuchar la palabra enfermería».

M2 «...es un profesional igual que nosotros que su misión incluso es mucho más allá de la que nosotros llevamos con los pacientes...».

M1: «Ese vínculo que genera la enfermera con el paciente cuando lo atiende, ha sido como que la mayor enseñanza de parte de enfermería hacia mí».

M4: «...ellos tienen como, siempre les he visto como esa vocación de, querer ayudar siempre al paciente, ellos siempre, tienen muy en cuenta el estado, esa dedicación que se tiene al paciente para sacarlo adelante...».

M9: «...dependemos mucho del trabajo que ellas hacen...».

M9: «...ella están más pendiente inclusive que nosotros, a veces tenemos de pronto una forma, por decirlo, cometemos errores sin verlo, sin pensarlo...».

M12: «...me parece que ellos, a veces tienen más contacto con el paciente que el que puede tener otro profesional...».

M13: «Digamos que el enfermero es quién asume la mayor responsabilidad de ese proceso o de esa evolución porque ellos, como le digo son los que se encargan del paciente una vez ingresa a la institución, ellos se adueñan o se personalizan de ese paciente y dependiendo de sus funciones y actividades ellos son los que dan en cierto modo la evolución o el proceso de mejoría del paciente».

- ***Colegaje (código in vivo)***

Según lo expresado por el equipo médico, al trabajar con el profesional de enfermería en el área hospitalaria, se sienten seguros y les brindan confianza durante la atención del paciente; manifiestan que el enfermero(a) de reciente egreso, aunque transmite poca voluntad de servicio, muestra ser recursivo y creativo en la parte social hospitalaria. Se crea una relación de compañerismo y colegaje, con la interacción permanente que mantienen durante la atención y cuando se maneja respeto entre ellos.

Para el equipo médico, se establece un colegaje en la medida que el enfermero se apropia de su cuidado, lo que permite verlo como par al momento de la atención al paciente.

Esto se puede observar en las siguientes expresiones:

M2: «...lo importante es que se haga un trabajo en equipo, que el trabajo se vea reflejado en la recuperación, en la salud de los pacientes...».

M6 «... es que debería ser la columna vertebral de la atención...».

M8 «Me debe inspirar confianza y debe ser mi par, debe hacer las cosas que le corresponden como enfermera, mi par, debe estar a mí mismo nivel, para podernos comunicar al mismo nivel científico...».

M3 «El enfermero jefe... a mí particularmente me transmite mucha seguridad y he aprendido muchísimo de mis enfermeros jefes...sobre todo cuando conocen los pacientes».

M4 «Pues hasta el momento la relación ha sido muy positiva...».

M6 «Ha, sido una experiencia buena, pero hay que entender el, los cambios que ha tenido el comportamiento del personal de enfermería».

M9 «Buena experiencia, buenas relaciones, de comunicación, de compañerismo y de amistad también».

M9 «Ha sido muy buena pienso que, es un acoplo entre la enfermera y el personal médico...».

M11 «Pues sí, como te digo ella es la que tiene la potestad, el liderazgo, yo pienso que un grupo debería tener un líder, un liderazgo, si uno hecha para un lado y no hay alguien que lleve el frente yo pienso que todo sería un desastre y ese caso la enfermera jefe es parte fundamental...».

8. DISCUSIÓN

Según Goffman^{3 86}, la imagen que muestra un individuo a los demás no es una obra arbitraria y al azar, sino un conjunto de expresiones e interacciones estandarizadas, donde la caracterización positiva de la persona, apunta a aquellos atributos que consiguen aceptación al expresar valores y jerarquías socialmente admitidas, y esto se aplica de la misma forma para las idealizaciones o caracterizaciones negativas; cualquier persona en una situación de interacción determinada, es un actuante que lleva a cabo una representación frente a un público y adopta expresiones o comportamientos con el fin de controlar las impresiones de ese público.

Partiendo de esta premisa, este trabajo se detiene a mirar la imagen que el colectivo médico tiene del profesional de enfermería en el área hospitalaria.

Para el equipo médico, esta imagen se encuentra mediada por juicios positivos y negativos fundamentados en la experiencia que han tenido en su proceso de interacción en los ambientes hospitalarios.

Entre los juicios de tipo positivo, se rescata un aprendizaje constante del profesional de enfermería por su dedicación permanente con el paciente y el acople interesante que puede existir entre el profesional médico y de enfermería en aras de la recuperación de éste. Entre los juicios negativos, se considera la enfermería como una profesión de menor rango, que ha perdido funciones dentro del servicio hospitalario, al igual que su apostolado y misión disciplinar; a su vez se desconocen los roles en los que el enfermero(a) puede desempeñarse.

Los médicos ven a la enfermería como una profesión de menor rango, mediada por un individuo que debe ser la mano derecha o bastón del médico, cumplidor de órdenes y como una profesión inferior a él. Los estudios revisados revelan que este comportamiento es similar al encontrado por Camos⁸⁷, donde los enfermeros señalaron un carácter subalterno cuando la comunidad identifica su rol profesional, mirándolos como profesionales para cumplir órdenes del médico, distribuir y entregar materiales, y que solo son identificados con la jeringa y la cofia; además identifican al enfermero(a) como la mano derecha del médico, cuando en realidad ellos expresan ser la mano derecha del paciente.

De la misma manera coinciden con Balzano⁸⁸, quien considera que médicos y otros profesionales de la salud no dejan de apreciar que para el colectivo enfermero, era un poder ser la mano derecha de los médicos y que ante los cambios de la profesión, se ha ido perdiendo.

Ante esto, la teoría dice desde el discurso de las profesiones, que estas no deben ser ni de menor ni de mayor rango, pues cada una tiene su perspectiva, sus orientaciones, sus visiones y deben valorarse desde el impacto social de cada una de ellas; igualmente cada

profesión debe cumplir con unas características específicas para que pueda ser reconocida como tal y una de ellas es la autonomía y autorregulación profesional⁸⁹.

En el caso de la enfermería, históricamente su práctica ha tenido un proceso de valoración inferior a la práctica médica y actualmente todavía no ha logrado superar estas brechas con relación a este estereotipo.

