

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO**

**ESCUELA DE POSTGRADO**

**DOCTORADO EN SALUD PUBLICA**



**CUIDADO DE ENFERMERIA EN RECIEN NACIDOS**

**HOSPITALIZADOS**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO**

**DE DOCTORA EN SALUD PÚBLICA**

**AUTORA: Mg. CECILIA ELIZABETH REYES ALFARO**

**ASESOR: Dr. ERICSON FELIX CASTILLO SAAVEDRA**

**TRUJILLO- PERU**

**2015**

**CUIDADO DE ENFERMERIA EN RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS**

AUTORA: Mg. CECILIA ELIZABETH REYES ALFARO

ASESOR: Dr. ERICSON FELIX CASTILLO SAAVEDRA

Tesis aprobada por los siguientes miembros:

**JURADO EXAMINADOR**

---

Dra. Amelia Morillas Bulnes  
Presidenta

---

Dr. Segundo Felix Castillo Viera  
Secretario

---

Dr. Ericson Felix Castillo Saavedra  
Miembro

## DEDICATORIAS

A mi esposo:

Ericson, por su comprensión y apoyo incondicional en la realización del presente trabajo.

A mis hijos:

Ivette y Ericson por ser motivo de mi constante superación y desarrollo profesional.

A mi familia:

Padres, hermanos, suegros y una persona en especial Felicia, por su apoyo y comprensión en la realización de mis estudios doctorales, iniciados como un sueño, en un largo camino que se constituyó a la vez en fuente de riquezas y alegrías permitiendo el crecimiento personal y familiar.

## INDICE

	Pag.
RESUMEN.....	i
ABSTRACT.....	ii
I. INTRODUCCION.....	1
II. REFERENCIAL TEORICO Y EMPIRICO.....	7
III. ABORDAJE METODOLOGICO.....	21
IV. RESULTADOS.....	36
V. CONSIDERACIONES FINALES.....	77
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	87
ANEXOS.....	93

## CUIDADO DE ENFERMERIA EN RECIEN NACIDOS HOSPITALIZADOS

Cecilia Elizabeth Reyes Alfaro<sup>1</sup>

Ericson Felix Castillo Saavedra<sup>2</sup>

### RESUMEN

El trabajo de enfermería tuvo como objetivo describir el cuidado de enfermería en recién nacidos hospitalizados y reflexionar sobre su saber y quehacer, así como realizar una propuesta teórica-práctica para el cuidado asistencial de los recién nacidos. El soporte teórico lo constituyeron las perspectivas teóricas de cuidado humano de Boff (1999) y Waldow (1998). El estudio es cualitativo, exploratorio-descriptivo que permitió captar el objeto de estudio a partir del quehacer cotidiano del enfermero. La recolección de datos se realizó a través de una entrevista semiestructurada y de observación participante, la muestra del estudio fueron 8 enfermeras que cuidaban a los recién nacidos y se determinó por saturación de información. A partir del análisis del discurso se organizaron los resultados en dos categorías: 1) El cuidado del cuerpo enfermo en la manifestación de su dolencia, desde la perspectiva de cuerpo-objeto que necesita atención en sus necesidades fisiológicas. 2) La/el enfermera/o en situaciones de cuidado y no cuidado, con las subcategorías: a) Resonancias del cuidado, evidenciado por afecto, cariño y toque terapéutico. b) Disonancias del cuidado, con indicativos de falta de apoyo, falta de tiempo e incomodidad. Los resultados evidenciaron fortalezas y debilidades de las enfermeras en la asistencia al recién nacido. Del mismo modo, se identifica la necesidad de integrar saberes para aproximar la práctica del cuidado holístico y evitar que el cuidado técnico desvalorice los cuidados humanizados; se requiere ampliar espacios de capacitación continua y reflexión sobre el saber y la práctica de enfermería, profundizar los conocimientos de las bases teóricas de humanización de los cuidados que sustentan la razón de ser de la profesión y encontrar equilibrio entre el cuidado teórico y cuidado humanizado.

**Palabras claves:** Cuidado, cuidado humano, profesional de enfermería, recién nacido.

<sup>1</sup> Candidata a Doctora en Salud Pública. Enfermera asistencial del servicio de neonatología del Hospital Regional Docente de Trujillo. Email: [cece\\_tauro@hotmail.com](mailto:cece_tauro@hotmail.com)

<sup>2</sup> Doctor en Ciencias Biomédicas. Docente de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional de Trujillo. Email: [ericson\\_fcs@hotmail.com](mailto:ericson_fcs@hotmail.com)

## NURSING CARE HOSPITALIZED NEWBORNS

Cecilia Elizabeth Reyes Alfaro<sup>1</sup>

Ericson Felix Castillo Saavedra<sup>2</sup>

### ABSTRACT

Nursing work aimed to describe nursing care in newborns hospitalized and reflect on their learning and work, so it make a theoretical and practical proposal for custodial care of newborns. The theoretical support constitute the theoretical perspectives of humane care Boff (1999) and Waldow (1998). The study is qualitative, exploratory and descriptive, which allowed capture the object of study from the daily work of nurses. Data collection was made through semi-structured interviews and participant observation, the sample were eight nurses who cared for the newborn and determined by information overload. From discourse analysis results are organized into two categories: 1) The care of the sick body in the manifestation of his ailment, from the perspective of body-object that needs attention in their physiological needs. 2) The / the nurse / or in situations of care and not care, with subcategories: a) Resonances of care, evidenced by affection, love and therapeutic touch. b) Disonancias care, indicative; lack of support, lack of time, discomfort. The results show strengths and weaknesses of nurses in newborn care, the need to integrate knowledge to bring the practice of holistic care and prevent technical care devalue humanized care is identified; It is necessary to broaden opportunities for continuous training and reflection on knowledge and nursing practice, deepen knowledge of the theoretical basis of compassionate care that support the rationale of the profession and find balance between theoretical care and humanized care.

**Keywords:** Care, human care, nurse, newborn.

<sup>1</sup> Candidata a Doctora en Salud Pública. Enfermera asistencial del servicio de neonatología del Hospital Regional Docente de Trujillo. Email: [cece\\_tauro@hotmail.com](mailto:cece_tauro@hotmail.com)

<sup>2</sup> Doctor en Ciencias Biomédicas. Docente de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional de Trujillo. Email: [ericson\\_fcs@hotmail.com](mailto:ericson_fcs@hotmail.com)

## **I. INTRODUCCION**

## **A. PRESENTACIÓN Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación descriptiva exploratoria de abordaje cualitativo se centra en el cuidado de enfermería brindado a los recién nacidos hospitalizados desde la mirada de la enfermera asistencial, y a partir de ello reflexionar sobre sus saberes y prácticas durante la interacción del cuidado humano para aquellas enfermeras que decidieron orientarse por la función asistencial, conscientes que encontrarán situaciones de trabajo a las que están expuestas.

Durante el proceso de cuidar, las enfermeras pocas veces ofrecen un cuidado humano en todas sus dimensiones teniendo en cuenta las necesidades holísticas, aunado a la rutina que siempre se apodera de ellas, existe ausencia de cariño, pues la atención se dirige a la atención del cuerpo enfermo que exterioriza sus problemas a partir de la sintomatología y necesidades fisiológicas (Cabral, 1997: 11).

Desde nuestra realidad, el profesional de enfermería brinda cuidados directos a pacientes en sus diferentes etapas de vida, y es el recién nacido uno de los grupos más vulnerables, dependientes y con una enorme complejidad para su cuidado.

En el Perú cada año mueren cerca de 4,500 niños y niñas antes de llegar al primer mes de vida y más de 400 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Más de la mitad de estas muertes de niños y niñas no han llegado al primer mes de vida, representando aproximadamente 2,200 niños y niñas, que puede evitarse con acciones sencillas y de bajo costo.



En Lima, la mortalidad neonatal es de 4 por 1,000 nacidos vivos, mientras en la selva es de 10 por 1,000 y en la sierra llega a 12 por 1,000. Las regiones con menor mortalidad neonatal son La Libertad (5 por 1,000 nacidos vivos), Lima y Tacna, con 7 por 1,000 nacidos vivos. Por otra parte, las regiones con los niveles más altos de mortalidad neonatal son Tumbes (18 por 1,000 nacidos vivos), y Madre de Dios y Cusco (17 por 1,000 nacidos vivos) (Da Silva & Coelho, 2014: 26).

En la actualidad, el 51,2 por ciento de las muertes neonatales se deben a infecciones, asfixia, prematuridad y bajo peso al nacer. Cada año mueren más de 2,200 niños y niñas que no han cumplido un mes por estas causas, y podrían evitarse con acciones sencillas y de bajo costo, como asepsia al momento del parto, reanimación neonatal con aire ambiental y abrigo, y, ligadura del cordón entre uno y tres minutos después del parto (Abades, 2007: 177).

Al respecto, Waldow (1998: 33) refiere que el culto a la eficiencia hizo que las prácticas de enfermería ganasen un cierto prestigio, aunque bastantes dependientes de las prescripciones y órdenes médicas. El cuidado se considera como un elemento necesario y único, por lo que se supone que existe una consistencia entre conocimiento, creencias y valores que la sustentan. Esa consistencia es necesaria en todos los niveles, tanto en la relación entre cuidador y paciente, entre colegas y demás integrantes del equipo de salud.

Actualmente la contribución del profesional de enfermería es limitada, el cuidado de enfermería es inespecífico, personal y tangible, el recién nacido solo es atendido en sus necesidades básicas, biológicas, tiene dificultad en diferenciar el cuidado proporcionado con las acciones curativas al no experimentar su impacto, desconoce el servicio

profesional que ofrece, y el estatus profesional que se aleja cada vez más cuando se percibe que el actuar de la enfermera es una prolongación de la prescripción médica. Asimismo, se observa el escaso ejercicio profesional independiente y la predominancia de rol de colaboración médica en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. El recién nacido ¿está siendo tratado en toda su dimensión humana?, pocas veces se dirigen al recién nacido como persona central de nuestra atención, se le trata como un objeto sin mostrar el respeto digno de ser humano, nuestra identidad como enfermeras está en proceso de desvalorización, descuidamos la presencia del toque del cuidado humano durante nuestro desempeño, pues necesitamos con urgencia rescatar el cuidado humano como un imperativo necesario como lo manifiesta Regina Waldow (Waldow, 2008: 23).

Con la finalidad de tener un acercamiento objetivo sobre lo que se conoce respecto al objeto de estudio, se realizó una revisión de los trabajos hasta ahora publicados, encontrándose diversos estudios sobre el cuidado humano en enfermería, pero no se ha logrado encontrar investigaciones que den cuenta del proceso de cuidar a recién nacidos. Las investigaciones sobre el proceso de cuidar son aún incipientes, amerita estudiarlo en todos los ámbitos de acción de enfermería, en los espacios laborales, dando prioridad en lo asistencial por proporcionar el cuidado directo al paciente.

## **B. OBJETO DE ESTUDIO**

En concordancia con lo expuesto, en la presente investigación el objeto de estudio es el cuidado del profesional de enfermería brindado al recién nacido hospitalizado.

### **C. PREGUNTAS ORIENTADORAS**

- ¿Cuáles son los cuidados del profesional de enfermería brindado al recién nacido hospitalizado?
- ¿Cuáles son los saberes y las prácticas del profesional de enfermería que fundamentan el cuidado del recién nacido?

### **D. OBJETIVOS**

- Describir el cuidado del profesional de enfermería brindado al recién nacido
- Analizar los saberes y prácticas cuidado del profesional de enfermería que fundamentan el cuidado del recién nacido.

### **E. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO**

Debido a las elevadas tasas de morbilidad neonatal, existe en el profesional de enfermería la motivación y necesidad de mejorar la calidad de cuidado en el recién nacido en los ámbitos institucionales, para ello se debe desarrollar competencias mínimas que garanticen el cuidado neonatal.

El estudio pretende contribuir a mejorar el proceso de cuidar en las enfermeras que brindan atención directa al recién nacido hospitalizado y mediante la reflexión lograr la concientización acerca de la dimensión del cuidado.

De la misma forma, el estudio constituye un cimiento para aperturar una línea de investigación en el proceso de cuidar de enfermería,

fomentando el desarrollo y crecimiento de la profesión. Por consiguiente, el estudio contribuye con nuevos conocimientos para aportar científica y técnicamente al desarrollo de la profesión y precisar el saber para una mejor orientación del cuidado de salud, holístico y humanizada, de tal manera que en las instituciones de salud y en las instituciones formadoras de profesionales de enfermería se reconstruya el trabajo en salud, articulando el saber y la práctica del cuidado de enfermería con experiencias y conocimientos de las personas como actores del cuidado.

Asimismo, los resultados permitirán contribuir a diseñar un modelo pedagógico de enfermería que fortalecerá las concepciones del cuidado humano en el proceso de enseñanza – aprendizaje de pregrado y postgrado.

## **II. REFERENCIAL TEÓRICO Y EMPÍRICO**

El cuidado humano es una característica que distingue al ser humano, en el que es posible identificar manifestaciones a lo largo de su desarrollo, intentando captar el sentido más amplio: el cuidado como una forma de expresión de relación con el otro y con el mundo.

Existen múltiples connotaciones del verbo cuidar, en los diccionarios lo definen como poner atención y esmero en una cosa, atender, velar, mimar, esmerarse, imaginar, pensar, meditar, asistir, aplicar la atención o pensamiento, vigilar, tratar, prevenir. El cuidado significa además preocupación, interés, afecto, importarse, proteger y gustar; en portugués significa cautela, celo, responsabilidad y preocupación. El verbo cuidar específicamente asume la connotación de causar inquietud, entregar la atención. Para enfermería tiene un significado mucho más amplio y se refiere básicamente al aspecto humano, así se define el cuidado como “ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona. Es una manera de relacionarse con alguien que implica desarrollo” (Waldow, 1998: 29).

Epistemológicamente, el término cuidado implica: pensar y reflexionar respecto a una preocupación por un problema pasado, presente o futuro. Significado acorde con los métodos requeridos para ofrecer unos cuidados altamente cualificados, pero lejos del significado que durante años prevalece, más cerca del “saber hacer”, que del saber (Ramio, 2005:19).

La palabra cuidado presenta una gran variedad de significados existenciales, de filosofía; se origina del latín cura y más antigua “coera” que significa contexto de amor o de amistad, expresado como una actitud de desvelo, preocupación y de inquietud por la persona amada o por alguien que nos necesita, y surge cuando la existencia de alguien tiene importancia para la persona; dedicarle disposición para participar de su destino, de sus pesares, sucesos y de su vida; el cuidado humano siempre acompaña al ser

humano porque este nunca dejará de amar o de desvelarse, preocuparse o inquietarse por alguien. Así pues, el cuidado humano representa una manera de ser, de relacionarse con el otro, las manifestaciones del cuidado incluyen responsabilidad, interés, compromiso moral, que son exclusivos de los seres humanos. Como elementos que caracterizan el cuidado tenemos: el respeto, la consideración, la ética, el interés que determina el estar con la persona representado por la presencia y disponibilidad (Waldow, 1998: 24).

Es así que el cuidado y el ser humano están estrechamente ligados y relacionados, esto quiere decir que uno no podría existir sin el otro. El cuidado es el compromiso moral que tiene la persona para con su semejante demostrándole respeto, consideración, ayuda y disponibilidad, más aun en circunstancias donde necesita ayuda para poder recobrar su salud.

Desde los días de Nightingale, el término cuidado ha sido usado en enfermería como verbo para designar la idea de cuidar a otra persona, o manifestar interés, compasión o preocupación por la otra persona, y ya desde 1865 a 1930 se introduce el término cuidados en enfermería para referirse al cuidado que se brinda a los enfermos, al ambiente y a la salud pública. Del mismo modo, desde 1930 a 1950 se introduce el término cuidado del paciente, cuidado individual, cuidado de vigilancia; de 1950 a 1960 surge el término cuidado comprensivo, cuidado global, total y hospitalario; luego desde 1960 a 1970 surge también el cuidado interdisciplinar, cuidados a la comunidad, cuidados de salud mental, cuidados primarios y episódicos, y finalmente, desde 1970 a 1980 surge el término cuidado científico, cuidado técnico, auto-cuidado, cuidado humanístico, cuidado de mantenimiento de la salud, cuidados preventivos, cuidados transculturales, cuidados éticos y cuidados holísticos (Medina, 2006: 36).

La naturaleza de cuidar está íntimamente ligada a la naturaleza humana, es el primer acto de vida. Cuidar es el proceso social que forma parte de la propia experiencia, ayuda a la supervivencia y hace posible la existencia, los cuidados son transmitidos y prodigados por las manos, por el tacto y el contacto cuerpo a cuerpo. Para la enfermería, el objetivo de los cuidados no es la enfermedad, sino todo lo que ayuda a vivir. Los tratamientos enfocados hacia la enfermedad, no pueden sustituir a los cuidados, curar no puede reemplazar a cuidar (Colliere, 1993: 27).

Las teorías de Lenniger, Roach, Gaut, Parse, Peplau y Watson respecto al cuidado enfermero contribuyeron al desarrollo del pensamiento en enfermería, Watson se orientó con la definición de cuidar nuevas dimensiones desde una perspectiva fenomenológica, según la cual, el cuidado es un fenómeno impregnado de subjetividad que conduce a preocuparse por las experiencias de los demás (Abades, 2007: 2). Por su parte, Domingues y Tanaka (2006: 72) refiere que la teoría de Watson permite regresar a nuestras raíces y valores profesionales más profundos; representa el arquetipo de la enfermera ideal. El cuidado deja constancia de nuestra identidad profesional en un contexto donde los valores humanos son constantemente cuestionados y cambiados. Asimismo, Watson sostiene que el cuidado contribuye a que tales valores estén presentes y la enfermería no sea concebida “solo como un trabajo”. Su enfoque humanístico, basado en los valores que incorpora su teoría permite brindar apoyo a la enfermería y al cuidar humano en las instituciones neonatales.

