

Universidad Nacional de Lanús
Departamento de Humanidades y Artes
Maestría en Metodología de la Investigación Científica

Título:
“DILEMAS Y PRAXIS”

Subtítulo:
**LOS DILEMAS QUE PERCIBEN LOS ENFERMEROS EN EL CONTEXTO DE
LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS PEDIÁTRICOS, EN RELACIÓN AL
DESARROLLO PROFESIONAL**

.

Nombre Y Apellido:
Silvia Gabriela Pérez

Nombre Y Apellido Del Director De Tesis:
Mg Viviana de los A. Galarza

AGRADECIMIENTOS

La presente Tesis, está dedicada a la persona más influyente en mi carrera, **mi Madre**, quien hace honor a la profesión

Aprovecho esta oportunidad para dedicarle unas palabras a mi hijo, Maty *nunca desde soñar y de concretar con pasión tus sueños*. También a mi Familia, que lo son todo, incondicionales, mi realidad, mi red y compañía.

Agradezco a los colegas que han confiado sus percepciones para lograr este documento, también a aquellos colegas que me han enseñado y a los que he enseñado, con los que soñamos una enfermería empoderada, con los que nos apasionamos por esta hermosa profesión que claramente nos transforma.

Sin duda, en esta última etapa de mi formación a Viviana que bajo su Dirección impulsó y acompañó, con ideas, palabras, correcciones, consejos y salud mental.

A todos los que lean el presente documento, no duden en su potencial, créanse únicos, poderosos, creativos e innovadores, el mundo los necesita.

Lo mejor siempre está por venir...

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	V
OBJETIVOS E HIPÓTESIS	IX
CAPÍTULO 1:.....	14
NO SOLO DEFINICIONES...EL CUERPO TEÓRICO...LA EPISTEME	14
1.1 ENFERMERÍA, DISCIPLINA, PARADIGMA Y PRAXIS.....	15
1.2. ENFERMERÍA, ÉTICA Y DILEMAS.....	19
1.3 FORMACIÓN DE ENFERMERÍA	35
1.4 UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS	44
1.5 PERCEPCIÓN.....	52
CAPÍTULO 2	54
ASPECTOS METODOLÓGICOS	54
2.1-TIPO DE ESTUDIO.....	55
2.2- UNIVERSO Y MUESTRA	59
2.3- MATRIZ DE DATO.....	60
2.4- RECOLECCIÓN DE DATOS	64
2.5- IMPLEMENTACIÓN.....	66
2.6- LA ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN	66
CAPÍTULO 3	68
MÁS ALLÁ DE LOS CAMINOS.....	68
3.1 APROXIMACIÓN AL ANÁLISIS Y VARIABLES	69
3.2 VARIABLE OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN.....	76
3.3 ANÁLISIS DE LAS DISTINTAS DIMENSIONES DE LA ÉTICA.....	85
3.3.1. <i>Análisis de la dimensión Ética en la determinación del tratamiento</i>	85
3.3.2 <i>Análisis de la dimensión Ética en el cuidado</i>	88
3.3.3 <i>Análisis de la dimensión Ética y la enseñanza-aprendizaje</i>	91
3.3.4 <i>Análisis de la dimensión Ética y el sistema de salud</i>	92
3.4 ANÁLISIS DE DISCURSO	93
3.4.1. <i>El discurso desde la formación</i>	97
3.4.2 <i>El discurso disciplinar</i>	99
3.4.3 <i>El discurso y la hipótesis</i>	101
3.5 ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS	101
3.6 MAS ALLÁ DEL CAMINO... LA CONCLUSIÓN.....	103
REFERENCIAS.....	106

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Operacionalización de las variables simples</i>	61
Tabla 2. <i>Operacionalización de la variable compleja propuesta con las dimensiones sin valores</i>	63
Tabla 3. <i>Operacionalización de la Percepción de Dilemas que tienen los enfermeros de la unidad de cuidados críticos pediátricos</i>	77
Tabla 4. <i>Tabla relaciona unidad de análisis y la percepción de los dilemas de los enfermeros en la unidad de cuidados críticos pediátrica, según Dimensión propuesta</i>	80

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. <i>Distribución de frecuencia según edad</i>	70
Gráfico 2. <i>Distribución según formación de los enfermeros</i>	71
Gráfico 3. <i>Distribución de frecuencia según región y tipo de gestión</i>	72
Gráfico 4. <i>Distribución de frecuencia según años de trabajo en la institución</i>	73
Gráfico 5. <i>Multiempleo</i>	75
Gráfico 6. <i>Turnos de trabajo</i>	76

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

CIE	Consejo Internacional de Enfermería
FEPPEN	Federación Panamericana de Profesionales de la Enfermería
FAE	Federación Argentina de Enfermería
CFE	Consejo Federal de Educación
INET	Instituto Nacional de Educación Técnica
OFERHUS	Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud
REFEPS	Registros de Profesionales de la Salud
COFESA	Consejo Federal de Salud
WFCCN	World Federation of Critical Care Nurse
CONEAU	Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria
UCIP	Unidad de Cuidados intensivos pediátricos

Introducción

La humanidad necesita con urgencia un nuevo saber que proporcione el conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia humana y la mejora de la calidad de vida. [...]
Van Rensselaer Potter (2000)