Por otra parte, para los médicos cartageneros, el enfermero en el área hospitalaria, ha perdido funciones propias de su profesión y se ha visto impregnado de funciones administrativas, delegando funciones de su competencia, con falta de liderazgo dentro del servicio, notándose en su actuar ante situaciones de salud, no mostrando criterio para tomar decisiones autónomas y conllevando a la pérdida de fuerza del quehacer de enfermería dentro del equipo de salud.

Sumado a esto, lo miran como aquel profesional que se debe encargar de las manualidades del servicio, de una forma mecánica y lo consideran como «toderó» dentro de él. En contraste, Dall'Agnol et al.⁹⁰ en Brasil manifiesta que el liderazgo del enfermero(a), sí se exterioriza en las actitudes de conciliación y de mediación que tienen estos profesionales y que han demostrado ser imprescindibles para un ambiente organizacional saludable y productivo; agrega que la falta de tiempo, se convierte en un papel importante para su manejo y las acciones de cuidado dentro del servicio hospitalario.

Por otra parte, Camos⁸⁷ coincide con el hallazgo de esta investigación, manifestando que el trabajo de enfermería se ha considerado más como «mano de obra» que como un quehacer profesional y que desde esta perspectiva, algunas instituciones de salud no han afrontado el cambio de escenario para una práctica interprofesional que favorezca el crecimiento de la profesión.

Asimismo, Gómez⁹¹ expresa que el actual sistema de salud está delineado para que el profesional de enfermería sea gestor en el campo administrativo y operante en la práctica clínica, viéndose el profesional «apabullado de acciones administrativas», que en muchas ocasiones no están acordes con las funciones básicas de su disciplina; de igual forma comenta que el rol que ejercen los profesionales de enfermería se caracteriza por actividades anexas que le demandan las instituciones de salud y el desarrollo de habilidades desde lo administrativo.

Teorizando, Zabalegui⁹² expone que la función de la enfermera, como cuidadora, implica la intervención enfocada a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud garantizando la prolongación del cuidado; y no solo debe gestionar su cuidado, sino también debe apoyar y aportar soluciones a las preocupaciones del paciente y su familia, ser moralmente responsable, estar consagrada como profesional y responder en situaciones holísticas que puedan presentarse durante la atención.

En relación a la delegación de actividades por parte del profesional de enfermería, esta debe estar enfocada a actividades rutinarias que permitan al enfermero dedicarse a labores más

complejas y propias de su competencia, haciendo la gestión del cuidado más competente y productiva⁹³; para esto se demanda el fortalecimiento del liderazgo, puesto que como lo menciona Fradique y Mendes, citado por Guerrero y Cid⁹⁴, el profesional de enfermería es quien debe guiar al equipo de profesionales y técnicos a su cargo, valiéndose de sus capacidades, con el propósito de alcanzar las metas institucionales y de cuidado.

Si bien en el área hospitalaria el énfasis es asistencial, la enfermera tiene otros campos de actuación que muchos desconocen y por lo tanto atribuyen al profesional de enfermería, etiquetas que estereotipan su imagen en el área asistencial hospitalaria y en algunas ocasiones no reconociendo la labor integral que el enfermero realiza dentro del servicio. Sino por el contrario, se aprecia su labor como no acorde a la disciplina: esto denota en el colectivo médico un desconocimiento de los roles del profesional de enfermería, ya que para ellos solo la atención directa al paciente es considerada la función principal de enfermería.

Ante esto, Lapeña, Cibanal, Pedra y Macía⁹⁵ manifiestan que la no clarificación de roles de los diferentes profesionales del área salud que laboran en el hospital, pueden generar los problemas organizativos que forjan malas relaciones laborales, razón por la que consideran inevitable que cada profesional conozca cuáles son las actividades correspondientes a su rol, y respete y acepte las de los demás.

Es importante destacar que la ley 266 de 1996⁹⁶ establece que todo profesional de enfermería puede «Ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas».

Por otra parte, para el personal médico, los enfermeros han perdido el apostolado de enfermería; la palabra griega *apostoloi* significa enviado, y hace referencia a un llamado que se hace a las personas para que continúen con una misión específica e implica un diálogo personal⁹⁷. Es importante destacar que la disciplina de enfermería desde la historia lleva consigo una misión específica como lo es, brindar cuidado; investigaciones, formación, entrenamientos, teorías y modelos de enfermería están direccionados a mejorar la calidad de este.

Según esto, para el equipo médico el colectivo enfermero ha perdido esa misión de servir, cuidar, compenetrarse con el paciente, ser enfermero y parecerlo en todos los aspectos de la atención. Dentro de su discurso se visualiza un enfermero con poca vocación hacia la profesión, demostrada por la pérdida del uso del uniforme y la falta de humanización dentro del servicio hospitalario.

A la luz de revisión bibliográfica, esto se confronta con lo expresado por Gómez et al.^{98- 91} quienes manifiestan que en la actualidad, para el colectivo de enfermeros(as) todavía predomina el concepto de que su quehacer está ligado a la vocación de ayuda al otro⁹⁹, las

enfermeras/os entrevistados en esa investigación atribuyen que la vocación es un aspecto fundamental al brindar su cuidado.

Ante el no uso de la vestimenta del profesional de enfermería en las instituciones hospitalarias, León¹⁰⁰ en Cuba afirma que la utilización de una vestimenta adecuada, responde a las pautas y requerimientos de la profesión, así como el respeto que le tiene a la sociedad, elementos que contribuyen a una adecuada imagen social. Un(a) enfermero (a) vestido correctamente infunde confianza y es socialmente respetado, por esto se hace necesario replantear aspectos propios de la disciplina en la formación y exigencia laboral actual.

Perder el apostolado de enfermería, como lo fue citado por el equipo médico, crea una alarma en el colectivo enfermero, a repensar sobre hacia dónde camina la profesión: a ser reconocida socialmente con respeto ante su función social o adentrarse en el sistema común de la sociedad donde está expuesta a no ser ni reconocida, ni valorada como una profesión con criterio propio.