Boff (2000: 16), en su obra “Saber cuidar” reflexiona sobre el cuidado humano cuando describe que cuidado se encuentra en el “ethos” fundamental de lo humano, el cuidar es más que una acción, es una actitud. El cuidado está presente en toda actitud y situación del ser humano, es decir que se encuentra en la raíz primera del ser humano. Significa reconocer el



cuidado como un modo de ser esencial, siempre presente e irreductible a otra realidad anterior. Es una manera del propio ser, de estructurarse, de darse a conocer. El cuidado entra en la naturaleza y en la construcción del ser humano, este revela a manera concreta como es el ser humano.

Paterson y Zderad (1998: 13) expresa que el cuidado es una manifestación de amor y libertad pues todo cuidado es esencia de humanidad, de ser –unos-con-otros con libertad y amor para de esta manera poder integrar un cuidado integral y humanístico en beneficio del ser cuidado. Es así, que el cuidado es considerado como un proceso interactivo por el que la enfermera y paciente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar, el cuidado entendido como ayuda a otra persona permite el desarrollo y actualización del yo, así también el ser ahí en el mundo se define por las formas o maneras de experimentar el cuidado y por las relaciones de cuidado que establece consigo mismo, con los demás y con el medio que lo rodea. Esto lo distingue como ser humano, le confiere humanidad; vale destacar que la humanización ocurre por intermedio del cuidar, es a través del acto de cuidar que el ser se humaniza. Como elementos que caracterizan el cuidado se destacan, principalmente, el respeto y la consideración, englobando la ética, el interés que determina el grado de compromiso, el estar con los demás, representados por la presencia y la disponibilidad.

Asimismo, Minayo (1992: 18) refiere que el cuidado no solo es una característica propia de la enfermera sino de toda la humanidad, esencial para su desarrollo y realización, así la acción de cuidar es de naturaleza universal; en todas las acciones de cuidado el agente manifiesta interés y preocupación por paliar una situación o producir el bienestar en otra persona, llevando a cabo ciertas acciones las cuales son esenciales para la supervivencia, el crecimiento y desarrollo de las personas, considera que el

cuidado es una forma de tener una perspectiva ontológica, de este modo no es solo un privilegio o característica de la enfermería, el cuidado es una expresión de nuestra humanidad, esencial para nuestro desarrollo y realización. Considera al cuidado como una forma de ser y de relacionarse, recordando que la especie humana ha sobrevivido por la existencia de seres que practican el cuidado, esta humanidad debe vencer todas las dificultades de un mundo en crisis, pues según ella es importante fortalecer el cuidado para impedir que prevalezcan los comportamientos de no cuidar; las relaciones de cuidado se suceden cotidianamente en la familia, en el trabajo, en todo lugar.

Colliere (2003: 33) aborda el cuidado en su dimensión básica de supervivencia como actividad primordialmente de mujeres y las connotaciones sociales que implica, principalmente, políticas y económicas, y su relación con el cuidado en el desarrollo de la enfermería.

Moya (2006: 36) sostiene que el cuidado es un ideal ético, su aspecto fundamental consiste en tratar de comprender la realidad del otro, incluye salir de la propia estructura referencial y entrar en la del otro, es un sentirse con el otro. Cuando se percibe la realidad del otro como una posibilidad de estar con otros, se debe actuar para eliminar lo intolerable, reducir el sufrimiento, remediar la necesidad y actualizar el sueño.

Para estos autores, el cuidado se constituye como un modo de ser y de compromiso en y con el mundo, donde se caracteriza al ser humano por el cuidado que brinda, significa un ser y sentirse complementado mediante su dimensión básica de supervivencia, resaltando su importancia de rescate de lo humano y de su ética básica de compromiso consigo mismo para promover de esta manera el bienestar de sus semejantes.

Watson define el cuidar en la enfermería como una forma de expresión total, en el cual, el posmodernismo puede ayudar a encontrar nuevas explicaciones y significados. La realidad y la verdad no son definidas objetivamente, el cuidar o healing; considerado como una forma de restauración, equilibrio y además uso de diversas prácticas antiguas para la autocura; está ligado al otro, así como el universo, crear la totalidad es parte de la nueva realidad (Waldow, 2008: 98).

El cuidar para Mayeroff, es un proceso que abarca un desarrollo, cuidar es ayudar a crecer y a realizarse, existe un patrón común: al cuidar se experimenta al otro ser considerando sus capacidades y necesidades de crecer. Lo mismo ocurre con una idea, al experimentar al otro como una idea, no hay dominación, ni manipulación, solo confianza; el otro ser humano es respetado como ser independiente, así como sus necesidades, las que se satisfacen con devoción, concepto que Mayeroff, explica como una clase de compromiso con el otro. En el proceso de ayudar al otro a crecer, persiste la idea de que ese ser pase a cuidar también de algo o de alguien, así como de sí mismo (Waldow, 2008: 99)

Boykin y Schoenhofer manifiestan que la enfermería es cuidar, en su propuesta teórica afirma que ser persona es vivir el cuidado en la medida que, a través de él, es necesario conocer nuestro ser en su plenitud. Estas autoras visualizan el cuidar como un proceso en el que cada persona, a través de la vida, crece o se desarrolla, expresando la capacidad de cuidar; en este proceso creyendo que todas las personas serian seres que cuidan, o son cuidados, existe un compromiso entendido como dedicación moral, esto implica reconocerse a sí mismo como persona autentica, lo que permite conocer a los demás, por tanto incluye responsabilidad, humildad y coraje (Waldow, 2008: 97).

Del mismo modo, estas autoras refieren que la enfermería es la profesión que prioriza el cuidado, su trabajo es el “cuidar”, tiene una orientación espiritual y existencial, constituyendo un proceso que se va desarrollando para generar la capacidad de cuidar.

Al respecto, Fry señala el cuidar como un modo de ser, una precondition para que sea iniciado el proceso con un ideal moral o social. En las ideas de esta autora, inspiradas en un análisis filosófico realizado por Griffin, el autor relaciona dos aspectos importantes en el cuidar: la actividad, y las actitudes y sentimientos. Ambos aspectos son considerados complementarios y relacionados, esto es, suceden en virtud de una relación enfermera-paciente (Waldow, 2008:102).

De esta manera, se puede inferir que el cuidar es visto como un ideal moral y social, donde se puede rescatar que para brindar un buen cuidado es importante desarrollar y relacionar paralelamente actitudes, actividades y sentimientos por parte de la enfermera, y de esta manera brindar un mejor cuidado al paciente en situación de emergencia, el cual presenta necesidades reales o potenciales.

El cuidado humano es visto como una forma de cuidar que los seres humanos expresan, consigo mismo, entre si y con el universo. El acto de cuidar humaniza al ser, significando, que es a través del cuidado que el ser se distingue como humano, por tanto visto de esta forma, el cuidado presupone valores y elementos que son imprescindibles en el sentido de ser realizado de forma plena, tales como el respeto por el otro, por la naturaleza, por la vida, la compasión, la solidaridad, entre otros que componen actitudes éticas. Asimismo, son también imprescindibles la búsqueda, la creación, y el perfeccionamiento del conocimiento, la valorización de la cultura y de la historia, el amor y la fraternidad (Waldow; 2008:10).

El cuidado como modo de ser, sobrepasa toda existencia humana, y posee resonancias, y diversas actitudes importantes, a través de dimensiones: ser (trascendencia) y tierra (inmanencia) buscan su equilibrio y coexistencia, y se realiza también en el reino de los seres vivos, pues toda vida precisa de cuidados, caso contrario se enferma y muere (Boff, 2000:19).

El cuidado posee una dimensión ontológica, pues somos cuidados, porque entra en la constitución del ser humano. Es un modo de ser singular del hombre y de la mujer. Sin el cuidado dejamos de ser humanos. El cuidado significa desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato, así estamos delante de una actitud fundamental, de un modo de ser mediante el cual la persona sale de si y se centra en el otro, con desvelo y solicitud. Por tanto, la actitud de cuidado puede provocar preocupación, inquietud y sentido de responsabilidad (Boff, 2000:18).

El cuidado se encuentra en el *ethos* fundamental del modo de ser esencial del humano. El cuidar representa más que un acto, una actitud de ocupación, preocupación, de responsabilidad y de desarrollo afectivo con el otro. El cuidado siempre acompaña al ser humano porque este nunca dejara de amar y desvelarse por alguien, ni dejará de preocuparse y de inquietarse por la persona amada. El cuidado es un modo de ser, es decir la forma como la persona humana se estructura y se realiza en el mundo con los otros, ser en el mundo significa una forma de existir y de coexistir, de estar presente en el transitar de la realidad y de relacionarse con todas las cosas del mundo, y en estas situaciones donde el ser humano va construyendo su propio ser, su autoconsciencia y su propia identidad (Boff; 2000:16).

El cuidado humano consiste en una forma de vivir, de ser y de expresarse; representa además una postura ética y estética frente al mundo.

Es un compromiso con estar en el mundo y contribuir con el bienestar general en la preservación de la naturaleza, de la dignidad humana y de la espiritualidad. Cuidado es el fenómeno resultante del proceso de cuidar, y ocurre entre cuidadora y ser cuidado, involucra crecimiento y ocurre independientemente de la curación, es intencional y sus objetivos son diversos, dependiendo del momento, de la situación y de la experiencia. En todas las situaciones de enfermedad, incapacidades y durante el proceso de morir, el cuidado humano es imprescindible como una forma de vivir y de relacionarse (Waldow, 1998: 61).

El cuidado debe ser sentido y vivido; y para que sea entregado en nuestro día a día es preciso observarlo, permitir que forme parte de nosotros mismos, transformarlo en estilo de vida. En este sentido, solo así, se conocerá e intuirá como encontrar formas o maneras de demostrar y enseñar en la práctica. La acción de cuidar, en enfermería, es tal vez la única acción plenamente independiente en enfermería, ya que no admite prescripción, pues no se prescribe o se receta como relacionarse, como comportarse (Waldow, 1998:10).

El cuidado se da en el proceso de cuidar, y representa un proceso interactivo entre cuidadora y ser cuidado, en que la primera tiene un papel activo, pues desarrolla acciones acompañadas de comportamientos de cuidar; y el segundo ser cuidado tiene un papel más pasivo y en función de su situación puede tornarse dependiente temporalmente. Este proceso de cuidar es predominantemente pensado y ocurre entre cuidadora y ser cuidado en el contexto hospitalario, el que no impide que pueda ser viabilizado en otros contextos. El cuidado promueve crecimiento, transformación, no importando las circunstancias, pues la finalidad del cuidado es ayudar a crecer, sea para la vida, sea para muerte o sea para la incapacidad (Almeida & Rocha, 1989: 113).

Da Silva y Coelho (2014: 23) en un análisis referido al concepto de cuidado de enfermería a partir del discurso de las enfermeras asistenciales en una clínica médica encontraron que el cuidado de enfermería estuvo asociado a la realización de procedimientos, y se consolida el cuidado como la administración de medicamentos, realización de baño en cama, curaciones, instalación de sonda y otros procedimientos. Configuran también su cuidado como una instancia existencial a considerar en el sentido de que el cuidado de enfermería se basa en la relación interpersonal establecida entre la enfermera y el paciente.

Por otra parte, el estudio de Halldorsdottir (1991) en Waldow (1998:62) establece las nociones de cuidado y no cuidado, según los relatos de pacientes observó cinco modos básicos de estar con el otro: vida – destrucción, entendido como el modo en que un individuo despersonaliza al otro, vida – represión, modo en el que un individuo es insensible o indiferente con el otro, vida – neutralización, modo en el que un individuo no afecta la vida del otro, vida – sustentación, el cual es el modo que se reconoce la personalidad oculta del otro, se estimula y se reafirma al otro, y, finalmente, vida – donación, modo en que existe crecimiento y potencialización del aprendizaje de la salud.

En tanto, la profesión de enfermería usa el conocimiento científico y empírico en su quehacer cotidiano, se precisa explicar desde los enfoques conceptuales, los saberes que la profesión utiliza para esta práctica, necesitando para ello exponer las ideas de algunos autores sobre saberes, que han guiado el actuar de las personas, de las profesiones e instituciones académicas y sobre todo para enfermería, como el saber ha contribuido a ampliar los espacios para su desarrollo disciplinar (Figueiredo, 2003: 15).

Los saberes son las diferentes formas de comprender y explicar la realidad. Lara (1997:68) desde su perspectiva de análisis considera que saber profesional es la forma histórica de la relación entre clases y fuerzas sociales, y de la relación entre estado y sociedad, la producción y organización del saber profesional son procesos de dominio y de legitimación de clase, de control y de direccionamiento de la dinámica social. El saber es una forma de enfrentar desafíos de la naturaleza, así como de estimular conflictos, de justificar o criticar al orden social, de articular la continuidad o la transformación de la sociedad, y se coloca en el proceso de lucha de clases y de la correlación de fuerzas sociales.

Saber es considerado todo un conjunto de conocimientos metódicamente adquiridos, sistémicamente organizados y susceptibles de ser transmitidos por un proceso pedagógico de enseñanza. En un sentido amplio, el concepto saber podrá ser aplicado al aprendizaje de orden práctico (saber hacer, saber tecnológico) y, al mismo tiempo, a las determinaciones de orden propiamente intelectual y teórica (Japiassu, 1991:16).

Al respecto, es preciso indicar que antes del surgimiento de un saber o de una disciplina científica, hay siempre una primera adquisición aun no científica de estados mentales ya formados de modos más o menos naturales o espontáneos. En el nivel colectivo, esos estados mentales son constitutivos de una cierta cultura, y se encuentran constituidos por las opiniones primarias o pre-nociones, teniendo como función reconciliar el pensamiento común consigo mismo, proponiendo ciertas explicaciones (Gómez, 2003: 49).

Gramsci (1981) en Cabral (1997) establece una diferencia entre el saber científico y el saber popular o cotidiano desde la experiencia; el primer caso se da en la sociedad, en una cultura erudita transmitida por la escuela y



por lo académico; y la cultura popular, creada por el pueblo, sancionada por las instituciones, y articulada con una concepción del mundo y de la vida que se contrapone a los esquemas oficiales; es dotada de un saber propio, coherente, funcional, lógico y dinámico.

La práctica de enfermería constituida de procedimientos muy simples y la delegación de ciertas obligaciones se van ampliando y tornando compleja con la incorporación de nuevos conocimientos y técnicas. A su vez, representa el abandono de las prácticas basadas en la institución y en la experiencia, así como la sustitución por otras, basadas en los conocimientos del área médica (Almeida & Rocha, 1989:12).

El cuidado de enfermería contiene en su estructura el saber de enfermería corporificado en un nivel técnico y relaciones sociales específicas, reconociendo la atención de necesidades humanas que pueden ser biológicas, psicológicas y sociales. El saber de enfermería se constituye a partir de las relaciones con las transformaciones históricas de la práctica de enfermería como producto de las relaciones con las transformaciones históricas de la práctica. El saber es histórico por tratarse de una dimensión de esta práctica. Al respecto, fueron las técnicas, los primeros instrumentos que la enfermera utilizó para manipular su objeto de trabajo, el cuidado de enfermería, pues en ese entonces el objeto de enfermería no estaba centrado en el cuidado del paciente, más en la manera de ser ejecutada la tarea (Almeida & Rocha, 1989:24-36).

En la profesión de enfermería, el saber fue considerado como el instrumental que la enfermería utiliza para realizar su trabajo. La técnica fue la primera expresión del saber y las teorías representan la expresión contemporánea, constituyendo la expresión actual del saber, las técnicas y los principios científicos. Los saberes procuran siempre una fundamentación,

basada principalmente en los principios de la biología, filosofía y práctica médica, y en la década de los 50, se ampliaron con la contribución de la psicología y sociología, lo que permite el enfoque biopsicosocial del paciente. En la década de los 70, la enfermera procura construir el cuerpo de conocimientos específicos de su área, buscando en las ciencias comportamentales los fundamentos para hacer (Daza & Torres, 2005: 48).

La práctica de enfermería articula técnicas, procedimientos y principios básicos fundamentados en las ciencias médicas y humanitarias, tiene un saber histórico, y revela los cambios sufridos a lo largo del tiempo, que se visualizan en la división de las tareas para cuidar al paciente. La enfermera adquiere destreza para hacer el procedimiento desde lo más simple a lo más complejo, utiliza el saber científico y técnico que le permitirá realizar a la perfección, la técnica. Al mismo tiempo, esta forma de trabajo se precisa armonizar con formas de cuidado humano para, y con el paciente. Cabral (1997: 22) refiere que la construcción de alianzas de conocimiento es posible a través de la negociación de saberes, cuyas bases se asientan en las dimensiones subjetivas, prácticas y teóricas, yendo del plano colectivo al individual y viceversa.

Desde este punto de vista, la práctica debe ir más allá que el simple cumplimiento de tareas, la técnica exige una actividad dinámica de razonamiento crítico, con intervención intencional, dando lugar para que las situaciones éticas, estéticas, culturales, sociales, etc. del cuidador y ser cuidado emerjan. La práctica deberá dar respuesta a las necesidades individuales y personalizadas del paciente, la enfermera reconocerá a los pacientes como poseedores de saberes, necesarios para integrarlos a su práctica. Es necesario de manera general dar una mirada al contexto actual de la situación del recién nacido, y visualizar su problemática en los últimos años, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo.