En un mundo cambiante, con cambios vertiginosos a la velocidad de las comunicaciones, las sociedades también se mueven, modificando el contexto, las costumbres, los valores, los paradigmas, los principios, que influyen directamente en las decisiones que se toman continuamente. En este mundo se desarrolla la práctica diaria de la enfermería que debe enfrentarse a estos cambios sociales, culturales y al desarrollo de la biotecnología. Paralelamente a esta situación mencionada, la disciplina de enfermería fue evolucionando en el marco del paradigma de la transformación. Según Kérouac (2010) en el marco de este paradigma la formación de las enfermeras debe darse en el contexto de movimientos históricos y movimientos sociales. Es por ello, que, dada la multiplicidad de las situaciones de la salud, se orienten cuidados reconociendo al ser humano en el seno de la sociedad y en todas sus dimensiones. Sin embargo, desde la cotidianidad surgen situaciones que llevan a pensar y repensar el ejercicio profesional de la enfermería. Desde las vivencias de la propia praxis como docente de los futuros enfermeros, estudiantes o experiencia en los cuidados críticos; surgen todo el tiempo situaciones de dilemas, el cual lleva a los enfermeros a una constante búsqueda de respuestas a los planteos éticos, por ende, es importante realizar una reflexión de la práctica diaria. Se puede afirmar que esta investigación pudo ser gestada en una de esas mañanas mientras se realiza el pase de guardia¹, entre colegas que se trasladan de un empleo a otro y

que deslizan comentarios de una guardia a otra guardia. Podría haberse continuado gestándose cuando algún estudiante se niega a realizar el procedimiento solicitado en el paciente asignado durante su práctica hospitalaria, presentando alguna objeción o quizá en este mismo instante algún enfermero puede estar recurriendo a la objeción de conciencia. Estas pueden ser conjeturas argumentativas que, utilizadas como disparador de ideas, que permiten el desarrollo de una línea de investigación poco desarrollada hasta el momento. Encontrando entonces una oportunidad de aporte al desarrollo profesional y personal.

El Consejo Internacional de Enfermería en diferentes documentos que denominan, declaración de Posición, establecen que “Las enfermeras y otros proveedores sanitarios deben ser debidamente cuidadosos para proteger los derechos de las personas en cuanto a la privacidad y la confidencialidad de la información de salud” (CIE, 2015, p.1), en este mismo documento se instituye que “las enfermeras deben comprender los valores éticos y las implicaciones legales subyacentes a sus propias responsabilidades en relación con los derechos de privacidad de las personas”(CIE, 2015, p.2), así también “las enfermeras tienen la obligación de preservar, respetar y promover activamente los derechos de todas las personas a la salud, en todo momento y lugar” (CIE, 2012, p.3).

El CIE rubrica la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948), la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 2000) y la Carta Internacional de Derechos Humanos (ONU, 1976) que reúne los documentos clave sobre los derechos humanos proclamados por las Naciones Unidas.

Cabe mencionar, que el CIE considera que la atención de salud es un derecho de todas las personas, que es accesible, económico y culturalmente aceptable, independientemente de cualquier consideración financiera, social, política, geográfica, racial o religiosa. En este derecho se incluye el de elegir o rechazar los cuidados y el de aceptar o rechazar el tratamiento o la alimentación; el derecho a ser tratado con respeto, el derecho al consentimiento informado;

con inclusión de verse libre del tratamiento médico no consentido y el derecho a la confidencialidad y a la dignidad, incluido el derecho a morir con dignidad y a verse libre del dolor, la tortura y cualquier otro tratamiento cruel, inhumano o degradante (CIE, 2012).

Frances Torralba (2000) expresa que la enfermera es responsable del acto de cuidado, que se maximice los beneficios hacia el paciente y prevea cualquier riesgo que el mismo pueda correr. Claramente es una línea de investigación disciplinar, que desde el estado del arte del tema se observa con escaso desarrollo, por ende, una oportunidad entre inquietud y vacancia.

Cabe destacar, que la Ética atraviesa la formación de Enfermería, como eje transversal en los distintos niveles de la formación disciplinar. Por ende, la formación de la Enfermería se enmarca en un conocimiento teórico y práctico que es atravesada por el eje Ético, que se coloca de manifiesto en el Juramento Hipocrático que realiza el enfermero al concluir su formación. Desde la praxis surgen tensiones entre el deber ser, deber hacer, nuevas situaciones, muchas no aprendidas, muchas no vividas que ponen en tensión la toma de decisiones y estas decisiones que se adoptan, recaen en los sujetos de cuidados de los enfermeros, las personas, encontrándose claramente frente diversos dilemas. En tal sentido, Louise Terry (2007) quien aborda el tema de los dilemas éticos en los profesionales y que considera que las diversas obligaciones de los profesionales pueden entrar en conflicto y con ello pueden surgir los dilemas, estos se producen cuando hay dos o más posibles explicaciones de una misma situación. En un intento de recortar aún más el problema de investigación no estará sujeta la interpelación de los principios éticos, tampoco se pondrá en juicio el Código de Ética de Enfermería, ni se mensuran las acciones tomadas frente a cada dilema percibido. Tal vez serán estos nuevos puntos de análisis en futuras investigaciones.

En este sentido, Pérez, Ramírez y Ruíz (2012) definen que un dilema ético se presenta cuando el personal de enfermería tiene dos o más alternativas de actuar frente a una situación que plantea un dilema moral, y está relacionado con la responsabilidad que tiene

comprometiendo los principios éticos y valores personales del profesional. Como lo expresa Basso-Musso (2012) quien afirma que:

Desde la Enfermería, resolver un problema ético es similar al Proceso de Atención de Enfermería, se requiere un razonamiento sistemático y prudente. Solo difiere con este último en que el dilema ético requiere: una negociación, una incorporación de las ideas conflictivas y un esfuerzo por respetar las diferencias (p. 268)