Otro aspecto a resaltar en la imagen del profesional de enfermería dentro del área hospitalaria, es el sistema de relaciones que se maneja entre el médico y la enfermera, el cual se encuentra calcado en el imaginario público desde la historia. Este sistema que debe fundamentarse en el respeto, la autonomía profesional y el bien común, ha experimentado visibles cambios que han permitido romper el modelo estático traído desde la tradición. Para el equipo médico participante, la relación laboral con el profesional de enfermería es buena y satisfactoria, está basada en el apoyo y en una comunicación asertiva cuando hay acople entre los profesionales y un *colegaje* que representa compañerismo, seguridad y confianza para trabajar como equipo de salud.

Frente a esto, Ceballos¹⁰¹ en Chile expone que el «profesional cuidador» debe poseer las características de capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del otro, gran dimensión de entrega, compromiso ético y calidez humana, lo cual coincide con lo expresado por el equipo médico, que ve en la comunicación y el lenguaje utilizado por enfermería, un importante aspecto para la relación, además del respeto mutuo.

Para De Oliveira et al.¹⁰² el paciente es el principal beneficiario cuando hay buena relación entre médicos y enfermeros(as), y las fallas en la comunicación y las condiciones de trabajo son factores de desestabilización de la relación *multiprofesional*. Sin embargo, para Lapeña, Cibanal, Pedra y Macía¹⁰³, la mayoría de los enfermeros exteriorizan carencias para desarrollar relaciones comunicativas eficaces y estrategias para resolver problemas de comunicación.

A pesar de esto, el sistema de relaciones se ve reforzado con el aprendizaje que manifiestan los médicos tener ante la dedicación permanente del enfermero hacia al paciente. Para ellos, esa interacción diaria y constante que le permite al enfermero(a) tener control sobre el paciente en relación a su estado de salud, es algo que desean adherir a su quehacer.

Esto último hace que los médicos se sientan seguros y confiados con la presencia de un profesional de enfermería durante la atención; además consideran que el (la) enfermero(a) es líder desde la historia pero no aplica su liderazgo en el servicio y sus múltiples funciones alejadas del cuidado al paciente, deteriorando aún más imagen como profesional.

Para Camos⁸⁷, las imágenes del rol enfermero coligadas a los paradigmas de la madre cuidadora, auxiliar del médico y el apostolado, han marcado con ímpetu el colectivo profesional.

La imagen que se tiene del profesional de enfermería en el área hospitalaria se ha institucionalizado con el transcurrir del tiempo y se reincorpora de manera inconsciente, a las prácticas y a la conciencia de los sujetos, por lo tanto, se hace necesario desde las instituciones de educación superior, replantear aspectos en la formación disciplinar para dar un giro favorable a la profesión y al estereotipo que se encuentra en los profesionales de la salud en especial del equipo médico. Esto favorecería en gran medida al paciente pues mejoraría la calidad del cuidado y de la atención.

Se hace imprescindible fomentar el liderazgo desde el primer año de formación, lo que ayudaría a fortalecer el empoderamiento de enfermería, en especial en el área hospitalaria.

Este trabajo brinda información importante para reflexionar sobre el futuro de la profesión de enfermería y sirve de base para el desarrollo de otras investigaciones que penetren en la disciplina y ayuden a su desarrollo y a los profesionales que hacen parte de ella; sin embargo, por ser un estudio de enfoque cualitativo, sus hallazgos solo se circunscriben a analizar la imagen del profesional de Enfermería en la ciudad de Cartagena, desde la mirada del equipo médico.

9. CONCLUSIONES

En la presente investigación, participaron 15 profesionales médicos que laboran en instituciones públicas y privadas de la ciudad, incluye médicos generales y especialistas en diferentes áreas; el rango de tiempo de experiencia dentro del área hospitalaria estuvo entre los dos y los 37 años. Esta pluralidad de aspectos permitió tener una visión muy amplia de los diferentes ámbitos de actuación del enfermero(a) dentro del área hospitalaria.

La imagen que el equipo médico tiene del profesional de enfermería en el área hospitalaria se puede definir de la siguiente manera:

(A) Enfermeras(os) como profesionales de menor rango en la jerarquización o pirámide de mando en los servicios hospitalarios, manejando comunicación de forma descendente y no como pares en salud; además, se observa superioridad reflejada en el servicio clínico asistencial, conllevando a ver al enfermero como soporte, bastón y mano derecha del médico, como un profesional cumplidor de órdenes.

(B) Enfermero(a) que ha perdido las funciones que tradicionalmente desempeñaba en la práctica hospitalaria, se ha alejado del cuidado del paciente para dedicarse a otras funciones administrativas; que delega el cuidado al personal auxiliar de enfermería, mostrándose como un profesional que «*no toca, ni manosea*» al paciente, revelando la pérdida de la esencia y vocación de su profesión.

(C) Enfermero(a) con pérdida liderazgo en la atención del paciente, se ha quebrado la línea de respeto con el personal auxiliar de enfermería creando conflictos a la hora de delegar actividades, se muestra sin autoridad dentro de los servicios; el equipo médico exterioriza pérdida de don de mando del enfermero(a) ante el personal a su cargo y de un estancamiento donde el enfermero(a) se encuentra en una zona de *confort* en el área hospitalaria. Se proyecta poca fuerza para tomar decisiones en el servicio hospitalario y no mantienen líneas de respeto, especialmente los enfermeros(as) de más alta experiencia en años de servicio.

(D) Enfermero(a) que ha perdido el apostolado de enfermería, debido a los niveles de exigencia de las instituciones de salud puesto que estos pueden contribuir a la mejora de la capacidad de brindar cuidado integral al paciente o por el contrario desvirtuar el cuidado. Los enfermeros(as) han perdido la misión disciplinar y divagan en diferentes áreas de desempeño, dejando de lado el cuidado al paciente; los requerimientos en la presentación del enfermero(a) y el uso de los símbolos de reconocimiento del profesional, son un punto muy débil en las clínicas y hospitales, en especial en los más grandes.

(E) Enfermero(a) con pérdida de la misión del profesional de enfermería, lo cual se debe a diferentes factores que son comunes en todo el territorio nacional y que reflejan desconocimiento de los diferentes roles en los que el enfermero puede desempeñarse. Para

ellos, uno de los factores principales es el actual sistema de salud que ha atribuido al enfermero(a) actividades de tipo no asistencial, desenfocándolo de su misión disciplinar.