### **III. ABORDAJE METODOLÓGICO**

### **3.1. TIPO DE ESTUDIO**

La presente investigación cualitativa, exploratoria-descriptiva fue realizada en los profesionales de enfermería que laboraban en el área asistencial del Hospital Regional Docente de Trujillo. Para Minayo (1994: 21), la investigación cualitativa se preocupa por un nivel de realidad que no puede ser cuantificado, trabaja con un universo de significados, motivaciones, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, y que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a la operacionalización de variables. El abordaje cualitativo se observa profundamente en el mundo de los significados de las acciones y relaciones humanas, un lado no perceptible y no captable en ecuaciones, medidas y estadísticas.

La preocupación es comprender y explicar la dinámica de las relaciones sociales, que a su vez son depositarias de creencias, valores, actitudes y hábitos. Se trabaja con la vivencia, la experiencia, con la cotidianeidad y con la comprensión de las estructuras e instituciones como resultados de la acción humana objetiva.

Para Hernández y Baptista (2006: 9), las investigaciones cualitativas se fundamentan más en un proceso inductivo de explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas. Se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de los seres vivos, principalmente los humanos y sus instituciones. Postula que la “realidad” se define a través de las interpretaciones de los participantes en la investigación respecto de sus propias realidades.

El método exploratorio – descriptivo; es un método que produce resultados basados en conversaciones y observaciones. Es un método de las ciencias humanas y cuyo foco es descubrir el significado de un evento en el tiempo. El ser humano desarrolla una definición del mundo a través de la experiencia de eventos de vida. El estudio exploratorio del significado de un evento de vida para un grupo de sujetos que comparten un evento particular (Tello et al, 2009:15).

### **3.2. SUJETOS DE ESTUDIO**

Los sujetos participantes del estudio estuvieron conformados por los profesionales de enfermería que laboraban en el área de Intermedios del servicio de neonatología del Hospital Regional Docente de Trujillo que aceptaron voluntariamente ser parte del estudio.

Con la finalidad de garantizar el anonimato de los profesionales, se prefirió utilizar la denominación de participante para referirse a los discursos de las enfermeras, y asignarle un número a cada uno de ellas indistintamente, no existe para ello relación alguna con el sistema ordinal.

Las enfermeras tienen características propias, semejantes y a la vez diversificadas, con trayectorias profesionales diversas, llenas de experiencias, vivencias y conocimiento de la realidad que viven. De los profesionales entrevistados, todas fueron mujeres, sus edades variaban entre 25 y 35 años, egresados de universidades estatales y particulares, tuvieron entre dos y seis años de experiencia, trabajaban en condición de contratadas, cuatro de ellos con estudios de postgrado y especialización.

### **3.3. ESCENARIO DEL ESTUDIO**

El estudio se realizó en el servicio de neonatología del Hospital Regional Docente de Trujillo. El servicio de neonatología es uno de los servicios más críticos del nosocomio en estudio, tanto por la complejidad de los usuarios atendidos en la etapa crucial de su vida, como es la del nacimiento, en la que deben adaptarse al cambio brusco de la etapa fetal a la neonatal; y para que este cambio sea óptimo, debe ser ayudado por el equipo de salud que allí labora, así como por los directivos que dirigen la institución; considerando la jerarquía de la organización.

El servicio de neonatología se encuentra ubicado en el 3º piso de este nosocomio; y está próximo a los servicios de pediatría (a la derecha), obstetricia y ginecología (a la izquierda). Asimismo, brinda atención integral al recién nacido sano y recién nacido enfermo; para ello cuenta con 3 sectores: Unidad de Cuidados Intensivos (UVI I- UVI II- UCIN I- UCIN- II), Unidad de Cuidados Intermedios, Atención Inmediata (ubicada en el servicio de obstetricia – sala de partos) y Alojamiento Conjunto (comprende los servicios de obstetricia y ginecología). Un recién nacido puede transitar por estas distintas secciones del servicio dependiendo de la dinámica de su patología, monitoreo y tratamiento; y completan estas unidades el lactario, y el cuarto de limpieza.

En cuanto a recursos humanos, el servicio cuenta con 9 médicos, de los cuales 5 tienen la especialidad en neonatología, que pasan visita médica en las diferentes unidades del servicio, según la programación de horarios. Del mismo modo, cuenta con 32 de enfermeras, de las cuales 12 son nombradas.

El cuidado del recién nacido está distribuido por turnos y sus rotaciones son las siguientes:

- *UCI Neonatal*: Son un total de 20 enfermeras y 05 técnicas en enfermería. Rotan por turno 4 enfermeras; 01 para cada área (UVI I, UVI II, UCIN I, UCIN II) y 01 técnico de enfermería.
- *Intermedios*: Son un total de 05 enfermeras y 05 técnicas en enfermería. Rotan por cada turno 01 enfermera, 01 técnica de enfermería y 01 interna de enfermería.
- *Alojamiento conjunto y atención Inmediata*: Son un total 05 enfermeras. Rotan por turno 01 enfermera y 01 interna de enfermería, que se encargan de estas 02 áreas.

### **3.4. RECOLECCION DE LA INFORMACION**

El proceso de recolección de información fue realizado por la investigadora y profesionales de enfermería durante el periodo de 6 meses, comprendido desde enero a junio del 2014. La información fue obtenida en base a las técnicas de observación no participante o indirecta, y la entrevista; se utilizó dos instrumentos, una guía de entrevista semiestructurada en base a preguntas abiertas y cerradas (anexo 2) y una guía de observación (anexo 3), ambos instrumentos fueron elaborados por la investigadora en función de la delimitación y fenómeno del estudio.

Con la finalidad de abordar mejor el objeto de estudio y asegurar una aproximación más comprensiva de los discursos, se consideró necesario realizar la triangulación de técnicas. Esta forma de triangulación es la combinación de dos o más recolecciones de datos, con similares aproximaciones cualitativas (como la observación y la entrevista abierta) en el mismo estudio, para evaluar el mismo fenómeno, donde los datos obtenidos de la entrevista y de la observación participante se codifican,

se analizan por separado y luego se comparan, como una manera de validar los hallazgos (Mercedes & Mercado, 2008: 56).

En este sentido, se consideró necesario para el abordaje técnico del trabajo de campo la entrevista a profundidad y la observación participante, Minayo (1994:57) considera que a través de la entrevista el investigador busca obtener informes contenidos en el habla de los autores sociales. Este aspecto es entendido como una conversación de dos, con propósitos bien definidos, que se caracteriza por una comunicación verbal que refuerza la importancia del lenguaje y del significado de la palabra, sirve como un medio de recojo de información sobre un determinado tema científico; y a través de este procedimiento se puede obtener datos objetivos y subjetivos.

a) Haguete describe que la entrevista puede ser definida como un proceso de interacción social entre dos personas, una de las cuales el entrevistador tiene por objetivo la obtención de la información por parte de otro, el entrevistado. Las informaciones son obtenidas a través de un plan de entrevista contando con una lista de puntos o tópicos previamente establecidos de acuerdo con la problemática central y que debe ser seguida.

El propósito de la entrevista cualitativa es averiguar lo que otra persona piensa o siente, en este caso con respecto al cotidiano del proceso de cuidar, respondiendo de acuerdo a su experiencia profesional y personal.

La entrevista fue combinada con la observación permitiendo profundizar la información y poder cumplir con los objetivos del estudio. La guía de entrevista semiestructurada fue validada por



profesionales de enfermería, la obtención de la autorización por la Dirección del Hospital Regional Docente de Trujillo, y la Jefatura de Enfermería permitió convenir con cada profesional de enfermería.

Las entrevistas se realizaron según el horario disponible de las enfermeras participantes, fueron registradas en una grabadora con el consentimiento de las entrevistadas, se garantizó el anonimato y confidencialidad a través de la codificación de los participantes. Previo a la entrevista se tomó en cuenta haber establecido una relación de empatía que permitió obtener información sincera de las entrevistadas, asimismo se tomaron las notas respectivas de la entrevista como la fecha, las horas de inicio y término y las percepciones de la autora respecto a las informantes. Los profesionales de enfermería validaron los datos recolectados, leyendo y discutiendo las transcripciones de sus entrevistas con la investigadora, esto permitió aumentar la confidencialidad de análisis e interpretación.

Las entrevistas se agotaron cuando las informaciones se repetían, en relación a ello, Tello, Gutiérrez y Pérez (2009:34) manifiestan que la recolección y el análisis de los datos que ocurren simultáneamente tienen saturación cuando se tornan redundantes las informaciones obtenidas a partir de datos nuevos.

La información compilada obtenida mediante las entrevistas fue transcrita en texto y digitados en el programa Microsoft Word. El comportamiento de las participantes observadas se registró en archivos que sirvieron para corroborar los discursos. Las entrevistas y los comportamientos observados fueron transcritas tal como expresaron los sujetos (texto emic) luego se pasó al texto etic, reproducidas de tal forma que los lectores puedan comprender con

mayor claridad; posteriormente se revisaron, ordenaron, clasificaron y codificaron los recursos para hacer el análisis.

- b) La observación participante, considerada como parte esencial del trabajo de campo en la investigación cualitativa, es una técnica que se realiza a través del contacto directo del investigador con el fenómeno observado para obtener informaciones sobre la realidad de los actores sociales en sus propios contextos. El observador en cuanto forma parte del contexto de observación establece relación cara a cara con los observados y, participa de la vida de ellos. La importancia de esta técnica reside en el acto de poder captar una variedad de situaciones o fenómenos que no son obtenidos por medio de preguntas (Minayo, 1992:346).

Con la finalidad de recoger todos los datos posibles y ampliar el conocimiento de estudio, fue necesario tener como instrumentos de apoyo para la entrevista una grabadora, y para otro grupo de profesionales, los discursos se registraron manualmente cuidándose en todo instante de anotar cada frase manifestada por los informantes. También se utilizó diario de campo, pues constituyó un instrumento valioso de ayuda, porque permitió anotar percepciones, cuestionamientos, reacciones, y otros eventos que surgieron en el momento de la entrevista, y que no pudieron ser captados por la grabadora.

Las entrevistas se han realizado durante las horas de trabajo y en el horario disponible de cada profesional, en turnos de mañana, tarde y noche; de tal forma que esta no fuese interrumpida. Previamente se dio la información pertinente respecto al trabajo de investigación, indicándole que se guardara el anonimato y confidencialidad, se

procedió a la entrevista, la misma que tuvo una duración aproximada de 25 minutos, en un primer acercamiento, posteriormente se tuvo que regresar con los profesionales para esclarecer y precisar algunas expresiones de sus discursos, que advertían ciertas dudas. Esto significó obtener el consentimiento informado.

### **3.5. INTERPRETACION Y ANALISIS DE LA INFORMACION**

Para Domínguez y Tanaka (2006: 141), el análisis cualitativo es un procedimiento discursivo y significativo de reformulación de explicación y de teorización de un testimonio, de una experiencia y de un fenómeno. La finalidad del análisis de los datos es organizar, formar estructuras y extraer el significado de los datos de la investigación. Las transcripciones deben ser leídas y releídas, para luego ser organizadas, integradas e interpretadas, y el desafío final es la reducción de los datos para fines de relato.

El análisis cualitativo es un proceso creativo, de escudriñamiento, interpretación, reducción y ordenación de los datos para alcanzar la descripción y explicación de como es el cuidado de la enfermera en el recién nacido hospitalizado en el servicio de neonatología. Después de realizar las entrevistas a los participantes de la investigación y lograr la saturación de los datos, es decir ya no hubo nada nuevo que incremente lo que ya se había recolectado, se procedió a la categorización, para lo cual se utilizó el análisis de contenido temático.

Según Vítóres (2004:2), el análisis de contenido temático, es el más utilizado, parte de datos textuales, donde se descompone el corpus en unidades temáticas para proceder posteriormente a su agrupamiento en

categorías siguiendo el criterio de analogía, se consideran las similitudes o semejanzas que existen entre éstas, en función de criterios preestablecidos. Asimismo, comprende tres etapas:

*Preanálisis:* es la etapa de organización del material a analizar en la que se diseñan y definen los ejes del plan que permite examinar los datos.

Para Tello, Gutiérrez y Pérez (2009: 51) se debe organizar el material protocolar (anotaciones de campo, grabaciones, filmaciones, fotos, transcripciones de las entrevistas entre otras); el investigador debe hacer el esfuerzo de “sumergirse” mentalmente, en la realidad ahí expresada, revisar los relatos escritos y oír las grabaciones repetidamente, primero con la actitud de revivir la realidad en una situación concreta, y después, con la actitud de reflexionar acerca de la situación vivida para comprender lo que pasa. Luego hay que transcribir el material protocolar de manera íntegra, hacer varias lecturas y relecturas, demarcar y destacar la importancia del conjunto de elementos dentro del universo de documentos de análisis (Domingues & Tanaka, 2006:146).

En esta fase, la investigadora organizó las entrevistas de los participantes en archivos de Word, luego se imprimió este material para hacer la lectura y relectura, tratando de comprender lo que las personas entrevistadas expresaban. De esta manera se tuvieron ideas generales, se realizaron mapas mentales de cada entrevistado para comprender el desarrollo del cuidado de la enfermera al recién nacido hospitalizado en el servicio de neonatología.

*Codificación:* consiste en realizar una transformación de los datos brutos (material original) a unidades temáticas. Las operaciones implicadas son

la fragmentación del texto, es decir, el establecimiento de unidades de registro.

Al respecto Domínguez y Tanaka (2006: 142), señala que la codificación es el tratamiento del material; corresponde a una transformación de los datos brutos del texto por recorte, agregación y enumeración, permitiendo obtener una representación del contenido. Tiene como objetivos: fragmentar y comprender un texto, para obtener las unidades de significados temáticos y otras expresiones. Para Tello, Gutiérrez y Pérez (2009: 53), hay que dividir los contenidos en porciones o unidades temáticas (párrafos o grupos de párrafos que expresan una idea o un concepto central).

Después de transcribir, leer y releer las entrevistas (datos brutos), se le dio una numeración y denominación de línea por línea de cada entrevista, donde se obtuvieron 52 unidades temáticas de las 8 entrevistas, se colocó el número correlativo al lado derecho de cada entrevista, es decir de acuerdo a los que nos referían las personas investigadas, si se repetían las denominaciones (unidades temáticas), se le colocó el número correspondiente, y a cada dato nuevo se le continuaba, con la numeración. Además se iba seleccionando y uniendo fragmentos relacionados con el cuidado de la enfermera a recién nacidos hospitalizados, sin perder, el anonimato.

Esta es una etapa difícil, pues hay gran cantidad de datos importantes en las entrevistas, pero que no se relacionan con el objeto de estudio, ni los objetivos de la investigación. Para ello el investigador debe tener presente su objeto de estudio.

*Categorización:* Organización y clasificación de las unidades temáticas obtenidas en base a criterios de discriminación. El criterio fundamental de categorización del análisis de contenido temático es semántico, es decir, se agrupan las unidades por similitudes en cuanto a su significado.

Para Domingues y Tanaka (2006: 142) el proceso de categorización, es una operación de clasificación de elementos, basado en el criterio semántico, que al principio puede presentarse varias subcategorías, que luego se reagrupan para formar las categorías. Según Tello, Gutiérrez y Pérez (2009: 52), categorizar, es clasificar mediante un término que sea claro (categoría descriptiva), la idea central de cada unidad temática; luego se agrupan las categorías (conjunto de unidades temáticas) de acuerdo con su naturaleza y contenido, esto encamina hacia el hallazgo de teorías. Posteriormente al obtener las 52 unidades temáticas, se agruparon, reagruparon y organizaron 05 categorías previas, donde algunas de ellas pasaron a ser subcategorías, luego se volvieron a reagrupar por criterio de similitud, formando en un primer momento 3 categorías.

Finalmente, se reestructuraron y reagruparon en las siguientes categorías y subcategorías, como primera categoría el cuidado del cuerpo enfermo, la segunda categoría la/el enfermera/o en situaciones de cuidado y no cuidado, presentando dos subcategorías, situaciones de cuidado y situaciones de no cuidado.

Los principales contenidos de las categorías y subcategorías construidas fueron ejemplificados por pequeños fragmentos extraídos de los discursos de los sujetos de investigación. Cabe resaltar, que por cuestiones de gramática o de lenguaje, en algunos casos, se modificaron algunos discursos, pero se tomó el máximo cuidado para no alterar el

contenido de los discursos, con la finalidad única de tornarse entendible para el lector, y que se detallan en el siguiente capítulo de análisis y discusión, donde se interpretaron los datos obtenidos con la literatura correspondiente.

Finalmente, se realizaron las consideraciones finales de la tesis, la propuesta teórica-práctica, es decir el aporte de la presente investigación; que se describe ampliamente en el capítulo IV, donde se hizo una síntesis de los hallazgos, y se crearon proposiciones e hipótesis, al establecer los nexos, relaciones y especulaciones de las categorías y subcategorías encontradas.

### **3.6. ÉTICA Y RIGOR CIENTIFICO**

El rigor metodológico estuvo dado por los criterios que determinan la calidad de la información. Los criterios fundamentales para lograrlo son propuestos por Guba y Lincoln (1995: 51). La credibilidad o valor de verdad, transferibilidad o aplicabilidad, la confirmabilidad o auditabilidad y la dependencia, enfatizaron en la evaluación el rigor científico al finalizar la investigación, lo cual tiene el riesgo de que el (la) investigador (a) no identifique las amenazas contra la validez y confiabilidad del estudio y las corrija durante la investigación.