La disciplina enfermera, en pleno siglo XXI, se encuentra enfrentando conflictos con dilemas sobre el desarrollo profesional en el contexto de la praxis, la mismas se nutre de cuestiones que responden a constantes preguntas, entre ellas ¿cómo hacemos lo que hacemos?, ¿cómo brindamos los cuidados enfermeros?, ¿cómo perciben los cuidados?, ¿cuáles son las competencias de enfermería?, ¿a quienes cuidamos?, ¿Cuál es la calidad y la seguridad del cuidado?, ¿la simulación y el cuidado?. Estos cuestionamientos, son algunos de los ejemplos de las preguntas que se realizan los enfermeros al intentar desarrollar el conocimiento disciplinar. Siguiendo la trayectoria curricular y con la excusa de desarrollar una tesis de maestría y vivenciando la magnitud de la importancia de la temática, se toma como punto de partida el dilema ético, con el fin de contribuir al desarrollo de la disciplina. El DILEMA ÉTICO surge y se instaura cuando las vivencias de las situaciones del medio asistencial son sentidas de forma contrapuesta, o al menos distinta, entre el paciente y el equipo asistencial, ya sea por razones de conocimiento o de formación / información, por el hecho cultural de cada individuo, de creencias o costumbres, etc. (Meseguer, 2000).

En este sentido se intentará dar luz, sobre algunas cuestiones que están en constante tensión en la práctica profesional, *deber ser, deber hacer*, por lo cual, se intenta establecer ¿Cuáles son los Dilemas Éticos que perciben los enfermeros en el contexto de su práctica diaria en áreas de cuidados intensivos pediátricos de la Fundación Favalaro en la Ciudad Autónoma en marzo de 2019? Para profundizar la temática en cuestión, se pretende caracterizar la población sujeta al

estudio y se plantea también los siguientes interrogantes: ¿Edad de los enfermeros? ¿Cuáles son las instituciones donde se formaron? ¿Qué nivel de formación tienen los enfermeros? ¿Cuánto tiempo de ejercicio profesional tienen?, ¿En cuántas instituciones de salud trabajan?

Sin embargo, es solo una mirada, una aproximación que desde la metodología de la investigación se pretende dilucidar y poner de manifiesto.

Objetivos e Hipótesis

En esta investigación los *objetivos* son:

Principal:

Analizar los Dilemas Éticos que perciben los enfermeros en el contexto de su práctica diaria en áreas de cuidados intensivos pediátricos de la Fundación Favalaro en la Ciudad Autónoma en marzo de 2019

Secundarios:

1. Caracterizar a los enfermeros según edad, sexo nivel de formación, tiempo de ejercicio profesional, años de trabajo en la institución , multiempleo, turno de trabajo, en que desarrollen su práctica en ámbito de la unidad de cuidados críticos pediátricos de Fundación Favalaro en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el mes de marzo del 2019.
2. Establecer los dilemas éticos que perciben los enfermeros en el contexto su práctica de la unidad de cuidados críticos pediátricos de Fundación Favalaro en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el mes de marzo del 2019.
3. Establecer la relación que existe entre el dilema ético percibido y el nivel de formación de los enfermeros que desarrollen su práctica en el ámbito de la unidadde cuidados críticos pediátricos de Fundación Favalaro en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el mes de marzo del 2019.

4. Relacionar dilema ético percibido y el tiempo de ejercicio profesional de los Enfermeros que desarrollen su práctica en el ámbito de la unidad de cuidados críticos pediátricos de Fundación Favaloro en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el mes de marzo del 2019

Hipótesis

Díaz (2011), en su obra “La Grietas del Control” señala “lo que comenzó como un medio para mantener la vida, muchas veces termina siendo una desconsideración con el ser humano que pierde su condición de tal y se convierte en una prótesis de la tecnología” (p.87.), en este sentido, las unidades de cuidados críticos pediátricos es un ámbito complejo donde los profesionales deben asumir responsabilidades complejas y debe tener habilidades, experticias con un sustento teórico. Es entonces donde el cuidado debe evidenciar la calidad y la seguridad de los pacientes siendo en la actualidad un objetivo primordial en el cuidado. La Enfermería debe entonces enfrentar este desafío, como lo destacan Luengo-Martínez, Paravic-Klijnb y Burgos-Moreno (2017) en una revisión sistemática, sobre profesionalismo en Enfermería, al concluir que la participación en formación continua promueve la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades entre las enfermeras, las mantiene informadas de las nuevas tendencias, lo que impactará en su práctica y en la mejora de su confianza. La ética y la conducta ética son componentes trascendentales del profesionalismo: el profesional de enfermería se enfrenta frecuentemente a problemas complejos y dilemas éticos. Como miembro de una profesión, enfermería tiene la responsabilidad de aplicar los principios éticos vigentes para su profesión y no simplemente valores y creencias personales, para resolver conflictos (Robb, 1921).

En este sentido Shön (1992) enfatizó la necesidad de una formación académica para la práctica reflexiva en la que el egresado, en lugar de separar y contrastar el saber teórico del saber práctico, parte del conocimiento en la acción, de la reflexión en la acción y de la reflexión sobre la reflexión en la acción. Por su parte, Winfield, Melo y Myrick, (2009) mencionan que los enfermeros recién graduados que no tienen confianza en el pensamiento crítico y en su capacidad de tomar decisiones durante el desarrollo del cuidado, en este sentido Medina-Moya y Parra Castillo (2006) destacaron la necesidad de una formación de profesionales de enfermería reflexivos que respondan de manera competente a la práctica.

Cabe mencionar que , Ruiz de Gauna, González Moro y Morán-Barrios (2015), en la revisión bibliográfica realizada, citan a varios autores que coinciden en que el profesional de enfermería recién inserto al área clínica no utiliza la totalidad de las habilidades del pensamiento crítico, por lo tanto, sus acciones se basan en la toma de decisiones desviadas del accionar reflexivo.

Frente al problema planteado, a lo expuesto en los párrafos anteriores puedo poner en juego la siguiente hipótesis sustantiva al declarar que *a mayor formación académica mayor percepción de dilemas en los enfermeros que realizan su praxis en las unidades de cuidados críticos pediátricos*, constituyéndose así la hipótesis central de la investigación.