(F) Enfermero(a) cuya dedicación constante al paciente y la práctica de cuidar es para el equipo médico un generador de aprendizaje dentro del servicio hospitalario.

(G) Enfermero(a) es percibido como un apoyo dentro del área clínica asistencial y como un profesional que deja enseñanza con su quehacer; se manifiesta que mantienen una relación gratificante, en la medida que se acomodan y acoplan dentro del servicio, convirtiéndose con el tiempo en una relación de amistad, compañerismo y *colegaje*.

Durante el desarrollo del estudio se presentaron limitaciones de tiempo, en especial de los participantes para el desarrollo de las entrevistas; de igual manera en la búsqueda de información sobre la temática tratada Imagen social del profesional de enfermería, ya que es poca la información existente y más aún cuando esta es a la luz del equipo médico; es necesario desarrollar investigaciones que muestren la imagen del enfermero desde otros profesionales y hacer comparaciones con los hallazgos de esta investigación; además, sería interesante mirar que proyecta el enfermero en el área hospitalaria y que conceptualización tiene de sí mismo en este campo.

10. RECOMENDACIONES

Al concluir este estudio y basados en los resultados obtenidos, se realizan las siguientes recomendaciones a:

- Profesionales de enfermería que laboran en el área hospitalaria: implementar estrategias que permitan hacer efectivo el uso de sus referentes disciplinares y símbolos considerados como representativos de la profesión en el ámbito clínico, para direccionar sus acciones a la esencia de la disciplina, el cuidado, principalmente en el área hospitalaria.
- Instituciones de educación superior: crear de manera transversal una estrategia que impregne al estudiando de enfermería de la importancia del liderazgo y el empoderamiento de la profesión en el área hospitalaria.
- Formar a los estudiantes de enfermería, dando eje principal de su formación la importancia de la imagen social de su profesión y sus efectos en su futuro profesional y laboral.
- Organizaciones gremiales: desde las organizaciones nacionales, locales y/o regionales de enfermería, abanderar y direccionar cambios y/o políticas tendientes a unificar aspectos de imagen social de la profesión de enfermería, dado que esta constituye ideas e imágenes compartidas por la mayoría de las personas, que muestran los aspectos más estereotipados, visibles o difundidos de la profesión. Esto sería de gran impacto ante la sociedad en general.
- Otras investigaciones: a partir de los resultados obtenidos en el presente estudio, profundizar en otros campos de acción del profesional de enfermería y analizar la imagen que tiene en ellos; además en el área asistencial, académica e investigativa, elaborar estrategias de intervención de manera unificada con el fin de mejorar los juicios negativos de la imagen social que se tiene del profesional de enfermería dentro del área hospitalaria.

11. REFERENCIAS

-
- ¹ Alaminos A. La imagen de los «hechos sociales» en la sociología. Revista Obets 3 [Internet] 2009; 7-18. Disponible en: <http://publicaciones.ua.es/filespubli/pdf/19891385RD32643338.pdf>
- ² Carrasco A. Revisión u evaluación del modelo de cortesía de Brown y Levinson. Pragma. [Internet] abr 2011; (7). [Consultado 2017 ago 3] Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/pragma/article/view/30789>
- ³ Herrera M, Soriano R. La teoría de la acción social en Erving Goffman. Revista de sociología [Internet] 2004; (73): 59-79. [Consultado 4 marzo 2014] Disponible en: <http://ddd.uab.cat/pub/papers/02102862n73/02102862n73p59.pdf>
- ⁴ Moreno E, Nava MG, Rodríguez A. Percepción de la imagen social que tiene el equipo interdisciplinario y los enfermos del profesional de enfermería en el INNN. Rev. Enf. Neurol. [Internet] 2011; 10 (2): 86-93 [Consultado 2014 marzo 4] Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=221&IDARTICULO=31332&IDPUBLICACION=3394>
- ⁵ Rojas M. No el abogado, "mejor el doctor". La imagen social del profesional en Derecho. Revista Estudios Socio-Jurídicos [Internet] 2009; 11281-298. [Consultado 2014 marzo 4] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73313667010>.
- ⁶ SIU Guarani. Sistema de Gestión Académica. La Imagen social de las profesiones. [Internet] [Consultado 2013 mayo 13]. Disponible en: <http://www.serestudiante.com/nota%20home%201.htm>
- ⁷ Valle Á. Profesión, ocupación y trabajo: Eliot Freidson y la conformación del campo. Perfiles educativos [Internet] 2010; 32: 128. [Consultado 5 marzo 2014] Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/peredu/v32n128/v32n128a9.pdf>
- ⁸ Ben-David J. El papel de los científicos en la sociedad. México: Trillas; 1974.
- ⁹ Samaniego C, Frankel D, Cárcamo S, Sabbadini J. La imagen profesional de enfermería en su contexto de trabajo y en comunidad [Internet] En: VIII jornadas nacionales de debate interdisciplinario en salud y población; Instituto de investigaciones Gino Germani - FSOC – UBA. Universidad Nacional de Lanús. [Consultado 2013 septiembre 25] Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BeZIXriyU54J:webiigg.sociales.uba.ar/saludypoblacion/viii+jornadas/ponencias/la_imagen_profesional_de_enfermeria_-_gino_germani1.doc+&cd=9&hl=es&ct=clnk
- ¹⁰ Collière MF. Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. 2da ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1997. 372.
- ¹¹ González T. Florence Nightingale. Profesionalización de los cuidados desde una perspectiva de la antropología feminista. Cultura de los Cuidados [Internet] 2005; 9 (17): 33-40 [Consultado 2014 marzo 4]. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1006/1/culturacuidados_17_06.pdf
- ¹² Celma M, Acuña A. Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. Antropología Experimental [Internet] 2009; 9 (9): 119-136. [Consultado 2014 febrero 14] Disponible en: <http://www.ujaen.es/huesped/rae/articulos2009/09celma09.pdf>