La credibilidad se refiere a la forma como los resultados de la investigación son verdaderos para los sujetos de investigación y para el investigado que ha experimentado o ha estado en contacto con el fenómeno investigado. Se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio recolecta información que produce hallazgos que son

reconocidos por lo informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten.

De allí la importancia de tener en cuenta que los informantes son los que conocen su mundo, el cual puede ser completamente diferente al mundo del investigador, pues se tiene la tarea de captar el mundo de los sujetos del estudio, es decir captar lo que es cierto, lo conocido o la verdad para ellos en su contexto. En el estudio el criterio de credibilidad se alcanzó al regresar a las entrevistadas dos o más oportunidades con la finalidad de dar la concordancia de los discursos y revisar algunas expresiones o datos con la finalidad de clarificar el mensaje.

La auditabilidad o llamada también confirmabilidad, se refiere al criterio como la habilidad del investigador de seguir la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Denota la objetividad en la investigación, está dado por el registro y documentación de ideas, observaciones y entrevistas realizadas en relación con el estudio; lo cual permitirá que otro investigador examine los hallazgos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares en otras investigaciones. El estudio cumplió este criterio con la revisión amplia de información e investigaciones relacionadas con el objeto de estudio.

La transferibilidad o aplicabilidad, se refiere a la posibilidad de transferir los resultados del estudio a otros contextos o poblaciones. En investigación cualitativa, el lector es el que determina si se pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. De allí la importancia que se describa detalladamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Se considera que la transferibilidad tiene relación directa con la similitud entre los contextos.



La dependencia es un criterio que implica el nivel de consistencia o estabilidad de los resultados del estudio. El estudio sobre el cuidado profesional de enfermería hacia el recién nacido hospitalizado, implicaría cierto riesgo de inestabilidad, pues en la práctica interactúan en un ambiente institucional, interpersonal, cultural, social a veces muy difícil de explicar, que pueden hacer variar la información en un determinado momento; sin embargo se ha podido observar en el proceso de la investigación que no se ha producido cambios significativos que hayan dificultado dar el valor a los hallazgos.

## **IV. RESULTADOS**

## **EL CUIDADO DE LA/EL ENFERMERA/O ASISTENCIAL HACIA EL RECIEN NACIDO**

Cuidar al recién nacido enfermo puede resultar para algunos profesionales considerablemente preocupante y hasta penoso, debido a su vulnerabilidad y dependencia total. El profesional de enfermería como integrante del equipo de salud y persona cuidadora con mayor permanencia y acercamiento al paciente sabrá aceptar sus limitaciones y mostrar actitud positiva durante el proceso de cuidar.

A partir de los análisis de los discursos y de la observación participante, se evidencia que los cuidados del profesional de enfermería en el servicio de neonatología están basados en el paradigma biomédico. Se ha identificado que los saberes están dirigidos por el modelo biopsicosocial, y mayormente técnicos, biológicos, dirigiendo su práctica a la enfermedad que debe ser tratada, curada y controlada. Esta práctica responde a su saber académico, que es parte de una filosofía lineal de la profesión, producto de una concepción naturalista, cartesiana e histórica, que prácticamente rige la atención en salud.

Los discursos muestran un saber que reconoce que son necesarias las acciones, las actividades y las técnicas para el tratamiento de la enfermedad y la curación del paciente, su preocupación se centra en cumplir con las indicaciones médicas. El saber del cuidado humanizado está referido como algo adicional a su quehacer, refieren que lo realizan cuando tienen tiempo, o un espacio apropiado para ello, por ejemplo dialogan un poco más con el paciente en el horario de la tarde. Expresan que el tiempo es el principal factor limitante para interactuar con el paciente, es decir integrar los cuidados humanizados.

La práctica asistencial está guiada por el saber académico adquirido en la formación profesional, y con el predominio en la enseñanza que históricamente el saber de enfermería, el saber hacer, situación que es reforzada por Almeida y Rocha (1989: 7) al precisar que el saber de enfermería se centra en la tecnología, con aplicación de principios y fundamentos científicos, que procuran siempre una fundamentación basada en su inicio en los principios de la biología, fisiología y práctica médica, ampliándose en la década de los 50, con la contribución de la psicología y sociología, permitiendo el enfoque biopsicosocial del paciente.

En este sentido, para las enfermeras/os, el cuidado se fundamenta en una relación de tareas, actividades biopsicosociales de atención al cuerpo enfermo. No obstante, en sus discursos se puede observar que en la práctica del cuidado también incluyen afectividad, compromiso, estar con ellos, comprensión, comunicación, interrelación, así como brindar un ambiente adecuado de cuidado; situaciones que muchas veces se contraponen con la observación participante, en la que se aprecia discordancias con su prácticas y sus discursos, dado que deja notar situaciones de no cuidado mostrado por el descuido, desagrado y escaso diálogo con el recién nacido.

En los discursos, los participantes dejan evidenciar una escasa concepción humanizada de los cuidados. Las enfermeras (os) enfatizan en las acciones, los procedimientos, que configuran un saber fraccionado que separa al cuerpo y mente de la persona enferma. Este actuar del profesional de enfermería sin embargo ha tenido una influencia por siglos en los servicios de salud, pues el curar asumido por la medicina moderna se fundamenta en una perspectiva analítica, empírica y experimental, adecuada para el estudio de los procesos biológicos y fisiopatológicos, que como fenómenos naturales, presentan estabilidad, regularidad, constancia y cierta independencia de contexto, que ha reducido lo humano a lo biológico;

situación que viene desde el siglo XVIII, en que el cuerpo humano pasa a ser objeto específico de la aplicación de la medicina, y el enfermo pasa a ser una enfermedad (Gómez, 2003: 45).

De esta manera, se considera que el saber práctico de enfermería es historia presente, su actuar se organiza en torno a la rutina. Como indica Almeida y Rocha (1989: 36) fueron las técnicas los primeros instrumentos que la enfermera utilizó para manipular su objeto de trabajo, el cuidado de enfermería, además considera que el saber no es instancia abstracta y neutra desvinculada de la práctica, es histórico. Del mismo modo, Colliere (1993: 15) refiere hay que tener en cuenta que en enfermería el saber ancestral ha estado oculto por la hegemonía de la racionalidad técnica, encarnada en el saber médico, que ha prevalecido en los sistemas de salud.

En concordancia con las autoras, esta visión biomédica de cuidado de la salud ha llevado a las enfermeras/os a una práctica casi automatizada, su accionar, de acuerdo a lo observado se inicia desde el ingreso de trabajo (7a.m.) recibiendo el turno en área de hospitalización, 7:30a.m. inicia controlando signos vitales, 8:00a.m. se administran fórmulas lácteas y se supervisa la lactancia materna directa, 9:00a.m. se realizan acciones de revisión de vías endovenosas, colocación de vías, administración de tratamiento y llevar adecuadamente el Kárdex, 11:00a.m. se controlan signos vitales, se administran fórmulas lácteas y se supervisa la lactancia materna directa y cumplimiento de las altas médicas, 12:00m. se inicia nuevamente la administración de medicamentos, 12:30p.m. se escriben notas de enfermería y se prepara para entregar su turno, y, finalmente 1:00p.m. se termina su labor. Situaciones similares, se presentan en los turnos de tarde y noche. Se instala entonces una repetición permanente del día a día, desde del inicio del ejercicio profesional, desde las enfermeras más jóvenes hasta las más experimentadas.

Se identifica entonces que el cuidado del profesional de enfermería inicia con la recepción del turno o con el ingreso del paciente al servicio, al recién nacido se le coloca a disposición del profesional de la salud para ser aliviado, atendido y cuidado, se ve obligado a perder el vínculo madre – hijo, y es ubicado en una cuna, donde permanece aislado hasta su recuperación. La enfermera inicia un proceso de identificación de signos y síntomas, de vigilancia de los cambios fisiopatológicos y de las técnicas y procedimientos que fueron indicados para mantener la salud – enfermedad estable o en mejoría. Este proceso de atención es también registrado en la hoja de monitoreo neonatal, ahí se registran diariamente signos vitales, datos objetivos y subjetivos, así mismo el quehacer de enfermería de manera muy puntual a través de las notas de enfermería.

En este sentido, se da inicio a un esquema de rutina marcada por la asignación de tareas: recepción – entrega de turno, admisión, preparación de visita médica, realización de algunos procedimientos en concordancia con la patología (colocación de fototerapia, oxigenoterapia), la administración de medicamentos, de fórmulas lácteas, supervisión de lactancia materna directa, canalización de vías endovenosas, y todas las acciones como parte del saber de enfermería y de la estructura hospitalaria.

Además en esta etapa hospitalaria se observa que el recién nacido de acuerdo a sus condiciones fisiopatológicas y a su estado de salud, en ocasiones esta irritado, es la enfermera, quien asume un comportamiento de superioridad que le da su conocimiento técnico – científico, sin dar oportunidad a algún tipo de comunicación. En otros momentos, el profesional de enfermería es expresivo, y muestra formas de cuidado humanizado, crea un espacio de apoyo y seguridad ya que el cuidado del recién nacido que lo realizaba la madre ahora lo realiza la enfermera.

Durante los días de hospitalización se encuentran a los recién nacidos recuperados, sus madres se encuentran satisfechas por cada avance en el estado de salud de sus hijos, y otros se encuentran inestables, es a través de su cuerpo que el recién nacido comunica la necesidad de ayuda y de cuidado, sus gestos de dolor e irritabilidad se hacen visibles, y están esperando una mano o un toque que muchas veces no llega.

El recién nacido, paciente frágil y dependiente, vive momentos difíciles conjuntamente con sus padres, aceptando de manera pasiva su situación de vida, que al ingresar a un hospital será atendido de acuerdo al modelo de salud biomédico, que centra su cuidado en la enfermedad y en la presencia de signos clínicos. La enfermera como cuidadora, desde hace muchas décadas y hasta la actualidad cuida a un cuerpo objeto fragmentado, con necesidades de alimentación, respiración, hidratación, dolor, etc. En esta visión la enfermera en su práctica hospitalaria convive con cuerpos enfermos y con la enfermedad.

Al respecto, Almeida y Rocha (1989:174) refieren que los instrumentos y técnicas de la profesión, tal como fueron concebidos en las primeras décadas del siglo XX, con la atención centrada en el procedimiento antes que en paciente, dio paso a una visión fragmentada del ser humano, reduciéndolo a su enfermedad en un sentido tecnicista e inhumano.

Por tanto, es evidente que la práctica de la profesión se resume a un saber mecanizado, dependiente de concepciones lineales y de órdenes médicas que desarticula el verdadero sentido del ser de la profesión y limita su comprensión. Esto es concebir al cuidado en su dimensión holística y humana, considerando además que el cuidado es dinámico, creativo y artístico e influenciado por la cultura, las creencias, comportamientos y actitudes.

En la asistencia hospitalaria, se ha olvidado que la persona, el paciente, el recién nacido es en principio una totalidad y su cuidado deberá estar enfocado a su integridad a la unidad sustantiva como ser humano, con valores, que lo identifica como único, colocándose en el momento de su enfermedad a disposición del personal de salud, de quien espera el reconocimiento y respeto, aún en el proceso de vivir o morir.

Como señala Waldof (2008: 26), el cuidado no es exactamente la técnica que se hace, el procedimiento, por ejemplo, una canalización de vía endovenosa; lo que diferencia al cuidar de un procedimiento es la preocupación, el interés y la motivación expresados en un movimiento. En el caso de un procedimiento, el cuidar se concretiza en la forma como es realizada la acción. Esta es interactiva, se interrelaciona con el ser, sea a través de palabras, de gestos; hay involucramiento no solo el que hace, así como también con la persona en quien se realiza la acción. Por tanto, lo que diferencia el cuidar no es lo que se hace, o sea, con gentileza, con respeto, con consideración, pues se está prestando una ayuda a un ser humano que es digno de atención y para quien se tiene un compromiso y una responsabilidad.

De allí la necesidad urgente de que el cuidado profesional en los pacientes debe dejar de ser muy técnico, centrado en las acciones, debe tornarse más relacional, afectivo, intuitivo, y más centrado en la persona, el ser cuidado. El recién nacido en su enfermedad necesita ser atendido en la dimensión humana y en su dolencia física, debe ser respetado y comprendido en su complejidad y singularidad, es decir implica dar cuidados biológicos, tecnológicos, emocionales, culturales, espirituales, sociales y humanos, sin perder la visión de ciencia (Moya, 2006:3).



El cuidado como foco central de la enfermería deberá constituirse en la interacción, en el contacto, en el tacto con el paciente, el rescate del cuidado humano. Para poder cumplir este propósito, la enfermería debería desarrollar una relación interdependiente, recíproca con el ser cuidado, propiciando condiciones de crecimiento, de aprendizaje para su restablecimiento, y que podrá contribuir para la consolidación de nuevas experiencias de cuidar (Gómez, 2003:135).

El cuidado es holístico e implica tener la idea del todo, considerar que la parte solo puede ser comprendida a partir del todo, privilegia la consideración de totalidad; y no es apenas la suma de sus partes, y es posible en una unidad orgánica (Danilo, 1996: 23). Al respecto, no solo comprende la parte física, sino las más altas manifestaciones del espíritu humano, la cual da trascendencia en el ser humano, razón de ser de nuestra profesión.

El cuidado es un proceso interactivo entre cuidadora y ser cuidado, en que la primera tiene un papel activo, pues desarrolla acciones acompañadas de comportamientos de cuidar; y el segundo, ser cuidado tiene un papel más pasivo y en función de su situación puede tornarse dependiente temporalmente. El cuidado más que una acción, es una actitud, antecede una acción, es un modo de ser, constituye la esencia del ser; comprende los comportamientos y actitudes, donde se destacan: respeto, gentileza, amabilidad, consideración, compasión, disponibilidad y responsabilidad (Waldow, 2006:86).

De igual modo, la autora manifiesta que humanizar es un proceso complejo que comprende todas las dimensiones de la persona y que va desde la política hasta la cultura, a la organización sanitaria, a la formación de los profesionales de salud, al desarrollo de los planes de cuidados, etc. Un elemento central en la humanización, es la relación porque a través de él

se articulan todos los demás, relación directa con el paciente, relación en el trabajo interdisciplinar, relaciones institucionales, relación de la persona con los grupos con los que planifica y decide el presente y se juega el futuro del hombre.

Luego de un amplio y profundo análisis de la información obtenida de los entrevistados se ha podido configurar los cuidados del profesional de enfermería, el saber y su práctica en las siguientes categorías:

#### **4.1. EL CUIDADO DEL CUERPO ENFERMO**

Los individuos se manifiestan con y a través de su cuerpo, piensan, sienten, se emocionan. El cuerpo no es solo un simple objeto (reservorio de la persona), es un cuerpo que vive, que se expresa. En palabras de Marzano (2002: 42), el individuo no solo posee su cuerpo sino que su existencia humana implica hacer, saber, sentir, comunicar y querer.

De este modo, el cuerpo es considerado como un espacio en donde se dan experiencias subjetivas y objetivas, el cuerpo enfermo habla a través de signos y síntomas, de aquí la importancia del lenguaje no verbal, quiere decir a su vez que nos podemos comunicar más con las expresiones, gestos que con las palabras.

Según Marzano (2002: 16), la corporeidad es la vivencia del hacer, sentir, pensar y querer; y coincide con Bohorquez y Trigo (2006: 78) al considerar a la persona en su totalidad, y de esta forma nos daríamos cuenta que el cuerpo vive y se expresa por medio de su corporeidad. Del mismo modo, Paredes (2003: 27) manifiesta que el ser humano se expresa, se comunica, vive con, por y a través de su corporeidad, la epifanía (consecuencia) del ser

humano es su cuerpo y a partir de él, desarrollamos la corporeidad (aspecto físico, psíquico y anímico).

De manera general, todos estos autores coinciden en la relevancia del cuerpo como manifestación de diferentes dimensiones: físicas, culturales, éticas, estéticas y emocionales. El cuerpo entra en un continuo dinámico de bienestar, salud, enfermedad, de avance y regresión en su modo de ser; la dolencia y el llanto es una manifestación del cuerpo que habla desde su interior y como dice Freud “no es escuchado”.

El cuerpo es más que una conceptualización, tiene una interna e inseparable relación con los sentimientos, las emociones, sensaciones, experiencias. En el cuerpo vivenciamos el mundo, la alegría, el encuentro, la seguridad, el dolor y las reacciones anatomofisiológicas. A su vez, en nuestro cuerpo experimentamos la afección por el dolor físico y psíquico. El cuerpo puede ser: desconocido, tocado, mirado, palpado, analizado por nosotros mismos o por personas ajenas. También es el cuerpo nuestro centro de intimidad, pudor, y de las emociones y sentimientos atrapados como el llanto y el grito por el dolor que no se expresa en su momento (Le Breton, 2006: 71).

El cuerpo enfermo constituye una fuente de energía viva y dinámica, que desde su interior expresa de diversas maneras el cuidado que le es preciso para mitigar su dolor y su disfunción orgánica. Para Figueiredo (2003: 74), el cuidado corporal es una oportunidad de respuesta existencial a la comprensión de una necesidad primaria impregnada de historia, sobre el cual es preciso regresar en momentos de inseguridad, dolor y estrés, para resolver los conflictos que alberga el cuerpo que pertenecen a la historia de vida personal, familiar y ambiental, y gracias a la interacción e intersubjetividad, la enfermera ofrece el contacto de apoyo atento, protector

de la vida y su conservación, su escucha activa al habla; son los componentes de empatía y el amor, favorecedores del desarrollo del sentimiento de confianza, en el cual los seres humanos permiten el abandono para escuchar, por el oído y la piel, los sentimientos y conflictos que los síntomas nos permiten actualizar para comprender, resolver y favorecer el sanar.