La presente tesis está desarrollada en seis capítulos:

El primer capítulo concentra el posicionamiento disciplinar recorriendo los aspectos epistemológicos disciplinar y concluyendo en el estado del arte del problema de investigación.

En el capítulo número dos se plantea claramente el problema de investigación con los supuestos teóricos que permitirán abordar el problema.

En el capítulo número tres se realiza el desarrollo metodológico para el abordaje. Por último, en el capítulo número cuatro se presentan el análisis y conclusión de la presente tesis.

Como Antecedentes de esta investigación, se puede mencionar, que hay vacancias sobre la temática, sin embargo, se citan a continuación, artículos que contribuyen al marco teórico, entre los que se destacan el trabajo realizado por Basso-Musso (2012). Enfermería y la resolución de los dilemas éticos Investigación y Educación en Enfermería, si bien no es una investigación y es claramente un ensayo literario que lleva al basamento teórico la ética en enfermería, permite recorrer entre sus párrafos parte del sustento teórico de la presente tesis. es un trabajo que hace un aporte a la disciplina.

Es destacable el estudio realizado por Guardia Mancilla et al. (2018), Percepciones de los profesionales sobre la atención prestada, obstáculos y dilemas éticos relacionados con el final de la vida en hospitales, centros de atención primaria y residencias de ancianos , el objetivo comparar la percepción de la práctica profesional, los obstáculos percibidos y los dilemas éticos de profesionales de medicina y enfermería en la atención al final de la vida en atención primaria, atención hospitalaria y residencias de ancianos. Material y Métodos: Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. Se realizó un muestreo intencional de profesionales de medicina y enfermería con más de 4 meses de antigüedad de cuatro hospitales, cinco centros de Atención Primaria y 29 residencias de Granada. Se recogió mediante cuestionario ad hoc, la percepción de práctica profesional en 8 dimensiones (estructura y procesos, aspectos físicos, psicológicos, sociales, espirituales, culturales, éticos y cuidados del moribundo). Conclusiones: Atención Primaria y hospitalización presentan resultados similares la percepción de la atención al final de la vida, e inferiores a los de residencias de ancianos, pese a que en estos centros se presentan más dilemas y obstáculos, los aspectos psicológicos y éticos fueron los peor valorados en todos los contextos. En esta línea es importante destacar el trabajo colaborativo coordinado por León Correa (2014), Dilemas éticos en Atención Primaria de Salud en Latinoamérica, que reúne las investigaciones que se realizaron en diferentes países y

recomienda en este sentido que Argentina participe en este tipo de investigaciones multicéntricas.

En tanto saliendo de la atención primaria de la salud, Escobar-Castellanos y Cid-Henriquez, (2018) realizan una investigación con el objetivo de analizar los aspectos éticos que influyen en el cuidado de enfermería, ocasionados por el avance de la tecnología en los servicios de salud. Para lo cual hace un desarrollo teórico de los aspectos más importantes del cuidado, la profesión y la práctica, llegan a la conclusión, que Enfermería debe evidenciar el cuidado humanizado en todas las acciones que ejecuta, aplicando el saber ético, actitudes y valores hacia la persona a cuida. En esta línea Rodríguez Abrahantes y Rodríguez Abrahantes (2018), realizan una revisión sistemática para desarrollar un análisis crítico reflexivo del contenido de documentos, donde se consideraron libros, artículos originales y de revisión. La estrategia de búsqueda adoptada fue la utilización de las palabras clave "enfermería," "cuidado" y "ética". Concluyeron que la enfermería posee una carga ética importante, el cuidado al enfermo constituye su razón de ser, está íntimamente ligado a principios éticos que, en su ausencia, desvaloriza la esencia de tan humana profesión. No hay escenarios donde se presten servicios de enfermería sin que los principios éticos de beneficencia, autonomía, justicia, responsabilidad, estén al servicio del mejor cuidado brindado al paciente.

Pino Armijo, San Juan Hurtado y Monasterio (2014) realizan una investigación con el objetivo de realizar una revisión bibliográfica de las implicancias éticas en la atención del niño gravemente enfermo en la unidad de cuidado intensivo pediátrico, en la conclusión plantea la incapacidad para reconocer y comprender la muerte como algo natural hacen cada vez más difícil establecer el límite entre un tratamiento proporcionado y uno desproporcionado, en este sentido surge el “encarnizamiento terapéutico” y se introduce el concepto de "limitación del esfuerzo terapéutico".

Capítulo 1:

No solo definiciones...el cuerpo teórico...la episteme

Las mejores competencias técnicas profesionales son anuladas por la ruptura del respeto interpersonal y priva a la persona cuidada de palabra para defenderse, porque aparecen entonces las realidades de las represalias y la persecución en los cuidados.

A todos, les pido centrarse sobre las fuerzas de la vida, la movilización de sus recursos vitales en el respeto de la persona y de la humanidad, para promover los cuidados y promover la vida”

Françoise Collière (1986)

1.1 Enfermería, disciplina, paradigma y praxis

En el marco de un encuentro multidisciplinar, Páez Pinilla (1998) define que la Enfermería es una profesión práctica y al mismo tiempo humanística, posee una mezcla de las ciencias experimentales y teóricas. Tradicionalmente se ha identificado a Nightingale², como la Madre de la Enfermería Moderna, siendo la primera enfermera teorizadora al preocuparse por el ejercicio y la formación de las enfermeras, así también, describió algunas de las actitudes éticas que debe llevar adelante la Enfermería, vigentes hoy en día.