-
- ¹³ Calvo MA. Salud y medios de comunicación: donde las enfermeras no existen. *Salud y Cuidados* [Internet] 2004; 7. [Consultado 2013 May 13] Disponible en: <http://macalvoc.wordpress.com/articulos-de-salud-y-cuidados>
- ¹⁴ Gatell i Vallvé MT. Formación, responsabilidad e imagen de los profesionales de enfermería. *Rol Enferm.* 1994; 190: 43-44.
- ¹⁵ Torres Esperón JM. Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. *RCSP* [Internet] 2004 [Consultado 2016 Jun 1] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu09404.htm
- ¹⁶ Fajardo Trasobares ME, Germán Bes C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index enferm.* [Internet] 2004; 13 (46): 9-12. [Consultado 2016 Jun 1] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132
- ¹⁷ Errasti-Ibarrondo B, Arantzamendi-Solabarrieta M, Canga-Armayor N. La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. *Anales Sis San Navarra* [Internet] 2012 Ago; 35 (2): 269-283 [Consultado 2014 Mar 14] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272012000200009&script=sci_arttext
- ¹⁸ Nájera R, Castrillón M. La enfermería en América Latina. Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un plan de desarrollo. [Internet] 2001; 12. [Consultado 2014 Marzo 14]. Disponible en: http://www.aladefe.org/index_files/docs/articulos/la_enfermeria_en_america_latina.doc..
- ¹⁹ Romero M. El cuidado de enfermería en la adversidad: compromisos de resistencia desde la docencia. *Av. Enferm.* XXV. [Internet] 2007; (2): 112 – 123. [Consultado 2014 Mar 14] Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/17208/1/12815-33840-1-PB.pdf>
- ²⁰ Buitrago MT. Razones para estudiar enfermería y dudas sobre la profesión. Las voces de los/as estudiantes. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* [Internet] 2008; 1021-38. [Consultado 2014 Mar 14] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145212853003>
- ²¹ Organización Panamericana de la Salud. *La Enfermería en la región de las Américas. Serie Organización y gestión de sistemas y servicios de salud.* 1999.
- ²² Heierle C. La imagen de la enfermera a través de los medios de comunicación de masas: La prensa escrita. *Index enferm.* 2009; 18(2): 95-98.
- ²³ Gómez E. La enfermería en Colombia: una mirada desde la sociología de las profesiones. *Aquichan*, 2012(1): 42-52.
- ²⁴ Organización Mundial de la Salud. El contexto del ejercicio de la Enfermería. En: *El ejercicio de la enfermería.* [Internet] En: Informe de un comité de expertos de la OMS (OMS, serie de informes técnicos; 860) Ginebra: OMS; 1996. [Consultado 2015 Nov 20] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41914/1/9243208608_spa.pdf
- ²⁵ Grupo de Cuidado. *Nuevos avances conceptuales del Grupo de Cuidado. Cuidado y práctica de Enfermería.* Bogotá: Unibiblos; 2002. 4-13.
- ²⁶ Corina V. Cárcamo S. La imagen e identidad profesional de enfermería. El devenir de una construcción. *Investigación y Educación en Enfermería.* 2013; 31(1): 54-62. [Consultado 2017 Noviembre 19] Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072013000100007&lng=es&tlng=es.

²⁷ Urteaga E. Sociología de las profesiones: para una teoría de la complejidad. Lan Harremanak [Internet] 2008; 18. [Consultado 2014 Jun 16] Disponible en: http://www.ehu.es/ojs/index.php/Lan_Harremanak/article/view/2812/2428

²⁸ Takase M, Kershaw E, Burt L. Does Public Image of Nurses Matter? J Prof Nurs. 2002; 18: 196-205.

²⁹ Carrasco M, Márquez M, Arenas J. Antropología-Enfermería y perspectiva de género. Cultura de los Cuidados [Internet] 2005; 18: 52-59. [Consultado 2014 Mar 6] Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/995/1/culturacuidados_18_09.pdf

³⁰ Valle Á. «Sobre las prácticas profesionales y los retos de la transformación económica». En Teresa Pacheco y Ángel Díaz Barriga (coords.), La profesión. Su condición social e institucional. México: CESU-Porrúa; 1997: 173-197.

³¹ Covarrubias P. Imagen social e identidad profesional de la psicología desde la perspectiva de sus estudiantes. Rev. iberoam. educ. super. [Internet] 2013; 4 (10) [Consultado 2014 Mar 6] Disponible en: http://ries.universia.net/index.php/ries/article/viewArticle/290/html_47

³² Gómez V. Educación superior, mercado de trabajo y práctica profesional, Pensamiento Universitario, México, CESU-UNAM. 1983.

³³ Calvo MÁ. Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. Index enferm. [Internet] 2011; 20(3): 184-188 [Consultado 2013 mayo 13] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962011000200010&script=sci_arttext

³⁴ Fernández C. Conformación de la opinión social de la enfermería [Internet] Cantabria: Universidad de Cantabria; 2012 [Consultado 2013 Oct 29] Disponible en: <http://repositorio.unican.es:8080/xmlui/bitstream/handle/10902/886/FernandezSierraC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

³⁵ Rodríguez M, Brito R. #24h24p: Imagen e Identidad Enfermera. Ene [Internet] 2013 Abr; 7 (1). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/230/187>

³⁶ Medina L. Situación laboral de los titulados de la universidad técnica particular de Loja, escuela de ciencias de la educación estudio realizado en la ciudad de Ambato, provincia de Tungurahua en el año 2011. [Internet] Ambato: Universidad Técnica Particular de Loja; 2011. [Consultado 2014 abril 20] Disponible en: http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/5695/1/Tesis_LourdesMedina.pdf

³⁷ Molina N, Sierra O, Rodríguez V, Mondragón J. Prestación de servicios para pymes. Bases teóricas para el modelo de responsabilidad social universitaria de la Facultad de Ciencias Administrativas y Contables de la Universidad de La Salle. Rev. Gest. Soc. [Internet] 2012; 5(1): 55-71 [Consultado 2014 Abr 20] Disponible en: <https://revistas.lasalle.edu.co/index.php/gs/article/view/742>

³⁸ Fernández Pérez J. Elementos que consolidan al concepto profesión. Notas para su reflexión. Rev. electrón. investig. educ. [Internet] 2001; 3 (1) [Consultado 2014 febrero 14] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/155/15503202.pdf>