Escuchar al cuerpo enfermo significa seguir con atención sus señales y expresiones de alegría, llanto, dolor e interpretar lo que el recién nacido en medio de su enfermedad comunica y solicita ayuda. La enfermera estará atenta y procurará que el cuerpo – sujeto alivie el dolor físico que se puede tornar permanente por el resto de su vida, pues la enfermedad desde el punto de vista fisiopatológico constituye una crisis circunstancial, eventual y hasta rápidamente curable, y de la cual las personas se recuperan favorablemente, no sucede igual con la enfermedad del alma.

La dolencia en una disfunción del cuerpo objeto que impide a los individuos de actuar libremente en el mundo, es una experiencia subjetiva de cada individuo enfermo en su cuerpo. En la enfermedad, el cuerpo es una red de significaciones ligadas entre sí por la vida, y que como sistema orgánico esta en relación directa con la historia personal anterior, la formación de un mundo, el secreto de una libertad y de un destino (Le Breton, 2006:81).

Desde este punto de vista, el recién nacido hospitalizado también experimenta dolor, no siempre es causado por la patología de ingreso del neonato; en la mayoría de casos, el dolor es provocado por las técnicas diagnósticas que realiza el personal de salud como: extracción de sangre, punciones de talón, aspiración de secreciones orofaríngeas, colocación de catéteres venosos, sondas nasogástricas, ya que los componentes del

sistema del dolor se encuentran desde los receptores sensitivos en la piel hasta áreas sensitivas de la corteza cerebral.

Se han observado cambios de comportamiento en los recién nacidos que sufren de dolor, entre los que se encuentran llanto, cambios en la conducta con ausencia de la sonrisa, pasividad, y desconexión con el ambiente, alteración en la expresión facial, incluso cambios en la actitud corporal, manifestada por espasticidad e irritabilidad al manejo, reflejo de retirada al estímulo doloroso, trastornos de la motilidad y del sueño. Además, se suman las respuestas conductuales negativas como falta de apetito, presencia de vómitos o regurgitaciones, ocasionando un mal aporte nutricional que limita el crecimiento y desarrollo.

Cuando el recién nacido se enferma, su cuerpo habla y expresa su dolor físico y espiritual, siendo la enfermedad una forma de comunicar manifestaciones que solo encuentran atención en un cuerpo biológico y alivio del dolor físico. En la asistencia hospitalaria se debe tener en cuenta que la persona – paciente – recién nacido es en principio una totalidad, y su cuidado deberá estar relacionada a su integridad, a la unidad sustantiva como ser humano, con valores, que lo identifica como único, y que ante la enfermedad los padres colocan al recién nacido en manos del personal de salud, y por tanto merece todo el reconocimiento y respeto en el proceso de recuperación. Todo lo indicado se relaciona con la forma como los profesionales de enfermería conciben a la persona y al ser humano.

Figueiredo (2003: 25) refiere que todas las acciones humanas acontecen porque existe un cuerpo, una vida, instrumento humano que funciona a través de los movimientos sensoriales, que representan respuestas del cuerpo a todo lo que los sentidos captan en la naturaleza. Cualquier acto o fenómeno que acontece, el cuerpo percibe como si fuese un radar que lo

capta, al enviar mensajes para el cerebro, estimulando inmediatamente la conciencia y la sensibilidad de cada persona. Por otro lado, la enfermera hace de este órgano el responsable fiel por la calidad de su cuidado (Gómez, 2003:94).

Como señala Colliere (1993:174), hablar del cuerpo como primer instrumento privilegiado de los cuidados, no es apenas evocar los sentidos, es procurar que el otro experimenta, lo que siente e intentar percibir con más claridad, lo que nosotros sentimos, reencontrar la sensibilidad.

En los discursos del profesional de enfermería, se percibe que el cuerpo es un instrumento de trabajo, y su actuar se centra directamente en las técnicas y en los materiales de trabajo. Cuida al recién nacido desde la concepción anatomofisiológica, divide al cuerpo enfermo en diferentes segmentos, y la atención es localizada y focalizada en el problema de salud, como así lo expresan:

*...Inicio la atención con la recepción del turno, informándome paciente por paciente, empiezo por lo que quedo pendiente y verifico las hidrataciones. Controlo signos vitales, interactué con las madres para que brinden su leche materna, administro fórmulas lácteas, luego paso indicaciones médicas y de nuevo empiezo con la administración de la formula láctea.*

*...cuido mediante la administración de nutrición enteral o hidratación durante su tiempo hospitalario, me organizo y planifico atenciones a los pacientes según su grado de dependencia, así mismo tengo mucho cuidado en pasar al kardex las indicaciones médicas.*

*...Observo en el momento de reporte el estado de salud de cada recién nacido, veo su estado, canalizo vías endovenosas, controlo signos vitales y administro fórmulas lácteas así mismo controlo las punciones e hidrataciones.*

Se observa a partir de la experiencia del cuidado con recién nacidos, que las enfermeras/os cuidan mediante los procedimientos técnicos, las curaciones, el alivio del dolor físico, previenen complicaciones, y están pendientes de su confort y del restablecimiento fisiológico. La enfermera cuida la integridad corporal que se ve amenazada tras el proceso de la enfermedad. Indican la importancia de satisfacer las necesidades humanas, del cuerpo enfermo, con diferentes cambios fisiopatológicos que ponen en riesgo la vida del paciente. Los profesionales están preocupados por la patología y el tratamiento médico.

*La atención de enfermería se centra en identificar las necesidades a través de la observación por lo que se está pendiente de cambios de color de la piel, irritabilidad, etc, para brindar el apoyo y cuidado q brinden. Estoy pendiente de las indicaciones médicas y de que se cumplan en su totalidad.*

*Los cuidados de recién nacido son de acuerdo a su diagnóstico y complicaciones en su estado de salud, por ejemplo si Ingresa con Sepsis tomo muestra de sangre para hemocultivo, canalizo vía endovenosa para empezar inmediatamente sus antibióticos, veo el tipo de alimentación o solo queda con hidratación. Así mismo si ingresa un paciente con problema respiratorio administro ventiloterapia, verificando antes signos vitales.*

Lo expresado por los participantes se relaciona con las ideas de Le Breton (2006:39), al decir que el cuerpo humano se torna un saco de órganos y su tratamiento solo puede reducirse a un conjunto de prescripciones, conforme a su representación de “homen anatomizado”.

De acuerdo con Paredes (2003: 28), el cuerpo puede ser considerado como vehículo de ser corporal, y como vehículo que está en el mundo y se relaciona con él, y consecuentemente, como emisor y trasmisor de vivencias. La persona se manifiesta con su cuerpo y a través de su cuerpo, y estas manifestaciones son parte de ese cuerpo que vive.

En concordancia con Bohorquez y Trigo (2006: 84) la visión de cuerpo en la atención del profesional de enfermería debe romper la imagen cartesiana que separa cuerpo y mente, que concibe cuerpo y alma como entes separados. En esta perspectiva, el cuidado de enfermería será dirigido al ser humano, expresado en su corporeidad, en su totalidad. Por tanto, el recién nacido durante el tiempo de la enfermedad no solo sufre una ruptura de su cuerpo – objeto, sino en su integridad, cuerpo – alma – espíritu, que supone encontrar límites a su existencia corporal, permitiéndole exteriorizar sus mensajes fisiopatológicos y emocionales que significan, por un lado una lucha con la enfermedad y por otro lado una búsqueda de comprensión y atención en la totalidad de su persona.

La cultura nos asigna a las enfermeras el poder de tocar, bañar, masajear, cambiar de posición e indicar que parte del cuerpo necesitamos para ofrecer nuestro cuidado, es decir somos la única profesión autorizada socialmente para poder entrar a la distancia crítica del otro, a su fuente orgánica, sus funciones vitales, su Yo; es la que tiene conocimiento y toca el cuerpo para aliviar (Daza & Torres, 2005: 49). Desde este enfoque, debemos procurar un cambio de pensamiento en las formas de cuidar, interesándonos por ir mas



allá de la cura de la enfermedad y el dolor físico, es buscar maneras de incorporar a la práctica asistencial un cuidado humanizado, y la atención holística.

Diversos autores coinciden que la atención de enfermería esta direccionada por el concepto de un cuerpo automatizado, y que se ve reforzado con el pensamiento de Nightingale, a quien tenemos entre otras teóricas como ejemplo y guía para el cuidado enfermero. La escuela Nightingale ha contribuido grandemente al desarrollo de enfermería, y desde su enfoque de enfermería tiene al cuerpo humano como uno de los campos de mayor actividad para su saber hacer, el cuerpo en su entorno físico, se ve reducido cotidianamente a una necesidad, a un síntoma, a un diagnóstico; pues si bien son actividades que ayudan a salvar la vida y recuperar la salud en los momentos más difíciles, en el proceso de cuidar el cuerpo enfermo es visto como un rompecabezas, llevando a la enfermera a la rutinización de su práctica, como nos muestran los siguientes discursos:

*...primero veo el estado de salud del recién nacido, compruebo el goteo correcto de las infusiones endovenosas, controlo signos vitales, superviso lactancia materna directa, administro fórmula lácteas, paso indicaciones médicas al kárdex, administro tratamiento, y vuelvo a controlar signos vitales y alimentar a los recién nacidos...*

*...alimento a mis recién nacidos, luego los alimento, durante el tiempo que dura la visita médica reviso las vías endovenosas y verifico hidrataciones, transcribo al kárdex el tratamiento que indica el médico, administro tratamiento indicado y vuelvo alimentar a mis pacientes; es así como trabajo.*

En este proceso de cuidar, el profesional de enfermería realiza evaluación clínica, como el examen físico, se aprecia que evalúa frecuentemente la situación del recién nacido, busca alteraciones a través de la identificación de los parámetros vitales de frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, temperatura y saturación de oxígeno. Esta relación de actividades cumplidas, responden a las formas de tratamiento de la enfermedad, que ha conllevado a decir al enfermero que son acciones de rutina.

Además, los cuidados que refieren las enfermeras tienden a asegurar la recuperación del recién nacido y promover su salud lo más rápidamente posible, esto se resume en:

*...estoy pendiente de su alimentación, hidratación, confort, su eliminación, su higiene, que no tenga dolor, que este calmado, que no se infecte, porque favorece la disminución de la estancia hospitalaria.*

Evidencias que se centran en la idea, en lo normal y patológico, el eje central de valoración son los signos y síntomas clínicos, lo que explica la importancia de este conocimiento como un saber necesario y valorizado para las enfermeras. Estos discursos resultan importantes, pero no son los únicos para aliviar todos los males del ser humano, es decir el cuidado procurará en el paciente tener presente su dimensión objetiva y subjetiva.

Por otro lado, el individuo está siempre en peligro de ser sumergido en el mundo de los objetos, de la rutina diaria, y en el convencional y superficial comportamiento de la multitud (Leite & Freitag, 2005: 13), del cual debemos procurar escapar, innovar y cambiar, para transformar la práctica profesional, debe ser singular y única en cada momento del cuidado.

A esta forma de estudiar el cuerpo corresponde un cambio de visión a partir de la enseñanza superior, integrando saberes de humanizar el cuidado de la persona enferma, trabajar en la educación formal, nuevas formas de pensamiento para desvincularlo del modo asistencialista basado en técnicas e instrumentalizaciones, y agregar a la práctica, autonomía, un saber con pensamiento transformador, creativo y no solo tener como guía el enfoque cognitivo – académico.

No obstante, el cuerpo es visto desde diversas concepciones de la vida humana y según las experiencias de las personas, su cultura y su trayectoria de vida. Un estudio realizado en Brasil, encontró ocho vivencias en las concepciones de cuerpo histórico en las dimensiones de ciencia filosófica y metodológica: concepción del cuerpo en el sistema Ninghtingale, concepción de no cuerpo, concepción de cuerpo síntoma, concepción de cuerpo fundamento de la enfermería, concepción de cuerpo fundamento del cuidado, concepción de cuerpo de enfermería como instrumento de trabajo, concepción histórica de cuerpo, y finalmente una nueva concepción de cuerpo cuidador, como nuevas perspectivas epistemológicas para la enfermería y para nuevos rumbos de formación de sus saberes y desarrollo de prácticas en el campo hospitalario (Marriner & Raile, 1997: 64).

De ello se desprende que el profesional cuidará en todas las formas de expresión del ser humano y del cuidado que precisa, cuidar no solo un pedazo del cuerpo, sino a la totalidad de él, como ser integral. Como refiere Boff (2000:19), cuidar es prestar atención al soplo que lo anima, pues el ser humano es un todo vivo y orgánico, el cuerpo vivo es subjetivo y estar enfermo significa un daño a la totalidad de la existencia.

*...el cuidado que doy es integral, veo su parte física y psicológica, observo signos de alarma y cuido que no haya complicaciones, realizo monitorización constante de signos vitales, administro*

*medicamentos según prescripción medida, superviso lactancia materna directa y suministro fórmula láctea.*

Se visualiza preocupación por restablecer el equilibrio biológico de los pacientes, el profesional está atento a sus necesidades, consideran que a través de estas acciones el recién nacido encontrará curación a su enfermedad y tranquilidad. Marzano (2002: 68) refiere que el cuerpo es concebido cada vez como un objeto de representaciones, de manipulaciones, de cuidados y de construcciones culturales y médicas: si la cultura hace del cuerpo un modelo a construir, regula reglas estratégicas, sociales y morales, la retórica médica lo transforma en objeto de cuidados desligándolo del paciente y de su experiencia personal. De esta forma, el objeto cuerpo del discurso médico, el cuerpo sano y/o enfermo, es construido a partir de una concepción anatomo fisiológica que hace del ser corporal de la persona una simple estructura modelizable.

En esta mirada, el cuerpo no puede ser atendido y cuidado solo en presencia de un signo, un síntoma o un diagnóstico, tiene que ser visto como un sujeto de cuidado, desde un contexto más amplio y más humano, donde se le permita vivenciar el encuentro afectivo, seguro y empático aun en presencia del dolor físico, esta forma de cuidado ayudará a sentirse bien con uno mismo y con los seres queridos, incluido la enfermera (o), de esa forma el cuidado se convierte en una relación de reciprocidad, es decir liberarse de la concepción de cuerpo – objeto, instrumento de trabajo. De allí la importancia de considerar que el cuidado es dinámico, no es estático, y no está basado solo en la anatomía del cuerpo humano. El cuerpo tiene experiencias personales, tiene historia, sentimientos y vivencias, pertenece a la persona que sufre, piensa, siente y se emociona; los cuidados deben ser con y para el cuerpo – sujeto, la persona, la vida y aun con la muerte.

Sin embargo en la perspectiva de Le Betron (2006: 90), la utilización de ciertos segmentos corporales como herramienta, no torna al hombre como un instrumento. Los gestos que ejecuta, aun los más elaborados técnicamente, incluyen significación y valor. Esto es posible cuando la enfermera (o) reflexiona desde su práctica como cuida al recién nacido, si al actuar con y para el paciente se busca trascendencia, si en cada procedimiento que realiza, lo hace con afecto, con amabilidad, con respeto, de lo contrario solo habrá cumplido con realizar la técnica. Es posible también que al acercarse al paciente para realizar el procedimiento, proporcionar masajes y cambiar de posición, establecer un momento de contacto físico con actitudes emocionales que pueden expresar el auténtico cuidado.

Para Boff (2000: 17), la peor dolencia es negar la existencia del cuidado esencial, es volverse cruel consigo misma, cuyo resultado es un proceso de deshumanización y de embrutecimiento de las relaciones, más se debe abogar la capacidad de enternecimiento y de amor. El cuidado acompaña al ser humano en cada paso, en cada momento, a lo largo de toda la vida terrenal. Por tanto, siempre es posible crecer en la práctica del cuidado, en cada circunstancia.

Pero que hace el profesional de enfermería desde las más experimentadas hasta las más jóvenes realicen su práctica cotidiana teniendo como primera prioridad la división de tareas, la respuesta parece encontrarse en el rol que las universidades viven cumpliendo en la formación de profesionales de enfermería, aun no se logra reorientar la enseñanza teórica – práctica de los futuros profesionales hacia una visión humanizada del cuidado, los contenidos que se desarrollan son orientados a las patologías médicas y al cuidado del cuerpo enfermo, los textos de lectura siguen utilizándose exclusivamente con enfoque biológico y fisiopatológico.

Esto hace que los conocimientos que poseen los estudiantes y los profesionales estén centrados en la enfermedad, las prácticas de laboratorio exigen desempeños académicos centrados en la perfección de las técnicas y el uso de los instrumentos tecnificados. La técnica tiene que mantenerse al servicio de los cuidados y no el cuidado al servicio de la técnica, pues el conjunto de problemas humanos surgidos a partir de la dolencia son más superiores que la enfermedad, pues la razón de ser de la práctica de enfermería consiste en ofrecer cuidados de salud esencial (Colliere; 1993:144,171).

Asimismo, es necesario encontrar como señala Boff (2000: 18), la justa medida entre el cuidado del cuerpo – objeto y el cuidado cuerpo – sujeto, de la persona enferma, en la práctica de enfermería no puede continuar teniendo predominio la lista de tareas y las técnicas, porque se continuará anulando las potencialidades humanísticas de la cuidadora y ser cuidado que guardan en su interior y que no pueden ser expresados, como se refleja en las situaciones de no cuidado.