La praxis de enfermería requiere de profesionales capaces de satisfacer las necesidades de cuidados de las personas y las comunidades en los distintos momentos evolutivos y frente a las distintas situaciones de salud-enfermedad. Debe dar respuesta oportuna en un entorno de seguridad desde una mirada holística y totalizadora. Kérouac et al. (2010) define que “el objeto de nuestra esencia es el cuidado” (p. 15), establece que el cuidado implica varios aspectos

como: los afectivos, estos hacen referencia a la actitud y el compromiso; los técnicos a la identificación del significado de cuidado para la persona que lo otorga y lo recibe; la intención y la meta que persigue como profesional. La formación del recurso humano en enfermería impone una currícula que pueda satisfacer las necesidades de la comunidad en virtud del rol de la enfermería, coincidentes con el patrón de conocimientos descritos por Carper (1978). Estos patrones implican cuatro aspectos: el empírico o ciencia de enfermería, el ético o componente moral, el estético o arte de enfermería y el conocimiento personal, dando base conceptual a la formación de la enfermería, los mismos no aumentan el conocimiento, solo le dan forma a lo que deben conocer los enfermeros.

La profesión Enfermera, es una profesión básicamente humanística, con un objeto de cuidado que es el otro en relación a sus necesidades observadas (Kérouac et al., 2010). Por ende, en el contexto del ejercicio profesional se podría dimensionar diferentes fuentes de tensión, que implican situaciones que a simple vista no puede resolverse y deben ser observadas o resueltas con las herramientas profesionales que hayan adquirido los enfermeros. Por tal motivo, es entonces importante pensar en estas cuestiones que tensionan el ejercicio profesional, entre ellas el ámbito laboral, el contexto social, el avance científico y que presenta dilemas en la prestación del cuidado, entendiendo por cuidado según Collière (1986), cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud enfermedad estando presente, son acciones invisibles. El término disciplina, es definido como la perspectiva única, la forma distintiva de ver el (los) fenómeno(s), la cual precisa, en última instancia, los límites y naturaleza de su interés (Oxford, s.f.).

El sustento teórico de la enfermería comienza a desarrollarse y adquirir mayor precisión y validez con estudios de investigación desde hace un poco más de cien años, a partir de las reflexiones y los trabajos de observación, recolección y análisis de datos que hizo Nightingale

(Garzón Alarcón, 2005), en los hospitales donde prestó sus servicios y que le sirvieron para sustentar sus proyectos de mejoramiento de los servicios de salud. Sin embargo, es apenas hacia la mitad del siglo pasado cuando en verdad se concreta con el estudio sistematizado de la enfermería, con resultados de investigaciones realizadas con rigor metodológico y la formulación de varias propuestas de modelos teóricos, filosóficos y teorías de enfermería que dan sustento a la práctica.

En este sentido, se vuelve imprescindible hablar de paradigma (Kuhn, 1970), que expresa un patrón que debe de ser seguido en el campo social o científico, es decir, en una misma comunidad científica; los paradigmas expresan las creencias, los valores y las técnicas compartidas por un grupo de científicos y están influenciados por los factores culturales, políticos, económicos y sociales. En general, el término paradigma se refiere a la forma como percibimos y actuamos en el mundo (Kuhn, 1970).

Según Kuhn (1970) los paradigmas de una disciplina científica preparan al personal básicamente para la práctica con el objeto de definirla y guiarla, por lo que las teorías ayudan a la práctica, mediante bases teóricas, filosóficas y modelos conceptuales. De acuerdo a las corrientes del pensamiento se han descrito hasta el momento tres tipos de paradigmas (Marriner Tomey y Alligood, 2007). Entre ellos se describen el *Paradigma de categorización* (1850- 1950), básicamente inspirado en el modelo biologicista³ que se relaciona causa - efecto y en líneas generales el sujeto de cuidado⁴, se lo considera como la suma de sus partes, se lo aísla en grandes centros, entre ellos, hospitales donde se separan a las mujeres de hombres, a las personas se las interna según su enfermedad (renal, respiratoria, trastornos cardiacos), el

¹ El pase de guardia consiste en el traspaso de novedades entre los enfermeros al finalizar o al iniciar la guardia. Este pase de novedades se realiza en forma oral y en forma escrita. Cada organización tiene la sistemática de pase de guardia

² Florence Nightingale nació en Florencia, Italia, el 12 de mayo de 1820 y es considerada una de las pioneras en

la práctica de la enfermería. Se le considera la madre de la enfermería moderna y verdadera creadora de una filosofía en la enfermería. La filosofía de la enfermería explica el significado de los fenómenos observados a través del análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. Así pues, en esta categoría se han incluido los primeros trabajos que precedieron o condujeron a la construcción de los modelos teóricos y al desarrollo de los conocimientos en esta disciplina definiendo las bases de los futuros trabajos. En cambio, los modelos conceptuales (estructuración de ideas y teorías) comprenden los trabajos de las llamadas grandes teorías o pioneras en el campo de la enfermería. O sea, un modelo conceptual ofrece un marco de referencia para sus seguidores. (Young, Hortis De Smith, Chambi, y Finn, 2011).