-
- ³⁹ Fernández J, Barajas G, Alarcón L. La enseñanza y la práctica de la homeopatía. Propiedad legítima y exclusiva del médico homeópata. *Rev. de Educación y Desarrollo* [Internet] 2008; 9: 23 [Consultado 2014 Abr 20] Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/9/009_Fernandez.pdf
- ⁴⁰ Lieberman M. *Educación como una Profesión*. New York: Prentice Hall; 1956.
- ⁴¹ Weber M. *Economía y sociedad*. 2da. ed. México: Fondo de cultura económica; 1968.
- ⁴² Velarde R, Saber G. «Enfermeras/os egresados de la Universidad Nacional de Santiago del Estero: Imágenes del trabajo profesional. [Internet] En»: IV Encuentro Nacional y I Latinoamericano; Tucumán, Argentina Oct 6-9 . Disponible en: http://rapes.unsl.edu.ar/Congresos_realizados/Congresos/IV%20Encuentro%20-%20Oct-2004/eje5/06.htm
- ⁴³ Berumen M, Gomar S, Gómez P. *Ética del ejercicio profesional*. México: CECSA; 2005.
- ⁴⁴ Díaz A. Las profesiones ante los nuevos retos. Globalización, flexibilidad y competencias. En: *La profesión universitaria en el contexto de la modernización*. Barcelona: Ediciones Pomares; 2005.
- ⁴⁵ Hernández A, Guardado C. La Enfermería como disciplina profesional holística. *Rev Cubana Enfermer*. 2004.
- ⁴⁶ Aguirre H, Loaiza D. Significados de la gestión docente en instituciones educativas públicas, desde la nueva lógica del trabajo. En el marco del macroproyecto de investigación: Calidad de vida laboral en organizaciones de servicios humanos WONPUM-GTH-COLOMBIA. [Internet] Manizales: Universidad de Manizales; 2013. [Consultado 2014 abril 20] Disponible en: http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/827/1/Aguirre_Mu%C3%B1oz_Henry_Arney_2013.pdf
- ⁴⁷ Collière MF. *Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw Hill- Interamericana; 1997.
- ⁴⁸ Pimentel M, Pereira F, Pereira M. La construcción de la identidad social y profesional de una profesión femenina: enfermería. *Revista de ciencias sociales Prismasocial*. 2011; (7).
- ⁴⁹ Vílchez V, Sanhueza O. Reflexiones Enfermería: una disciplina social. *Enfermería en Costa Rica* 2011; 32 (1): 81-88.
- ⁵⁰ Albelda M. Componentes de la imagen social (pública) española a través de un análisis lingüístico de entrevistas en medios de comunicación». En *Quaderns de Filología*, 12, pp. 93-108. 2007. [Consultado el 20 de abril de 2014] Disponible en: http://www.valesco.es/web/Val.Es.Co/Miembros/Albelda_QUADERNS.Componentes%20de%20la%20imagen%20social.pdf
- ⁵¹ Landone E. *Los marcadores del discurso y cortesía verbal en español*. Bern, Berlin, Bruxelles. 2009.»
- ⁵² Bravo D. Tensión entre universalidad y relatividad en las teorías de la cortesía, en: D. Bravo y A. Briz (eds.), *Pragmática sociocultural: Estudios sobre el discurso de cortesía en español*. Barcelona: Ariel; 2004.
- ⁵³ Cordisco A. Marcos de descortesía. En Bravo, D. (ed) *Estudios de la (des)cortesía en español. Categorías conceptuales y aplicaciones a corpora orales y escritos*. Buenos Aires: Dunker. 319-364; 2005.»

-
- ⁵⁴ Bravo D. Actividades de cortesía, imagen social y contextos socioculturales. En Bravo, D. (ed) Actas del I Coloquio del programa EDICE. Stockholm: CD-ROM. 98 – 108. 2003.
- ⁵⁵ Rodríguez O. La imagen social en el caso de un debate del programa radial Hora 20. [Internet] Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012 [Consultado 2014 Abr 20] Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8136/1/448191.2012.pdf>
- ⁵⁶ Albelda M. La intensificación coloquial. Tesis doctoral. Valencia: Universitat de Valencia; 2004.
- ⁵⁷ Bernal M. Categorización sociopragmática de la cortesía y de la descortesía. Departamento of Spanish, Portuguese and Latin American Studies; 2007.
- ⁵⁸ Villafañe J. La gestión profesional de la imagen corporativa. Madrid: Pirámide; 1999.
- ⁵⁹ Tineo M, Torres I, Lázaro E. "La Representación Social del Cuidado: Una Mirada desde la Perspectiva del Enfermero." *Acc Cietna: Para el Cuidado de la Salud*. 2017; 4 (1). [Consultado 2017 Septiembre 15] Disponible en: <http://publicaciones.usat.edu.pe/index.php/AccCietna2014/article/view/347/342>
- ⁶⁰ Gutiérrez, D. Por qué su imagen profesional puede afectar seriamente a la salud de las personas que atiende (y a la suya propia). *ENE, Revista de Enfermería*. 2017; 11(2). [Consultado 2017 Septiembre 15] Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs>
- ⁶¹ Calvo M. Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. *Index Enferm* [Internet]. 2011; 20(3): 184-188 [citado 2017 Sep 19]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200010>.
- ⁶² Lozano, A. ¿Cuál es la Representación Social que tiene la población de la enfermera peruana? ¿Cómo nos ve la sociedad? *Ciencia y Arte de Enfermería*. 2016; 1(2):52-56. [Consultado 2017 Septiembre 15] Disponible en: <file:///C:/Users/Ruby/Downloads/31-68-3-PB.pdf>
- ⁶³ Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4 ed. México: McGraw-Hill; 2006.
- ⁶⁴ Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Antioquia: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia; 2002.
- ⁶⁵ Leal N. El Método Fenomenológico: Principios, momentos y reducciones. Ponencia presentada en las Iras Jornadas de Promoción a la Investigación Científica, Humanística y Tecnológica. [Internet] Caracas: UNA. [Consultado 2014 junio 16] Disponible en: <http://revistadip.una.edu.ve/volumen1/epistemologia1/lealnestorepistemologia.pdf>
- ⁶⁶ Salamanca A, Martín C. El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, nº 27. 2007 [Internet]. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_27.pdf
- ⁶⁷ Trinidad A, Carrero V, Soriano R. Teoría fundamentada Grounded Theory: La construcción de la Teoría a través del análisis interpretacional, Madrid: CIS; 2006.