Desde la concepción histórica, el cuerpo es abordado en términos de trayectorias y memorias de la persona y de las comunidades: no existiendo vida humana, persona humana sin cuerpo, la historiografía de esa vida y de esa persona se da en el cuerpo, por tanto, todas las realizaciones humanas son memorias del cuerpo. El cuerpo es una larga historia, no es un fenómeno, no es un símbolo, no es un dato biológico. De igual modo, el autor afirma que la concepción histórica de cuerpo es consecuencia lógica y directa de la concepción histórica de la vida y del mundo (Gracia, 2006: 19; Lara, 1997: 71).

Boff (2000: 18) indica que debemos cuidar nuestro cuerpo en la salud y la dolencia, a través del cuerpo se muestra fragilidad humana, y considera que

el cuerpo en nuestra memoria más arcaica, es un todo, guarda en cada parte informaciones de largo proceso. La vida corporal va perdiendo su capital energético, equilibrio adolece y finalmente muere.

Por tanto, cuidar de nuestro cuerpo implica cuidar la vida que lo anima, cuidar del conjunto de las relaciones que pasan por el confort, la higiene, la alimentación, por el aire que respiramos, por la forma como nos vestimos, por la manera de comunicar y conversar, por la manera como organizamos nuestra casa, etc. y nos situamos dentro de un determinado espacio ecológico.

En este sentido, la enfermera cuidará al recién nacido en relación recíproca, dinámica y con expresiones de afecto, es acompañar al cuidado técnico el cuidado humanizado considerando en la persona su situación de vulnerabilidad, y que a través de su cuerpo pide que la cuidemos en su integridad de persona y ser humano, siendo una de las formas de cuidar el cuerpo – sujeto; estimándolo, queriéndolo y apreciándolo, sea en la salud o en la enfermedad, en cualquier etapa del ciclo de vida (García, 2001: 18).

“Apreciar” el cuerpo, quiere decir, reencontrar el cuerpo habitado, el cuerpo que se habita, es encontrar el cuerpo local de amor, de placer, de dolor, de relación de comunicación, de reflexión, de deseo, y de agresividad. Asimismo, es descubrir y reencontrar el cuerpo de fiesta, de danza, el cuerpo estético, el cuerpo encrucijado de tiempo y espacio, el cuerpo simbólico; interpenetrado; cuerpo – mente – pensamiento (Colliere, 1993:335).

“Cuidar del cuerpo de alguien”, decía un maestro de espíritu, “es prestar atención al soplo que lo anima o a la fuerza que lo anima”. El cuerpo es aquella porción de universo que nos animamos, informamos, concientizamos y personalizamos. En él funciona un sistema de regulación de frío, de calor,

de sueño, y de vigilia, de los fenómenos de digestión, de la respiración, de los latidos cardiacos, entre otros. El cuerpo vivo es subjetividad, la dolencia significa un daño a la totalidad de la existencia. (Boff, 2000: 18).

El cuidado que caracteriza a la enfermera debe ser una experiencia vivida, comunicada intencionalmente, con una presencia auténtica a través de una interrelación persona a persona. El cuidado debe ser sentido, vivido y para que el cuidado sea entregado en nuestro día a día es preciso observarlo, permitir que forme parte de nosotros mismos, transformarlo en estilo de vida (Waldow; 2008:31).

A partir de esta mirada, el cuidado se convierte en la esencia de la práctica profesional, no es solo una acción, es visible por las actitudes que el profesional muestra al realizar la acción, al estar junto al paciente observándolo, buscando dar comodidad, cuidando de las necesidades básicas, brindándole compañía, y haciéndole sentir que nos interesamos y que estamos presentes para velar por ellos, también es cuidado, aunque este sea invisible y los profesionales de enfermería no lo identifiquen como cuidado, como indica Waldow (2008: 32), el cuidado es un modo de ser, para mantener y mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir.

## **4.2. LA ENFERMERA/O EN SITUACIONES DE CUIDADO Y NO CUIDADO**

### **4.2.1. El profesional de enfermería en la asistencia al recién nacido en situaciones de cuidado**

Se coloca en un espacio de relaciones significativas en las que intervienen emociones y sentimientos como expresiones de cuidado verdadero. Esto implica dar cuidado individualizado de acuerdo a la etapa de vida de la



persona, en los recién nacidos cobra mayor importancia por su dependencia y singularidad de su situación. Esta categoría se configura por las diversas formas de cuidado humanizado que los profesionales de enfermería tienen con los pacientes, como: afecto, empatía, trato humano, sonrisa, tacto, entre otros; pero que sin embargo no son reconocidos por los enfermeros como la razón de ser de la enfermería en su quehacer profesional.

La situación es uno de los elementos más centrales en la constitución de la condición humana, acto de que en su existencia el hombre se encuentra siempre en un contexto preestablecido, en un mundo que lo antecede, que lo constituye como hombre en relación al cual forma su libertad y su identidad (Japiassú, 1991: 250).

Según Collière (1993: 258), situación es aquella que induce una dinámica de personas y de objetos en interrelación no solo de un ambiente *in situ*, situarse. La exploración de una situación lleva a tomar conciencia la manera como cada persona se sitúa en la red de relaciones entre quien presta y recibe cuidados, teniendo en cuenta factores jerárquicos e institucionales. Esta toma de conciencia permite aprender a clarificar, en las situaciones de cuidados, el impacto de los estatutos y de las imágenes culturales ligadas a ellas, bien como descodificar el juego de papeles, a partir de los estatutos y del ejercicio de las funciones.

En efecto, la situación de cuidado desde la enfermería asistencial lo sitúa en un espacio de relaciones significativas en las que interviene el componente emocional motivada por ese espíritu de ayuda que caracteriza a muchos enfermeros provocando resonancias en su cuidado; pero también la red de relaciones puede verse afectada por situaciones de no cuidado, observándose expresiones y formas negativas en el actuar del profesional de enfermería vistas como disonancias del cuidado.

De acuerdo con Waldow (2008:10), el cuidado en enfermería se profesionaliza y es realizado teniendo en cuenta aquello que es previsto por la ley y engloba una serie de competencias: habilidades manuales o técnicas, pensamiento crítico, además de conocimiento e intuición. Asimismo, para que el cuidado sea verdadero se necesita de un componente afectivo, relacional, con el ser cuidado, a través de palabras, del silencio, por medio del toque, de una mirada", de un gesto.

En situación de cuidados se debe tener en cuenta la vida de las personas, la etapa etaria donde se sitúan, y actividades de vida que son de desarrollo o que se mantienen compatibles con el sentido de su vida con y su modo de vida, la naturaleza de sus expectativas, su deficiencia o más simplemente sus dificultades (niños, adultos, personas de edad) (Paterson & Zderad, 1998: 75).

En este camino de encontrar lo mejor para cuidar al recién nacido, surgen situaciones que la enfermera (o) no sabe cómo atender y cuidar, es decir que puede hacer y cómo debe realizar este cuidado, muestra preocupación por la forma como el paciente sufre con su enfermedad. Considera que muchos de ellos necesitan especial cuidado y sienten la necesidad de capacitación, como lo expresan:

*Tengo que tener especial cuidado sobre todo con recién nacidos prematuros, por ejemplo: tuve un caso de un recién nacido prematuro que durante su alimentación se puso cianótico y no reaccione como debería, hizo un paro respiratorio pero se recuperó.*

En base a la vivencia con este tipo de pacientes, refiere: yo considero que para atender a este tipo de pacientes la enfermera debe tener ciertas cualidades, nos tiene que gustar la atención de los ancianos y para, ello tenemos que capacitarnos.

*....también quiero agregar que necesito capacitación sobre reanimación en recién nacidos, por eso necesito realizar estudios de especialidad ya que yo pienso que estoy realizando un buen cuidado pero no sé si estará bien, por eso es importante que me capacite.*

De esta manera la situación de cuidado se vuelve complejo, cada profesional de enfermería vive y guarda experiencias que les permitirán decir lo difícil o confortable, que puede ser cuidar al ser humano.

Las enfermeras manifiestan que una de las situaciones de cuidado para el recién nacido es tener en cuenta el ambiente físico, como una forma de dar tranquilidad, descanso y seguridad al paciente como se puede apreciar:

*Proporciono comodidad y confort al recién nacido, busco que es lo que lo irrita y lo soluciono para que favorezca sus horas de sueño, pero hay situaciones en las que las madres abandonan a sus hijos, en estos casos se coordina con la asistente social para el apoyo de pañales y finalmente estos recién nacidos son llevados a albergues.*

Aquí la visión de ambiente está referida al espacio físico que proporcionará privacidad y confort, libre de cualquier interferencia externa, y que algunos profesionales consideran el entorno social del recién nacido. Sin embargo, algunos autores refieren que un ambiente físico favorable por sí

solo no representa la garantía de que el objetivo de cuidar cumplirá su propósito, más el ambiente debe estar desprovisto de cualquier actitud de juicio, evaluación, reprobación y restricción por parte del enfermero. Paterson y Zderad (1998: 68) hace referencia al ambiente físico, como medio de proporcionar mayor o menor posibilidad del estar con, del compartir.

El ambiente no solo es un espacio físico, es un local donde ocurren interacciones e intercambios intrasubjetivos. De esta manera, es el espacio, donde dos o más personas juntas comparten esfuerzos, viven, sufren y mueren. El concepto de ambiente es algo concebido de forma subjetiva, trascendente y va más allá de ser un espacio físico. Por lo tanto, el concepto de ambiente refuerza la idea del existencialismo y de la fenomenología que consideran al hombre en su totalidad y en su singularidad. Cada hombre, cada familia y cada comunidad fueron alguna vez, semejantes y diferentes (Leite & Freitag, 2005: 12).

Para Waldow (2008: 32), el ambiente del cuidado ocurre cuando las personas valorizan el cuidado, expresando comportamientos y actitudes de cuidado, las personas se sienten bien reconocidas y aceptadas como son, consiguen expresarse de forma auténtica y se preocupan unos con los otros en el sentido de intercambiar información, fortaleciendo y cambiando ideas, ofreciendo apoyo y ayuda, responsabilizándose y compartiendo el mantenimiento de ese clima de cuidado.

Desde el punto de vista de los autores, el ambiente de cuidado debe expresar un ambiente afectivo donde las dimensiones del ser humano se respetan y se consideran mutuamente durante el encuentro enfermera – paciente adulto mayor. Si esto no ocurre el proceso de cuidar se vuelve frustrante para quien cuida principalmente, en función de las dificultades, en ser realizado de forma idealizada debido a las condiciones de un ambiente

que no ofrece soporte. Este soporte está referido a recursos disponibles y al reconocimiento, que resultan siendo escasos en las instituciones de salud y de manera más específica en quienes gerencian los cuidados. El cuidado como consecuencia se vuelve desintegrado, técnico, mecánico, rutinario e impersonal, los cuidadores acaban trabajando para vivir haciendo lo mejor que pueden en medio de los pocos recursos y soportes ofrecidos, culminado en el perjuicio de la calidad del cuidado (Waldow, 2008: 75).

Se necesita también crear y estar en un medio ambiente social adecuado, entendiendo a este ambiente, como la socialización y valorización del cuidado, de actitudes y relaciones armónicas. Representa la solicitud, el respeto, la consideración, la buena voluntad, el buen humor, y la paciencia en la dirección de todas las cuestiones de la organización (Waldow, 2008: 26).

En este sentido el ambiente físico estará acompañado de un ambiente social y afectivo donde las situaciones humanizadoras del cuidado emerjan en este espacio y sean compartidos desde la gerencia del cuidado, que será transmitido al profesional y luego hacia los recién nacidos. En este ambiente de cuidado se observarán interrelaciones auténticas y compromiso de apoyo, el espacio físico mostrará un verdadero clima de descanso y de tranquilidad, pero a la vez de "preocupación" por conservar, asistir, comunicar y motivar a las personas que la integran, con interacciones auténticas y compromiso de apoyo.

En la práctica diaria se estará contribuyendo a evitar el riesgo de deshumanización del cuidado como lo indica Watson en su teoría humanista: El riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, se da por causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de la salud en el mundo, y por tanto, se hace necesario el rescate

del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería (Marriner & Raile, 1997: 147).

Las enfermeras (os) ponen de manifiesto que la situación de cuidados también se da a partir de las formas de expresión, las mismas que son consideradas efectivas, auténticas y favorables en el proceso de cuidar y son dadas a través de expresiones verbales y no verbales. Estas expresiones positivas permiten a la enfermera y al paciente colocarse en situaciones intersubjetivas, permitiéndoles un mejor acercamiento y comprensión; también expresan que el paciente no está solo en este proceso; considera que es parte importante de sus seres queridos, y estos son tomados en cuenta cuando brinda cuidado. Por lo tanto, estas expresiones se concretizan en "confianza", "seguridad" "trato humano", con "cariño", con "calidez", "cuidado afectivo" y "seguro". El apoyo psicológico también está presente en el cuidado, el enfermero se preocupa por que el recién nacido "reciba con amor" y "fe en los medicamentos", como se aprecian en los discursos:

*Consídero que el paciente no es sólo, sino parte de un grupo, de su contexto familiar, que tiene padres, trato en todo momento de darle confianza y seguridad, un trato humano, como persona, con cariño, con mucha calidez, darle un trato empático, me pongo en el lugar de los padres, y puedo entender y comprender mejor la actitud del ellos, que tiene conductas de temor, ansiedad, y para poder comprender "hay que ponerse en los zapatos de los padres".*

Estos comportamientos y actitudes asumidas por el enfermera (o) son los que confirman el cuidado auténtico. En concordancia con lo referido por Waldow (2008: 87), entre los comportamientos de cuidado se destacan:

respeto, gentileza, amabilidad, compasión, responsabilidad, disponibilidad, seguridad, ofrecimientos de apoyo y confort.

En enfermería, el cuidar comprende los comportamientos y actitudes demostradas en las acciones que le son pertinentes y aseguradas por ley y desarrolladas con competencia en el sentido de favorecer las potencialidades de las personas para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de crecimiento, y como precisa la autora, que a través del cuidado el ser se distingue como humano.

Asimismo en los discursos también se encuentra que el cuidado se realiza a través del “afecto” como valor fundamental en el proceso de cuidar al recién nacido, el cual favorece la relación y crecimiento mutuo. Se puede decir que la enfermera establece un vínculo afectivo con el recién nacido, porque siendo así, provee no solo atención a la enfermedad, sino que se convierte en una importante compañera, que proporciona un ambiente de amistad, confort, tranquilidad, comprensión, llevándolo a su vez a ponerse en su lugar para comprenderlo y atenderlo, cuidarlo y ayudarlo en su enfermedad.

El afecto es entendido como emociones positivas que se dan en las personas. Designa el conjunto de actos o actitudes como: bondad, la benevolencia, la inclinación, la devoción, la protección, el cariño, la gratitud, la ternura, entre otros, que en su conjunto pueden ser caracterizadas como la situación en que una persona “toma cuidado de” o “tiene solicitud para” otra persona o en la que esta otra persona responde positivamente al cuidado o a la solicitud de que es objeto, y que comúnmente se llama necesidad de ser comprendido, asistido, ayudado, en la propias dificultades, seguido con la mirada benévola y llena de confianza. En este sentido, no es más que una de las formas de amor (Abbagnano, 1998: 26).

Según Daza y Torres (2005: 48) y García (2001: 49), el afecto se identifica como una vivencia humana referida al tono emocional y al estado de ánimo, se traduce en los sentimientos y emociones de cada persona, se caracteriza por la empatía, la comunicación, el respeto, el apoyo y los sentimientos que emergen del acto de cuidar, entre éstos: amor, ternura y compasión.

El afecto hacia los recién nacidos en medio de su dolencia se convierte en una de las dimensiones importantes del cuidado, permitiendo la comprensión, la ayuda y la asistencia de la enfermería al paciente. Para Abbagnano (1998: 61) esta relación afectiva tiende a ser un intercambio recíproco en el cual cada uno busca el bien del otro, como si fuera su propio bien. En este sentido, el amor tiende a la reciprocidad y es siempre recíproco en su forma lograda.

De esta forma, el afecto se integra a la práctica de enfermería para el cuidado del recién nacido, y siempre debe ponerse de manifiesto al realizar la atención al paciente. No obstante, se necesita reconocer que las personas somos afectuosos, vivimos y nos expresamos con afecto en nuestra convivencia con los otros, y como el afecto engloba un conjunto de actitudes positivas, las intervenciones de enfermería también deben realizarse desde esta perspectiva, el cuidado de la enfermera (o) no debe encontrar límites para expresar cariño, gratitud, ternura, comprensión, etc. como se observan en los discursos, los mismos que concuerdan con Abbagnano (1998: 57).

Del mismo modo, el cuidado queda configurado en la dimensión de afectividad para con los demás, con los pacientes y los recién nacidos, el cuidar con afecto es una manera de ser y de relacionarse con el otro. Como se indica, el cuidado es entendido como un proceso, una manera de ser y de relacionarse con alguien, ayudar al otro, para lo cual algunos elementos son



fundamentales, como el conocimiento, la confianza y la habilidad técnica (Boff, 2000: 19). Cuidar es acto y también actitud de preocupación, responsabilidad y desarrollo, es interés y compromiso moral (Waldow, 2008: 142).

El profesional de enfermería desarrolla una relación de cordialidad, familiaridad y abre la posibilidad de apreciar los sentimientos del ser que cuida. Percibe como propia la situación del paciente, interioriza y puede llegar a vivir una experiencia acogedora.