³ A finales del siglo XIX y comienzos del XX, se empieza a observar un desplazamiento de la concepción biológica de la salud, hacia una idea de salud como un factor de desarrollo. El proceso biológico se empezó a mirar como un hecho ligado a las condiciones que rodean la vida humana, y la epidemiología se vio abocada a cambiar de la unicausalidad hacia la multicausalidad. (Vergara Quintero, 2007)

⁴ “Cuidado” es la acción o el arte de proporcionar los instrumentos que sirvan para mejorar o aliviar la enfermedad, sino que, en una visión más amplia, debería entenderse como la acción de proporcionar el mayor bienestar, ya sea físico, psíquico o psicosocial a la persona. (Prieto Parra, 2007).

sujeto de cuidado es considerado como un paciente, entendiendo desde este lugar que el paciente incluye al individuo, familia y comunidad e identifica al receptor o receptores de los cuidados, esperan, pacientes, sin posibilidad de decisión, divididos en varias partes, reconocidos por el aspecto biológico, por el proceso de enfermedad . Este paradigma tiene dos grandes orientaciones, una incipiente salud pública y el gran desarrollo del estudio de las enfermedades, debido al descubrimiento de fármacos y al desarrollo de la historia natural de la enfermedad⁵. El *Paradigma de integración* (1950-1975), gracias al desarrollo disciplinar y al surgimiento de algunas teorizadoras, el sujeto de cuidado es considerado como parte del cuidado y no como la suma de sus partes. Donde la Enfermería, pone de manifiesto su diferenciación dentro de la medicina con un método propio de cuidado, que está dirigido a mantener la salud de las personas en diferentes dimensiones, entendiendo a la persona como un todo, reconociendo dimensiones de interacción con el medio o entorno que lo conforman, considerando otras dimensiones, como ser, políticas, económicas y sociales .Este paradigma se ve influenciado por el contexto, los cambios científicos, con exponentes como Maslow, Ericson, así también el desarrollo disciplinar surgen algunas teorías y propuestas filosóficas, entre las que encontramos a Peplau (1952), Henderson (1955), Orem (1960), Hall (1961) , Kin (1968), Rogers (1970), Roy (1971), en este paradigma se observa una revolución de la enfermería. Por último, el *Paradigma de la transformación* (1975-siglo XX), que es el vigente, considera a la persona como un todo y con derechos al cuidado, donde cada persona es única e irrepetible, en las distintas dimensiones del cuidado, donde se acentúa “cuidado holístico”. En este sentido Siles González (2000), define al Cuidado como el producto de la reflexión

4 Es el curso de la enfermedad desde el inicio hasta su resolución. En otras palabras, es la manera propia de evolucionar que tiene toda enfermedad o proceso, sin ninguna intervención médica. Hasta el siglo pasado, los clínicos podían observar con facilidad la historia natural de las enfermedades, ya que no contaban con muchos avances para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Con el avance de la ciencia, es difícil que los médicos actuales observen la historia natural de las enfermedades. En 1965, los autores

Leavell y Clark crearon un paradigma o modelo de la historia natural de la enfermedad y lo relacionaron con los niveles de prevención.

- 5 4Esta representación gráfica puede ser aplicada a cualquier tipo de enfermedad ya sea transmisible o no transmisible, aguda o crónica. (EtzelC2, 2011).

sobre las ideas, hechos y circunstancias (reflexión teórica, práctica y situacional) relacionadas con el proceso optimizador de las necesidades de salud que garantizan la integridad y la armonía de todas y cada una de las etapas que constituyen la vida humana”. Este paradigma acentúan una visión de componentes filosóficos, epistemológicos e ideológicos, en el sentido de favorecer al individuo en el ejercicio de su cuidado desde una perspectiva social y profesional, para atender las necesidades de salud actuales y futuras de la población, propiciando transformación, cambios en la atención al proceso, mejoras en condiciones espacio-temporales, inducir a la búsqueda de la información y de nuevos conocimientos, vinculando está en la comunicación educativa. El paciente ya no es paciente, es sujeto de cuidado, con todos los derechos y atribuciones del ser humano, que experimenta situaciones de salud en completa interacción con la enfermera, bajo este paradigma surgen destacadas teorías y filosofías disciplinares, Leninger (1978), Watson, (1979), Perse (1981), Meléis (1987) Swanson (1991). Según la afirmación anterior “Un paradigma expresa un patrón que debe de ser seguido en el campo social o científico”, es seguro que se está gestando un nuevo paradigma, que podría llamarse “*Paradigma del cuidado*”.

1.2. Enfermería, Ética y Dilemas

En los inicios del siglo XXI,

“la medicina y la enfermería siguen siendo profesiones cuyo objetivo principal es el cuidado integral de la persona, familia y comunidad, ayudando a promover, mantener y restablecer la salud, aliviando el sufrimiento y preparando para una muerte serena, cuando ya la vida no puede ser prolongada con dignidad” (Suarez, Telles, Hernández, 2002, 72).

Al respecto la Asociación Colombiana de Enfermería (Sepulveda Carrillo, 2016), expresa que el ejercicio profesional en enfermería se orienta al cuidado de las personas en diversos

escenarios: en el área asistencial, en las comunidades, en el ámbito administrativo y gerencial, en la investigación y en la docencia entre otros. En este sentido y en el marco de la presente tesis es imposible hablar de Dilemas Éticos si no hacemos algunos señalamientos sobre ética, por ende, se desarrolla a continuación.

Desde Sócrates (470 a.C. - 399 a.C), Platón (427-347 a. C) y Aristóteles (384 -, 322 a. C), a Kant (1724- 1804) luego con el replanteo teológico de Santo Tomas de Aquino, el tema de la Ética tiene su desarrollo y preocupación. En este sentido es necesario exponer a los *Padres de la Filosofía*, con la intención de describir los elementos trascendentes, de estos filósofos que pueden permitir un mejor vislumbra miento de la ética. Empezar con Sócrates siendo caprichoso este inicio, ya que existieron otros antes, los que la historia de la filosofía a denominado los presocráticos.