-
- ⁶⁸ Rodríguez Martínez P. La teoría fundamentada: un plan metodológico para respetar la naturaleza del mundo empírico. *Prax. Sociol.* 2008; 12:137-172.
- ⁶⁹ Glaser B, Strauss A. *The discovery of Grounded Theory. Strategies for qualitative analysis.* New Jersey: Aldine; 2006.
- ⁷⁰ Trinidad A, Jaime A. Meta-Análisis de la investigación cualitativa. El caso de la evaluación del Plan Nacional de Evaluación y Calidad Universitaria en España, *Rev. Int. Sociol.* 2007; 65 (47): 45-71.
- ⁷¹ Sittner H. Reflexiones Sobre Enfermería. [Internet] [Consultado 2013 Sep 25] Disponible en: <http://www.fcs.uner.edu.ar/ingreso/enfermeria.htm>
- ⁷² Gallegos F. La infraestructura del área de laboratorio clínico del hospital provincial general docente ambato influye en la proliferación de enfermedades infectocontagiosas en el Periodo. Febrero – junio 2009. [Tesis] Ambato, Ecuador. Universidad Técnica de Ambato. 2009. [Consultado el 15 de junio de 2014]. Disponible en: http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/1623/PSIN_03.pdf?sequence=1
- ⁷³ Valles, M. *Técnicas cualitativas de investigación social.* Madrid: Síntesis. 1999. 196-97.
- ⁷⁴ Sandoval C. Investigación cualitativa. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada. Bogotá: Instituto Colombiano para el fomento de la Educación Superior; 2002.
- ⁷⁵ Merlinsky G. La Entrevista como Forma de Conocimiento y como Texto Negociado. *Rev Univ Chile.* [Internet] 2006C. 27: 248-255. [Consultado 2014 junio 15]. Disponible en: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/CDM/article/viewFile/25939/27252>
- ⁷⁶ Domínguez C. Imagen de la enfermera en la sociedad. *Rev Rol Enf.* 1985; 83: 66-72.
- ⁷⁷ Noreña A, Alcaraz N, Rojas J, Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichán* [Internet] 2012 dic; 12 (3):213-27. [Consultado 2014 febrero 14]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1824/html>
- ⁷⁸ Martínez M. *La investigación cualitativa etnográfica en educación: manual teórico-práctico.* Caracas: Texto SRL; 1991.
- ⁷⁹ Rodríguez G, Gil J, García E. *Metodología de la investigación cualitativa.* Málaga: Aljibe; 1999.
- ⁸⁰ Strauss, A, Corbin, J. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory.* Thousand Oaks. CA: Sage; 1998.
- ⁸¹ Charmaz, K. *Constructing Grounded Theory. A practical guide through qualitative analysis.* London: SAGE; 2006.
- ⁸² Ardila E, Rueda J. La saturación teórica en la Teoría fundamentada: su delimitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. *Revista colombiana de sociología.* 2013; 36(2): 93-114. [Consultado 2017 Noviembre 10]
- ⁸³ Román JA. Lo que las metáforas obran furtivamente: discurso y sujeto. *Forum: Qualitative social Research.* 2007 [Internet] Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/rt/printerFriendly/246/543>
- ⁸⁴ Gastaldo D, McKeever P. Investigación cualitativa, ¿intrínsecamente ética? En: Mercado J, Gastaldo D, Calderón C, compiladores. *Investigación cualitativa en salud en*

Iberoamérica. Métodos, análisis y ética. México: Universidad de Guadalajara; 2002; 475-479«»

⁸⁵ Wilensky H. The professionalization of everyone. *American Journal of Sociology*. 1964; 70: 137-58.

⁸⁶ Goffman E. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Ediciones Amorrortu; 1956.

⁸⁷ Camós, P. Representación social de Enfermería en el siglo XXI. *Rev. Borromeo* [Internet] 2014; (5) [Consultado 2017 junio 16]. Disponible en: <http://borromeo.kennedy.edu.ar/Articulos/Cam%C3%B3srepsocial.pdf>

⁸⁸ Balzano, S. Visibilidad e invisibilidad de los cuidados en enfermería en una colonia neuropsiquiátrica argentina: una mirada etnográfica. *Cuad. antropol. soc.* [Internet] 2012; (35): 99-120. [Consultado 2017 junio 16]. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2012000100006&lng=es&nrm=iso

⁸⁹ Wilensky H. The professionalization of everyone. *American Journal of Sociology* 1964; 70: 137-58

⁹⁰ Dall'Agnol C. et al. Motivaciones, contradicciones y ambigüedades en el liderazgo de enfermeros en cargo de jefatura en un hospital universitario. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet] 2013 oct; 21 (5): 172-1178 [Consultado 2017 junio 16] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000501172&lng=en&nrm=iso

⁹¹ Gómez E, Navas M, Díaz A. *La profesión de enfermería en Cartagena-Colombia* [Tesis doctoral] Cartagena: Universidad de Cartagena: 2016.

⁹² Zabalegui A. El rol del profesional en enfermería. *Aquichan* [Internet] jun 2009; 3 (1) [Consultado 2017 junio 16] Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/33/63>

⁹³ De Meza, MG. Delegación de la autoridad en el liderazgo. *Enfoque*. [Internet] 2011; 10 (5) [Consultado 2017 junio 16] Disponible en: http://www.sibiup.up.ac.pa/otros-enlaces/enfoque/Julio_dic%20_%202011/julio_dic_2011_PDF/delegaci%C3%B3n%20de%20la%20autoridad.pdf

⁹⁴ Guerrero S. Cid P. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichan* [Internet] 2015 Abr; 15 (1) [Consultado 2017 Jun 17] Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3511>

⁹⁵ Lapeña Y, Cibanal L, Pedraz A, Macía M. Interpersonal relationships among hospital nurses and the use of communication skills. *Text Context Nursing*. 2014;23(3): 555-562

⁹⁶ Oficial, Diario. "Ley 266 de 1996 por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones [Internet]. 1996; CXXXI (42710).