La enfermera *"se coloca en el lugar del paciente"*, *"ve al recién nacido como si fuera su hijo"*, y trata de identificarse con los padres que necesitan información y calmar su ansiedad. Los profesionales refieren que se pone en la "piel del paciente" y se esfuerzan por entender su situación, los recién nacidos enfermos tienen una solicitud de ayuda, y el cuidado humanizado será dado en el momento oportuno, aliviando las penas, los temores y fortaleciendo su estado emocional.

Cuidar con empatía, se vuelve indispensable en la enfermería asistencial, permite ingresar al mundo interior del paciente; necesita ser comprendido, considerarlo en una etapa de su vida, es un ser humano como otro, de cualquier etapa de ciclo de vida. Significa aprender a escuchar, a leer e interpretar su dimensión subjetiva – emocional, ya sea de manera verbal o no verbal: con la postura, el tono de voz, los gestos, la mirada y el silencio mismo, proporcionan información valiosa para el cuidado del paciente.

Otra forma esencial del cuidado de enfermería en los recién nacidos es el contacto humano efectivo, a través del lenguaje corporal, como expresan: con una palmadita y una sonrisa, cargar al recién nacido, gesto de amabilidad ayudo a calmar su ansiedad; asimismo, expresiones como: "toco

la cara tratando de calmarlo”, son actitudes esenciales en cuidado profesional.

Otra situación de cuidado que se identifica en los discursos es la satisfacción enfermera – paciente, y está dado por:

*“trato de ser positiva”, “que reciba con amor y fe el tratamiento”, “entro en conversatorio”, ...cuando se ríen siento un alivio siento ese instinto de protección, “me siento bien”.*

Estas situaciones de satisfacción conduce a la enfermera (o), y al recién nacido a compartir emociones y sentimientos que perdurarán durante la hospitalización y después del alta. Para las enfermeras, el hecho de vivir la experiencia de alivio, de sentirse bien, de sentirse satisfecho, y recibir el agradecimiento por parte de los padres, hace que haya un crecimiento espiritual y humano que será transmitido al paciente, de tal manera que se sentirá cuidado, protegido y atendido en este proceso de cuidar. Esto es lograr resonancias en el cuidado.

*.... brindo apoyo psicológico constante, porque estos recién nacidos muchas veces son separados de sus madres y no sienten ese calor humano, ...las madres se sienten contentas y más aún si los identifico por sus apellidos a cada paciente.*

La enfermera agrega: *Dios ilumina y nos da bienestar y nos ayuda a hacerlo mejor... siento satisfacción, alegría por el logro, porque es en bien del paciente. El recién nacido es dependiente y nosotras somos las que satisfacemos sus necesidades.*

De acuerdo a los discursos, el profesional de enfermería se preocupa por dar lo mejor en el cuidado al recién nacido, está pendiente, está muy cerca de él, proporcionando cuidado, muestra interés y entrega, procura situarse en este proceso de cuidado con una dosis de afecto, empatía, satisfacción, espiritualidad, amor y respeto por la persona haciendo diferente la práctica profesional. Es preciso rescatar al amor que hace referencia la enfermera, dicen: "que administre con amor el tratamiento..." el cual significa que esta acción es realizada con cariño, con fe, esperanza, afecto, y espera que los efectos sean los deseados, como dice Cabral (1997: 55), se habla de amor cada vez que se tiene una conducta en la que se trata al otro como legítimo, en convivencia con nosotros.

Al respecto Montes Valverde (1999), citado en Daza y Torres (2005: 48) afirma que la enfermería como profesión se inició como un acto de amor que se expresa mediante acciones de cuidado que permitan compartir las emociones y expresar los sentimientos, estas expresiones conllevarán a la humanización del cuidado.

De igual modo, Gómez (2003: 38) sostiene que un cuidado de enfermería con empatía, simpatía, diálogo, toque sensible, solidaridad, respeto por la vida entre otros aparece lo humano del ser humano, el rescate del cuidado humano de enfermería que debe ser el estilo predominante del presente siglo.

Es preciso hacer mención los estudios de Daza y Torres (2005: 48) sobre experiencias vividas desde las personas que son cuidadas en la dimensión afecto, refirieron que el afecto se muestra en el interés, contacto, apoyo, responsabilidad y respeto, que debe superar el aspecto físico, agregan que el afecto, es una de las dimensiones del cuidado que contribuyen a la satisfacción, tanto del paciente como de la enfermera. En este sentido, el

afecto debe constituirse en un elemento esencial en el cuidado de enfermería.

Los profesionales de enfermería consideran al recién nacido como si fueran de su familia que está necesitando de cuidado, y refieren que se debe entender la actitud de los padres ansiosos. La acción de cuidar en enfermería es talvez la única acción plenamente independiente, ya que no admite prescripción, pues no se prescribe o se receta como relacionarse, como comportarse. El cuidado podrá ser sugerido, mas no prescrito, ya que es la esencia del ser (Waldow, 2008: 10).

Waldow (2008:149) señala que se debe dignificar a la persona, pues es un ser digno de cuidado, pues el ser humano es un ser complejo por lo que no se puede estandarizar los cuidados, cada persona necesita de cuidados objetivos: presencia física, comunicar, educar, escuchar, hacer, tocar, observar, asistir y los cuidados subjetivos como imaginar, pensar, interpretar, emocionar, intuir y que nos permiten tomar decisiones.

Al respecto, Boff (2000: 17) señala que el cuidado como modo de ser sobrepasa toda existencia y posee resonancias, que son elementos esenciales del cuidado humano como: el amor como fenómeno biológico, la justa medida, la caricia, la cordialidad, la convivencia y la compasión. La ternura vital es sinónimo de cuidado esencial, es el afecto que consagra a las personas y el cuidado que aplicamos a las situaciones existenciales; la caricia constituye una de las expresiones máximas del cuidado, pues debe transformarse en una actitud, en un modo de ser que califica a la persona en su totalidad.

De esta manera, el cuidado deja constancia de nuestro compromiso, de nuestra identidad, de nuestros valores con los pacientes; así la labor de

enfermería no será considerada solo como un trabajo que espera recompensa económica al final de la jornada. El enfoque humano en el cuidado del recién nacido se hará evidente en la medida que se incorporen comportamientos y actitudes favorables que produzcan resonancias como refiere Boff (2000: 17).

El cuidado de enfermería procurará ser ciencia – arte; arte no con las técnicas a la perfección, sino como signos de expresión cultural, creencias, costumbres, comunicación, expresión de sentimientos, comportamientos, sentido común, intuición, identidad y singularidad, es historia presente, es creatividad e imaginación, que permite expresar y recrear el espíritu humano y la vida. La enfermera se convierte en el soporte no solo físico – biológico, sino emocional y afectivo.

Daza y Torres (2005: 49) cita a Forest (1989), quien en su investigación “la experiencia de cuidar” afirma que el cuidar es primero una experiencia mental y emocional que emerge de sentimientos profundos frente a la experiencia del paciente. Poder ponerse en la posición del paciente, es la fuente para que el sentimiento profundo que le permite a la enfermera poner al paciente primero tanto en sus acciones como en su mente, para que el actuar en el cuidado emerja. Del mismo modo, enfatiza que el apoyo involucre una actitud de afecto entre la enfermera y el paciente, da relevancia a los sentimientos individuales e innatos del profesional, que se reflejan en su actuar frente al paciente.

Considerando lo mencionado por los autores, el cuidado significa vivir la experiencia del encuentro con el paciente, el recién nacido, y dedicarse al máximo a su atención como persona, procurando en todo momento que se evidencien las resonancias del cuidado como expresa Boff (2000: 18). El cuidado humano es la esencia de la práctica de enfermería, y debe acompañar al trabajo mecanizado y rutinario, el cual permitirá a la enfermera

vivenciar el cuidado humanizado y cambiar su estado emocional en el momento de cuidar, llevará a su vez a transformar la práctica y el actuar del profesional de enfermería.

Desde mi modo de ver, la información obtenida muestra la realidad del cuidado del profesional de enfermería en el medio hospitalario, se busca en todo momento el cuidado técnico – mecanizado. El cuidado integral del discurso no aparece en su real autenticidad durante la práctica o al realizar el procedimiento médico. El cuidado humanizado todavía permanece imperceptible, su presencia no es efectiva.

Por otra parte, lo mencionado no significa abandonar o descuidar los aspectos técnicos de la práctica asistencial, es enfatizar las características del proceso interactivo, y del componente emocional, de la intuición que caracterizan su dimensión artística, además de la dimensión moral que contiene (Waldow, 2008: 112). Se trata de recuperar la visión humanizada en la teoría y la práctica de la profesión.

#### **4.2.2. El profesional de enfermería en situaciones de no cuidado**

Así como se han identificado situaciones de cuidado resonantes, que configuran el cuidado de enfermería en el recién nacido, en sus diferentes formas de comportamientos y actitudes positivas, expresados por los participantes, que le permiten humanizar los cuidados, también es preciso poner de manifiesto situaciones de no cuidado que producen disonancias, observadas como parte de las deficiencias de la práctica cotidiana.

Muchas de estas deficiencias observadas, hacen notar las divergencias respecto a los discursos referidos por las enfermeras, que dejan oculto a las resonancias del cuidado, se puede precisar:

*“falta de apoyo”, “falta de tiempo”, expresiones como “mucho llora”, “quiere estar tomando leche a cada rato”, actitud de estrés, gestos de incomodidad para cuidar cuando hay un ingreso de paciente.*

Algunos participantes expresaban: “aquí existen colegas que no nos preocupamos por el paciente”. De allí las expresiones que se describen respecto a las disonancias en el cuidado. El lenguaje no verbal y el toque terapéutico carecen de presencia auténtica, indicativos que reflejan la necesidad de recuperar en la práctica el cuidado humanizado. Esto conlleva a detenerse, pensar y reflexionar como las enfermeras hasta ahora realizan cuidado en el recién nacido. Por tanto, los espacios que facilitan la relación enfermera – paciente expresados en sus discursos, deberían ser tomados en cuenta para llevarlos a la práctica.

En este sentido Moya (2006: 5) indica que será necesario que los profesionales reflexionen sobre lo que hacen diariamente, recuperen hábitos muchas veces olvidados e impulsen una formación que no trate únicamente los hechos, sino que recoja también los valores, y capacite al profesional para el manejo de los conflictos morales. Se trata de introducir en su actividad la reflexión sobre valores, el respeto a los pacientes, la obligación moral de proteger a los más débiles, entre otros. Por su lado, Gracia (2006: 21), refiere que todo ello es posible desde la convicción de que un adecuado manejo de valores, no solo les ayudará a mejorar la calidad de su práctica profesional, sino también a aumentar su satisfacción personal en el trabajo y a poder evitar el desgaste.

Desde la perspectiva de Waldow (2008: 84), para que el cuidado se efectivice en su plenitud, la cuidadora debe expresar conocimiento, experiencia en el cumplimiento de actividades técnicas, conjugar expresiones de interés, consideración, respeto, sensibilidad, demostradas por palabras, tono de voz, gestos y toques; esa es la verdadera expresión del arte y de la ciencia del cuidado y ser cuidado.

En la práctica, en el cuidado asistencial es notorio las disonancias del cuidado, se observa la poca presencia de la justa medida, amor, ternura, pues el cuidado surge en presencia de estas formas de expresión, Boff (2000:16) expresa que la justa medida es el camino de mejorar entre el modo de ser del trabajo como exploración y el modo de ser del cuidado como plasmación. Por eso, el cuidado no convive nunca con el exceso, nunca con la carencia, es el punto ideal entre el uno y el otro, la tarea humana es entonces construir ese equilibrio con autocontrol y moderación, mas sobre todo con ayuda del espíritu de vida que nunca falta.

Asi en la práctica cotidiana el recién nacido se aísla de la visión integradora del ser humano, que ahora se intenta rescatar, y se busca unir esfuerzos para colocar a la persona en el centro de la atención y el cuidado. Cuidar al recién nacido es asistir a su llamado (llanto), es encontrar sentido a lo que hacemos, es evitar caer en la rutina como evidencia de mala compañera de la humanización de los cuidados. Situación que significa un verdadero desafío en el quehacer de la enfermera.

La peor dolencia es negar la existencia de cuidado esencial, es volverse cruel consigo misma, cuyo resultado es un proceso de deshumanización y de embrutecimiento de las relaciones, más se debe abogar por la capacidad de enternecimiento y de amor. El cuidado acompaña al ser humano en cada



paso, en cada momento, a lo largo de toda la vida terrenal. Por tanto, siempre es posible crecer en la práctica del cuidado, en cada circunstancia (Boff, 2000:18).

El cuidado se expresa no solo en expresiones verbales, sino también en expresiones no verbales llenos de significado, que siempre están ahí y nos acompañan, como: la postura, el tono e intensidad de voz, la mirada, una caricia, una extendida de mano, una palmadita, un gesto amable e incluso el silencio mismo, situaciones que la persona lo lleva interiormente y que se deberían exteriorizar en cada instante en el proceso de cuidar, este lenguaje no verbal trasmite también información y comunicación, y establece un espacio relacional emocional positiva.

En la teoría de la Enfermería Humanística de Paterson y Zderad (1998: 38) se enfatiza la relación que se establece entre la enfermera y la persona que recibe el cuidado, intentando dar una respuesta a la experiencia fenomenológica vivida por ambos. En este encuentro, ellos se sienten afectados de manera recíproca y la relación va más allá de un encuentro técnico entre sujeto y objeto; sobre esta perspectiva la enfermería se define como una experiencia existencial vivida entre la enfermera y el paciente.

De igual modo la autora agrega, el uso de este abordaje requiere coherencia y autenticidad entre el pensar y el quehacer de la enfermera profesional. Estas actitudes solicitan al profesional que tenga una postura abierta y con disponibilidad para con el otro, lo que se caracteriza en una presencia genuina y un compartir verdadero. Por ello, la presencia auténtica se convierte en una categoría importante, estar con el paciente no solo físicamente, sino espiritualmente, compartiendo sentimientos, observando y percibiendo como un ser único.

De acuerdo con Boff (2000: 17) cuidar significa establecer una relación amorosa con la realidad y con cada ser de la creación, para lo cual se requiere invertir corazón, afecto y subjetividad de esta sensibilidad. Cuidar significa implicarse con las personas y las cosas, darles atención, colocarse junto a ellas, sentirlas dentro del corazón, entrar en comunión con ellas, valorizarlas y comprenderlas en su interioridad. Todo lo que cuidamos es lo que amamos, y todo lo que amamos lo cuidamos.

A partir de los resultados del estudio se puede precisar: cuidar al recién nacido hospitalizado, es cuidar al cuerpo enfermo como un espacio donde se dan experiencias subjetivas y objetivas; lo cual permite comprender la dimensión humana de la persona en la enfermedad. Por tanto, cuidado humanizado en la enfermería asistencial es comprensión de la corporeidad, en tanto forma parte de la identidad de la persona, que le permite, ser, sentir y expresar su mundo interior, esto es la situación del ser humano en la salud y la enfermedad.

## **V. CONSIDERACIONES FINALES**

El trabajo de investigación tuvo como finalidad describir y analizar el cuidado de enfermería en el grupo de recién nacidos hospitalizados, a partir de ello reflexionar sobre saberes y prácticas del profesional de enfermería y presentar una propuesta teórica, para la práctica en el cuidado del recién nacido. El estudio no pretende ser concluyente, pues los resultados cualitativos conducen a seguir investigando para ampliar y profundizar cada una de las categorías propuestas, así como establecer una línea de investigación del cuidado para el recién nacido.

Luego del análisis cualitativo de los discursos se determinó dos categorías de cuidado de enfermería en recién nacidos hospitalizados, la primera: el cuidado del cuerpo enfermo, representada por cambios fisiopatológicos, como consecuencia del saber tradicional hasta ahora enseñado en las escuelas de enfermería en el país, que utiliza la anatomía como valor referencial para clasificar las necesidades fisiológicas y localizar la dolencia del cuerpo. Así, el recién nacido es percibido como la suma de sus partes, es visto como objeto desgastado a lo largo de su existencia.

Desde una perspectiva más amplia e integral el cuerpo cuidado, deberá ser considerado en las dimensiones física, histórico, cultural, ética, estética, emocional, y vivencial, es decir cuerpo – sujeto; porque el cuerpo constituye un espacio donde se dan experiencias subjetivas y objetivas, y son manifestadas a través del cuerpo mediante sus signos y síntomas de la enfermedad, de allí la importancia del lenguaje verbal y no verbal, es decir se pueden comunicar más con las expresiones, gestos que con las palabras.

La segunda categoría, la/el enfermera/o en situaciones de cuidado y no cuidado: esta categoría queda expresada por resonancias y disonancias del cuidado. La primera representada esencialmente por la humanización del

cuidado de enfermería en el recién nacido, configurado por expresiones de afecto, confianza, seguridad, calidez, tener fe y amor. Se considera además como parte de este cuidado el ambiente físico, el confort, la tranquilidad, consideración, preocupación, estar pendiente, estar allí, toque terapéutico y la caricia, situaciones necesarias para crecer en el cuidado.

El afecto se convierte en un elemento fundamental para el cuidado del recién nacido toda vez que esta palabra contiene un amplio significado, en él se incluyen todas las formas de expresión humana, que ayudará a superar la valoración puramente clínica. Los enfermeras(os) señalan: *cuido al recién nacido con amor, procuro hacerles sentir bien, que reciba con amor y fe los medicamentos, para favorecer el bienestar del paciente.*

El contacto humano es otra de las formas de cuidado en el profesional de enfermería, y se evidencia cuando expresan: *con una palmadita, un gesto de amabilidad, tocar la cara para tranquilizar; ayudan a calmar un poco el dolor.* El tacto es de suma importancia porque comunicamos nuestros sentimientos, emociones, damos tranquilidad y seguridad.