En un intento de hacer una breve presentación del significado de la ética de los padres de la filosofía, siendo la ética una rama de la filosofía, se debe recordar a Sócrates, que nació en Atenas en 470 a.C. Si bien no ha dejado un legado escrito, se puede decir que el centro de su interés era el ser humano y la sociedad, tal vez inspirado en algunos filósofos que lo precedieron Empédocles, Diógenes de Apolonia y Anaxágoras. Su legado estuvo a cargo Aristófanes o Platón, que suscitan el llamado problema socrático, es decir, la fijación de la auténtica personalidad de Sócrates y del contenido de sus enseñanzas. Desarrolla el método Socrático, denominado “dialéctica”, que establece por dos momentos: la ironía y la mayéutica, este método le permite llegar al conocimiento y este conocimiento permite “vivir”, en este sentido es llamada la ética socrática "intelectualista": el conocimiento se busca estrictamente como un medio para la acción. De modo que, si conociéramos lo "Bueno", no podríamos dejar de actuar conforme a él; la falta de virtud en nuestras acciones será identificada pues con la ignorancia, y la virtud con el saber, se podría concluir que el fin último es la sabiduría.

En tanto que Platón (427-347 a. C.) se lo identifica por su obra, por la creación de la “Academia” y al desarrollo del mundo de las Ideas (Alegoría de la Caverna⁶). Destacado alumno de Sócrates, situación que le permitió en algún momento desarrollar el legado del maestro y diferenciarse también. Claramente propone que la Razón debe permitir el logro del propósito de la vida, la Verdad, el Bien, la Belleza. Platón sugiere que las ideas surgen del mundo inteligible. Claro esta desarrolla su pensamiento entre dos mundos, inteligible y sensible, en esta línea Platón propone entonces que la Idea de Bien como el objeto más adecuado para el alma y causa de la realidad, perfección y verdad de las cosas, desarrollada en varias de sus obras.

En relación con Aristóteles, Nació en Estagira (actual Stavros), Macedonia, en el año I de la Olimpiada XCIX, hacia el año 386/385 o 384 a.c., hijo de Nicómaco, médico personal del rey de Macedonia Amintas III, con la muerte de su padre y de su madre se trasladó con 17 años a Atenas y se incorpora a la academia de Platón, siendo de esta forma un gran discípulo. Aristóteles sostiene que el objeto del ser humano se identificaba con el logro de la Felicidad, claro que el objeto más importante es como se llegaba a esta felicidad. Esta felicidad se logra desarrollando las facultades intelectuales y la vida virtuosa. En su obra, *Ética a Nicomaco*:

(...) la virtud es, pues una disposición selectiva que consiste en termino medios en relación con nosotros, definido por la razón y como lo decidiera un hombre prudente. Posición intermedia entre los vicios, el uno por exceso y el otro por defecto. Y, así unos vicios por defecto y otros por exceso de lo debido en pasiones y en las acciones, mientras que la virtud encuentra y elige el término medio (Aristóteles, 349 a.c).

Según Aristóteles (349 a.c) se puede reflexionar que las personas se orientan a obrar de una forma determinada, donde toma posición al respecto, claro de forma prudente, esta prudencia

⁶ Se desarrolla en un Diálogo entre Platón y Sócrates, sobre un grupo de hombre obligados a ver una pared de la caverna que refleja sombras que otro grupo de hombres muestran, además de poseer cadenas estos hombres no se atreven a ver otra cosa, hasta que uno de ellos, sale de las cavernas hasta advertir la luz que irradia y al mismo tiempo muestra sombras a los hombre que han quedado en la caverna. (Plantón, 1992)

se deriva de la razón, desde la mirada Aristotélica⁷ surgen dos tipos de virtudes la intelectual y la moral, ambas íntimamente relacionadas.

En el siglo XVIII, Kant trajo al mundo conceptos como libertad, autonomía y desarrollo su pensamiento Filosófico y ético embebido en estos conceptos, que lo llevo a describir la Ética y la Razón. En este sentido, propone que lo único moralmente bueno es una buena intención y conforme al deber ser. Para afrontar el reto imperante en su contexto describe entonces la Ética Formal y la Ética material⁸. Desarrolla en la Metafísica de la ética de 1797 su sistema ético, basado en la idea de que la razón es la autoridad última de la moral. Sus ideas éticas son el resultado lógico de su creencia en la libertad fundamental del individuo, como manifestó en su Crítica de la razón práctica (1788).

Entonces se puede pensar en el contexto actual, donde se propone formas de actuar, formas de pensar, se debe actuar conforme a la ética profesional, recurriendo a las herramientas de la disciplina.

No esta ajena la Ética en el desarrollo disciplinar de Enfermería desde Naigthingale⁹ (2005) a Morrone (2008). Cabe mencionar, no es intención de la presente establecer la tensión

⁷ Para Aristóteles hay dos tipos de virtudes humanas, unas éticas (*ἠθικὴ*) o morales, que consisten en dominar las tendencias e impulsos irracionales, propios del alma sensitiva, y otras que corresponden a la parte racional, y que el Estagirita llama dianoéticas (*διανοητικὴ*) o intelectuales (Aristóteles, s.f.).

⁸ Las éticas materiales suponen que hay bienes, cosas buenas para el hombre, y determinan cuál es el bien supremo o fin último del hombre (el placer para Epicuro, la felicidad virtuosa para Aristóteles, etc.) Según cuál sea el bien supremo, la ética establece normas o preceptos con el fin de alcanzarlo. (Aristóteles, s.f.).

Toda ética material tiene contenido, en este doble sentido: 1) hay un bien supremo 2) se proponen los medios para alcanzarlo. Kant rechaza las éticas materiales, pues presentan deficiencias. En primer lugar, son empíricas, es decir, a posteriori. Su contenido está extraído de la experiencia. Por ultimo son heteronomas. es decir la voluntad es determinada a obrar de un modo u otro por el deseo o inclinacion a algo como por ejemplo el placer. (Aristóteles, s.f.).

La ética formal se limita a señalar cómo debemos obrar siempre, se trate de la acción concreta de que se trate. Un hombre actúa moralmente, según Kant, cuando actúa por deber. El deber es, según Kant, “la necesidad de una acción por respeto a la ley” es decir, el sometimiento a una ley, no por la utilidad o la satisfacción que su cumplimiento pueda proporcionarnos, sino por respeto a la misma. (Aristóteles, s.f.).