⁹⁷ Escrivá S. ¿Qué significa el apostolado? ¿quiénes son los apóstoles hoy?; [Pagina Web] Disponible en: <http://www.es.josemariaescriva.info/articulo/preguntas-y-respuestas-sobre-la-fe-catolica-comunicar-la-alegria-del-evangelio> [Consultado el 30 de Marzo de 2017]

⁹⁸ Gomez E, Caro E, Gazabon V, Ruz E, Tuñon D. Significado de identidad profesional, en Enfermeras (os) egresados de la Universidad de Cartagena. Tesis Enfermero(a) Universidad de Cartagena. Facultad de enfermería. Departamento de investigación, 2013.

⁹⁹ Velandia A. Historia de la enfermería en Colombia. Bogotá: Editorial Universidad Nacional; 1995. Celma M. Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras. Granada: Editorial Universidad de Granada; 2007. 35, 36.

¹⁰⁰ León C. El uniforme y su influencia en la imagen social. Rev Cubana Enfermer [Internet] 2006 Mar; 22 (1) [Consultado 2017 Jun 17] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000100006&lng=es

¹⁰¹ Ceballos P. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Cienc. enferm. [Internet] 2010; 16 (1): 31-35 [Consultado 2017 junio 17]. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004&lng=es&nrm=iso)

[95532010000100004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004&lng=es&nrm=iso)

¹⁰² De Oliveira A. et al. Professional relationship between nurses and doctors at the clinical hospital of federal university of goiás: the view of nurses. Rev. latinoam. bioet. 2010; 58-67.

12. ANEXOS

Anexo 1

GUIÓN DE ENTREVISTA

IMAGEN DE LA ENFERMERA(O) EN EL ÁREA HOSPITALARIA, DESDE LA MIRADA DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS, CARTAGENA 2017.

Tema:

Imagen social del profesional de enfermería en Cartagena.

Objetivo general:

Analizar la imagen que tiene el equipo médico sobre el profesional de enfermería del área hospitalaria en la ciudad de Cartagena, en el año 2017.

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de los participantes del estudio.
2. Describir la imagen que se tiene del profesional de enfermería en el área hospitalaria

Meta a responder ante la entrevista:

¿Cómo es la imagen social del profesional de enfermería en el área hospitalaria desde la perspectiva del equipo médico en Cartagena?

Guía de temáticas a tratar durante la entrevista:

1. Biografía del participante.
2. Experiencia del trabajo hospitalario con el profesional de enfermería.
3. Relaciones personales y laborales con el profesional de enfermería.
4. Característica del profesional de enfermería con el que usted ha laborado.
5. ¿Cómo considera usted al enfermero dentro del equipo de trabajo?
6. ¿Cómo reconoce usted a un profesional de enfermería, aspectos diferenciadores ante otro personal del equipo interdisciplinario?
7. ¿Qué opina de la formación actual del profesional de enfermería? ¿Ve algún enfoque específico?

Anexo 2
INFORMACIÓN DEL ENTREVISTADO

NOMBRE COMPLETO: _____ o
CODIGO: M _____
EDAD: _____ Años
GÉNERO: M _____ F _____
ESPECIALISTA EN:
MAGISTER:
DOCTOR (A) EN:
AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL ÁREA ASISTENCIAL CLÍNICA: _____

DATOS DE LA ENTREVISTA

FECHA DE RELIZACIÓN:
LUGAR DE LA ENTREVISTA:
DURACIÓN: _____ Minutos

CONDICIONES EN QUE SE REALIZÓ LA ENTREVISTA

--

PALABRAS CLAVES DE CONTENIDO

--

Anexo 3
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código del Participante: M_____

Yo, _____, estoy de acuerdo en participar en el Estudio: **IMAGEN DE LA ENFERMERA(O) EN EL ÁREA HOSPITALARIA, DESDE LA MIRADA DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS, CARTAGENA 2017.** He sido informado por los investigadores de los objetivos del estudio, el cual pretende analizar **LA IMAGEN QUE TIENE EL EQUIPO MÉDICO SOBRE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA HOSPITALARIA. CARTAGENA 2017.**

Dejo constancia de que he sido enterado y de que conozco los riesgos que implica esta investigación, el cual es inferior al mínimo ya que no existe ningún tipo de método invasivo que represente riesgo físico. Igualmente conozco los beneficios de la investigación. La duración estimada de la entrevista es de 30 a 45 minutos; entiendo que los investigadores pueden detener el estudio o mi participación en cualquier momento sin mi consentimiento. Así mismo tengo derecho a retirarme del estudio en cualquier momento. Por el presente autorizo a los investigadores de este estudio de publicar la información obtenida como resultado de mi participación en este, en revistas u otros medios legales, y de guardar la debida CONFIDENCIALIDAD de mi nombre y apellidos.

Entiendo que todos los documentos que revelen mi identidad serán confidenciales, salvo que sean proporcionados tal como se menciona líneas arriba o requeridos por Ley.

Firma del Investigador

Firma del Participante

Datos de interés y contacto

Responsable del proyecto: Shirley Fernández Aragón

Documento de identidad del investigador: 45521317 Celular: 3043681413

Directora del proyecto: Edna Gómez Bustamante

Institución: Universidad de Cartagena- Facultad de Enfermería

Anexo 4**TABLAS****Tabla 1. Descriptivo de participantes**

<i>PARTICIPANTE</i>	<i>GÉNERO</i>	<i>AÑOS DE EXPERIENCIA</i>	<i>ESPECIALIDAD</i>
<i>MÉDICO</i>		<i>HOSPITALARIA</i>	
M1	Masculino	6	General
M2	Masculino	5	General
M3	Femenino	2	General
M4	Femenino	15	General
M5	Masculino	24	Ortopedia y traumatología
M6	Masculino	36	Anestesiología
M7	Masculino	36	Anestesiología
M8	Masculino	38	Anestesiología
M9	Masculino	15	Ginecología
M10	Masculino	15	Ginecología
M11	Femenino	4	General
M12	Femenino	6	General
M13	Masculino	15	Urólogo
M14	Femenino	6	General
M15	Femenino	8	General