Sin embargo, las divergencias son más visibles que las convergencias, al observarse situaciones de no cuidado que producen disonancias, y para eliminar estas situaciones, la asistencia técnica deberá estar acompañada de cuidado humanizado. Estas disonancias quedan manifestadas por carencia de apoyo, falta de tiempo y gestos de incomodidad.

El cuidado de parte o partes del cuerpo enfermo son señales físicas, emocionales, éticas e históricas de la persona enferma, identificado por el profesional de enfermería en sus discursos, pero prioriza las necesidades del cuerpo biológico y fisiológico en su práctica cotidiana, basada en la

observación biopsicosocial, en tanto predominan sus saberes biofísicos y prácticos.

Esta situación es entendida toda vez que la profesión de enfermería en su devenir histórico ha pasado por diferentes posturas teóricas que ha hecho percibir la dolencia y su atención a diferentes formas: religiosa, institucional – clínica, organiza – biológica, lesión anátomo patológica y fisiopatológica, con tratamiento medicalizado para eliminar solo la enfermedad, porque el cuerpo esta enfermo como consecuencia del modo de vida de la persona, y el recién nacido enfermo es una forma de percibir las consecuencias de esta forma de vida.

Con la contribución de diversas teorías y modelos conceptuales en enfermería, el saber académico tradicional ha avanzado sustancialmente, la persona es estudiada desde la concepción biopsicosocial, espiritual y humana, como una forma de comprensión del paradigma holístico. Pero a pesar de los grandes avances en la razón de ser del enfermero: el estudio del cuidado humano y el cuidado a la persona humana, el panorama sigue siendo complejo y a la vez contradictorio, pues en la actualidad el rol cuidador de los profesionales de enfermería esta desmerecido y se ve reflejado en las abundantes críticas que se escuchan de parte de los familiares. De allí, la importancia de seguir reflexionando y avanzando hacia nuevas formas de pensar y actuar en la práctica de enfermería.

Si bien el consenso de investigadores es crecer en los conocimientos de la profesión, se precisa también comprender el mundo de la enfermera en su práctica y sus cuidados asistenciales, significa escucharles como cuidan en los diversos casos clínicos a las personas enfermas, en los diferentes servicios hospitalarios, descubrir con ellas el modelo conceptual que guía su práctica. De esta forma se motivará el trabajo con un pensamiento crítico

reflexivo e interpretativo en el ejercicio profesional como parte de garantizar la calidad de los cuidados y el desarrollo de la profesión.

## ESQUEMA CONCEPTUAL: CUIDADO DE ENFERMERIA EN RECIEN NACIDOS HOSPITALIZADOS





## **PROPUESTA TEORICA PARA LA PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERIA**

Habiendo encontrado en el cuidado del recién nacido situaciones de no cuidado evidenciados por falta de tiempo, gestos de incomodidad, apatía, carencia de información, se proponen algunas situaciones que ayudan a la transformación de esta forma de actuar en el profesional de enfermería.

Surge la necesidad de acercarse a la dimensión humana y holística para transformar el modelo asistencial que guía la práctica cotidiana. Esto significa asumir con responsabilidad el reto de trabajar en todos los niveles del desempeño profesional, en la conceptualización de la enfermería como disciplina y ciencia en construcción, generar nuevos saberes a partir de la práctica, trabajar con visión de ciencia humana, toda vez que la responsabilidad es el cuidado de las personas.

En este sentido, la propuesta se guía por el modelo de la transformación de ideas, de formas de pensar en los profesionales de enfermería desde la formación profesional, la docencia, el ámbito asistencial e investigativo, para dar paso a la integración de saberes, en tanto existe diversidad de enfoques para cuidar a la persona sana o enferma, formas de cuidado, que en la práctica sigue realizándose con enfoque tradicional, centrado en cuerpo – objeto. La conjunción de saberes desde la propuesta estará centrado en la persona, y la asistencia hospitalaria en un cuerpo – sujeto, holístico – histórico.

Del mismo modo, se trata de integrar ideas innovadoras que transformen los cuidados asistenciales del recién nacido, mejorando la calidad y el desempeño profesional, buscar trascender la técnica incorporando una visión totalitaria, integradora y humana (Medina, 2006: 73).

No se trata solo de aprender que, y como es el cuidado humanizado, sino se trata de practicarlo y vivenciarlo, esto es ser más sensible y más humano, y puede realizarse en diferentes niveles:

*En el área asistencial*, el ser humano, el recién nacido será visto en toda su complejidad y desde perspectivas epistemológicas que conceptualicen la persona como un ser holístico, social, cultural, es ver el sujeto histórico, construido por un entramado de relaciones socioculturales y humanos. El cuidado no solamente debe estar orientado a una parte del cuerpo orgánico, si no a su totalidad. Significa tener una visión social, histórica, ética emocional del cuerpo – sujeto/persona con su enfermedad.

La organización de grupos de cuidado al interior de los grupos hospitalarios y académicos se vuelve obligatoria, para que se discutan y se compartan experiencias de trabajo y desde diversas perspectivas se busquen alternativas de solución para el proceso de cambio del paradigma clínico biomédico.

Posibilitar la preparación de enfermeros asistenciales en neonatología para que asuman el reto de cuidar a recién nacidos, ya que se encontró que los profesionales de enfermería tienen deseos de ser capacitados en asistencia al recién nacido, reconocen no estar preparados para cuidarlos y necesitan motivación profesional

El profesional de enfermería facilitará el encuentro en el cuidado del recién nacido, asumirá actitud cálida, flexible y tolerante frente a su desarrollo e tratar de incorporarlo para que participe en sus cuidados, el cual permitirá vivenciar el cuidado auténtico.

Siendo tan complejo el recién nacido, en la práctica asistencial se debería brindar cuidados integrando el saber profesional, y el saber común de la familia. Así la familia del recién nacido no solo será receptor del cuidado, sino que de acuerdo a sus capacidades y potencialidades se convertirá en actores principales de su cuidado.

Desde esta visión, el cuidado del enfermero para el recién nacido en la asistencia hospitalaria puede ser considerado como un modelo de cuidado, teniendo en cuenta que en los próximos años los hospitales elevarán el número de pacientes recién nacidos y se necesitará de nuevos enfoques de cuidado.

*En las instituciones de salud,* promover espacios de reuniones académicas, convocando a enfermeros asistenciales, estudiantes y docentes a participar de reuniones permanentes de reflexión sobre el ser y el hacer del profesional de enfermería, asumiendo posturas teóricas y críticas con la finalidad de reforzar la comprensión del ser de la enfermería y convertir el cuidado en el núcleo central de la profesión.

Por otro lado, propiciar la organización de grupos de cuidado, integrarse en redes de trabajo al interior de las instituciones hospitalarias y académicas, para que se discutan y se compartan experiencias de trabajo, se discuta el avance científico y tecnológico que ha hecho que en la práctica se priorice cada vez más el cuidado tecnológico, se socialicen los avances de la disciplina y desde diversas perspectivas se busquen alternativas para cambiar el paradigma clínico – biomédico, que ha modificado las formas de dar cuidado.

*En la enseñanza superior,* el modelo humanístico centrado en la persona, y con enfoque social, ético y cultural, resulta imprescindible abordarlos ampliamente con los estudiantes. El enfoque humano será

reforzado en la práctica mediante situaciones vivenciadas, simuladas, procurando recuperar el arte, el teatro, el sociodrama, entre otras formas de mostrar situaciones de cuidado humanizado, reflexionando sobre los hechos. De esta manera la enseñanza universitaria se tornará más creativa y recreativa como formas de sensibilización de los estudiantes y docentes.

*En la investigación,* los estudiantes se abordarán con enfoque cualitativo y cuantitativo para esclarecer aún más el significado del cuidado humanizado en enfermería desde diferentes perspectivas y en los distintos campos del actuar de enfermería, y desde diferentes miradas, lo cual contribuirá a seguir avanzando en el mejoramiento del cuerpo de conocimientos en enfermería.

La categoría que preocupa y necesita ser analizado y ampliado a través de la reflexión consciente y profunda de los profesionales de enfermería, son las evidencias de situaciones de no cuidado en la práctica asistencial, y más allá de dar a conocer, es buscar junto con ellas las maneras de abordar el tema y disminuir las actitudes negativas en el proceso de cuidar del recién nacido. Necesariamente estudiar desde la perspectiva de la enfermera, que hacer, como humanizar el cuidado del recién nacido, que situaciones llevan a la enfermera a comportarse de la manera que lo hacen, es para ellas una situación inconsciente, involuntaria, o tiene que ver con situaciones circunstanciales que los profesionales están viviendo en ese instante del cuidado.

Finalmente tenemos que profundizar en el estudio de las dimensiones del cuidado humano en diferentes grupos de edad y en recién nacidos hospitalizados de acuerdo al grado de dependencia y gravedad de su situación, desde perspectivas diferentes.

## **VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABADES, P. 2007. **Los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson**. En Gerokomos vol 18(4): 176 - 180.

ABBAGNANO, N. 1998. **Diccionario de filosofía**. 3ra ed. Edit. Fondo de cultura económica, México.

ALMEIDA, M. y J., ROCHA. 1989. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2da ed. Sao Paulo: Cortez.

BOFF, L. 2000. **Ética del nuevo milenio: justa medida y cuidado esencial**. En Envío vol 216: 15 – 19.

BOHORQUEZ, F. y E., TRIGO. 2006. **Corporeidad, energía y trascendencia somos siete cuerpos**. En Pensamiento Educativo vol. 38: 75 – 93.

CABRAL, E. 1997. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebe: concepções de estudantes e mães no espaço acadêmico de enfermagem**. Teses Doutorado em Enfermagem. Tese doutorado en Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro; Brazil.

COLLIERE, M. 1993. **Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería**. 1ra ed. Edit. Interamericana McGraw-Hill Interamericana. Madrid.

DANILO, H. 1996. **Diccionario básico de filosofía**. 3era ed. Edit. Revista e ampliada. Rio de Janeiro.

DAZA, R. y P., TORRES. 2005. **Análisis crítico del cuidado de enfermería: Interacción, participación y afecto.** En Index Enferm. Vol 14: 48 – 49.

DA SILVA, J. y D., COELHO. 2014. **Los de enfermería: su sentido para enfermeras y pacientes.** En En a vol 37(120): 22 – 28.

DOMINGUES, T. y L., TANAKA. 2006. **A organização e a analise de dados na pesquisa qualitativa.** Em: Matheus M, Fustinoni S. Pesquisa qualitativa em enfermagem. 1ra ed. Editora Livraria Medica Paulista. Sao Paulo.

FIGUEIREDO, N. 2003. **O corpo da enfermeira: instrumento do cuidado de enfermeira, um estudo sobre representacoes de enfermeiras.** Tese doutorado en Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro; Brazil.

GARCIA, A. 2001. **Percepción del maltrato de los pacientes. Congreso internacional sobre cuidado al paciente.** Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima

GOMEZ, M. 2003. **Estilo de cuidar de enfermagem para o cliente con crise asmática aguda na unidade de emergencia do hospital Belen de Trujillo-Perú.** Tese doutorado en Enfermagem. Universidade Federal do rio de Janeiro; Brazil.

GUBA, E. y Y., LINCOLN. 1995. **Naturalistic inquirí.** 1ra ed. Edit. Sage Publications. Beverly Hills.

GRACIA, D. 2006. **Compromiso ético en el desarrollo continuo.** En Jano vol 1: 18- 22.

HERNANDEZ, F. y P., BAPTISTA. 2006. **Metodología de la Investigación**. 4ta ed. Edit. Interamericana McGraw-Hill interamericana. México.

JAPIASSU, H. 1991. **Introdução ao pensamento epistemológico**. 4ta ed. Edit. Francisco Alves. Rio de Janeiro- Brazil.

LARA, M. 1997. **Enfermagem e AIDS: Saber y Paradigma**. En Rev.latin-am.enfermagem, Ribeirão Preto vol 5 (1): 65 – 73.

LE BRETON, D. 2006. **La sociología del cuerpo**. Edit. Nueva Visión. Buenos Aires.

LEITE, A. y P., FREITAG. 2005. **Análisis de contexto del concepto de ambiente, en la teoría humanística de Paterson y Zderan**. En In Index Enferm vol 14(1): 12 – 14.

MARRINER, M. y A., RAILE. 1997. **Modelos y teorías de enfermería**. 3era ed. Edit. Harcourt Brace. España.

MARZANO, M. 2002. **Pensar o corpo (para pensar el cuerpo)**. 1ra ed. Edit. Petrópolis: voces. Brasil.

MEDINA, J. 2006. **La Pedagogía del cuidado: de los reduccionismos pedagógicos a los enfoques reflexivos de la complejidad**. Universidad de Barcelona. Antofagasta.

MERCEDES, A. y F., MERCADO. 2008. **Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud: Una antología Iberoamericana**. 1ra ed. Edit. Universidad de Guadalajara. México.



MINAYO, M. 1994. **Pesquisa social: teoría, método e criatividade.** 3era ed. Edit. Petrópolis: voces. Brasil.

MINAYO, M. 1992. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** En Cad. Saúde Publ. Rio de Janeiro. 8(3): 342 – 348.

MOYA, B. 2006. **Trabajar con personas: reflexiones de la bioética.** Disponible en <http://lmsersopacientes.csic.es/documentos/moya-reflexiones-01.pdf>., consultado 7 de enero 2015.

PAREDES, O. 2003. **Desde la corporeidad a la cultura.** En Revista digital Efdportes vol 62: 25 – 31.

PATERSON, J. y L., ZDERAD. 1998. **Enfermería Humanística.** New York: Asociacion Nacional de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Unibiblos. Bogotá.

RAMIO, J. 2005. **Valores y actitudes de profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya.** Tesis de doctorado en enfermería. Universitat Politècnica de Catalunya. Barcelona.

TELLO, C.; N., GUTIERREZ y C., PEREZ. 2009. **Métodos y Técnicas de análisis cualitativo.** Sección de Postgrado en enfermería. Escuela de Postgrado. Universidad Nacional de Trujillo.

VITORES, A. 2004. **Curso de investigación Cualitativa: Fundamentos, técnicas y métodos.** Disponible en: [http://64.233.167.104/search?q=cache:ZH3X20HFY48J:antalya.uab.es/liniguez/Aula/ic\\_analisis\\_informacion.pdf+analisis+tem%C3%A1tico++investigacion+cualitativa&hl](http://64.233.167.104/search?q=cache:ZH3X20HFY48J:antalya.uab.es/liniguez/Aula/ic_analisis_informacion.pdf+analisis+tem%C3%A1tico++investigacion+cualitativa&hl), consultado 25 setiembre 2013.

WALDOW, R. 2008. **Expresión humanizadora de la enfermería.** 1ra ed.  
Edit. Palabra. México.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DE INVESTIGACION CIENTIFICA

Yo, ....., abajo firmante, declaro que acepto participar en la investigación: “El cuidado de enfermería en recién nacidos hospitalizados”, siendo realizada por la Mg. Enf. Cecilia Reyes Alfaro de la Universidad Nacional de Trujillo, asesorado por el Dr. Ericson Castillo Saavedra.

Tiene como objetivo: Describir y analizar los saberes y prácticas del cuidado del profesional de enfermería en el recién nacido hospitalizado. Por lo cual participare de las entrevistas que serán grabadas por la enfermera en cuanto a mis vivencias. Asumiendo que las informaciones dadas serán solamente de conocimiento de la investigadora y de su asesor, quienes garantizan el secreto, respeto a mi privacidad. Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo mencionados los nombres de los participantes, teniendo libertad de retirar mi consentimiento a cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere algún perjuicio y/o gasto. Sé que de tener dudas sobre mi participación podré aclararlas con la investigadora.

Por ultimo declaro que después de las aclaraciones convenientemente realizadas consiento participar de la presente investigación.

Trujillo, de del 2014

-----  
Firma del informante

-----  
Firma de la investigadora

## ANEXO 2

### GUIA DE ENTREVISTA A LA ENFERMERA

La presente entrevista pretende recolectar información respecto al cuidado de la enfermera en el recién nacido hospitalizado. Solicito su participación con total veracidad teniendo en cuenta que se considerará su anonimato.

Seudónimo:

Lugar:

Fecha y hora:

Grabado en cinta N°:

Se consideró las siguientes preguntas orientadoras:

1. ¿Qué actividades realiza en este servicio?
2. ¿Cómo atiende/ cuida a los recién nacidos que se encuentran hospitalizados?
3. ¿Qué dificultades tiene para atender/cuidar al recién nacido que se encuentra hospitalizado?
4. ¿En que se ha capacitado y que conocimientos posee?
5. ¿Cómo ve el trabajo de sus colegas?
6. ¿Qué sugerencias daría para mejorar la atención/cuidado al recién nacido que se encuentra hospitalizado?

Desea agregar algo más...

### ANEXO 3

#### GUIA DE OBSERVACION A LA ENFERMERA

Técnica: Observación total

Instrumento: Formato (libreta de campo)

Objetivo: recoger información acerca de las actividades de la enfermera durante el cuidado al recién nacido hospitalizado.

1. Lugar:.....Fecha:.....

.....

2. Hora de

inicio:.....Termino:.....

3. Cuidado al paciente

Hora	Actividad	Expresión facial	Expresión verbal	Detalles