⁹ De los tiempos de Nightingale (1820-1910), en su libro Notas de Enfermería (2005) asumía el tomar cargo de la salud de la persona o individuo y situarlo “lo mejor posible”, y permitir que la naturaleza actúe. Esta descripción sirvió para clarificar el concepto de salud y ambiente, dos conceptos centrales en enfermería. Posteriormente, otras definiciones fueron hechas; asociando el único rol de enfermería y pacientes con el rol del cuidado, y cuando los pacientes no son capaces de cuidarse por sí mismos debido a problemas de salud, las enfermeras proporcionan ese cuidado.

existente entre Moral y Ética, solo se establecerán las bases que sustentará la presente investigación. Al respecto, es indudable que el término *Ética* deriva del griego *ethos* (eqos) que significa principalmente carácter, usos, costumbres. Durán Villalobos (2005) refiere que lo moral y lo ético se confunden muchas veces y se utilizan también como sinónimos en la literatura de enfermería, entre estos dos términos refleja la tensión entre la epistemología y la ontología, que se traduce en la dificultad de separar lo que sabemos o conocemos, de lo que somos. En general, la ética se refiere a aspectos epistemológicos, lo moral se refiere a lo ontológico. La ética es una disciplina, una rama del conocimiento que trata sobre lo correcto-incorrecto, el bien-el mal y por ello existen teorías éticas, principios, reglas, códigos, leyes, listas de obligaciones o deberes y descripciones de comportamientos éticos¹⁰. Gracia, Caro y Martínez Martín (2007) postula que la ética no es un problema de conocimientos, ni comportamientos, sino de actitudes y de valores, menciona que la calidad de la práctica clínica no será buena, si la corrección técnica no va acompañada de una adecuada toma de decisiones morales por parte del personal sanitario. De esta manera se establece lo que es la ética para los profesionales de la salud.

Entre los autores que se indago sobre la percepción se encuentran a Bezerra Chaves y Komatsu Braga (2009) que se centró en la percepción de la ética percibida por los enfermeros en la terapia intensiva, donde los dilemas percibidos se relacionan con la muerte, el final de la vida, el sostenimiento de la vida, la situación de la familia. Otros autores Garduño, Muñoz, Olivares (2010), indagaron sobre los dilemas que observaron en las terapias intensivas neonatales definiendo que la forma de resolver era lo relevante al no encontrar herramientas

¹⁰ Entre ellos tenemos el Código de Ética, al que adhiere la Federación Argentina de Enfermería, que establece desde los principios éticos, lo que debe hacer la enfermería y lo relaciona con actitudes esperadas con la disciplina, con otros profesionales, con la práctica y claro con nuestro objeto de cuidado. Se destaca en esta línea los documentos del Consejo Internacional de Enfermería y los documentos de Declaración de interés y claro esta las leyes y normas nacionales, como la Ley de Derechos de los pacientes, N° 26.529 promulgada de hecho el 19 de noviembre de 2009 se sanciona la Ley de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. Que por Ley N° 26.742 promulgada de hecho el 24 de mayo de 2012 se modifica la Ley N° 26.529, Derechos de los niños entre algunos. Cada uno de los compromisos normativos a los que adhiere la enfermería nacional.

para enfrentar los dilemas que se les presentaron en esos ámbitos de cuidados. Martínez Zuluaga (2012) abordó la percepción del dilema en el ámbito de las unidades de cuidados intensivos, profundizando sobre el clima hospitalario. Entendiendo que a partir del clima organizacional se determina las tensiones observadas que impondrán los dilemas que deberán enfrentar los miembros de dicha organización. Siendo este una investigación profunda que aborda diferentes dimensiones y que exhorta a continuar con el desarrollo de este tipo de investigaciones que evidencian el ejercicio profesional y que en definitiva repercuten en la salud de la sociedad.

Monteiro et al. (2008) realizaron una interesante revisión sistemática en artículos de enfermería, con el objetivo de identificar los dilemas éticos de la enfermería a partir de publicaciones, en el período de 2002 a 2006. Encontraron cuarenta publicaciones, de las cuales fueron seleccionadas diecisiete. Al analizarlas permitieron diferenciar arribando a la conclusión que se necesita realizar otros estudios que pongan en evidencia nuevos dilemas éticos vivenciados por enfermeros. Por lo descripto, estas investigaciones han podido contribuir en el cambio de actitud, que implicaría en mejorar la calidad de la práctica profesional.

Se han estudiado percepciones Éticas desde el rol de estudiante y desde los pacientes como depositarios del cuidado enfermero, también Grupos de investigaciones de enfermeros han desarrollado aproximaciones en la Ética del Cuidado y varias organizaciones de enfermeros propicien el estudio de la Ética profesional.

Cabe mencionar, que en las investigaciones que buscan el aporte de los estudiantes en la percepción de dilemas éticos, se encuentra a Gordillo Campos (2005) en su tesis doctoral encuentra mensurado algunos dilemas y que llega a la definición de la necesidad de elaborar nuevas investigaciones al respecto. Cabe destacar, que, en Argentina, las enfermeras no han desarrollado aun esta línea de investigación encontrando así una vacancia sobre el tema o una

oportunidad, de conocimiento y de aprendizaje. Por lo cual, seguramente en este preciso instante se están observando estos temas con la lupa de la investigación enfermera.

Una línea de investigación importante en Enfermería desarrollo la Ética de los cuidados con máximas expositoras como Gilligan y Nodding, las que dieron origen a la noción de ética del cuidar, ambas publicaron sus obras, Gilligan (1982) y Nodding (1986). En esta línea, Davis (2011), en una de sus obras se plantea “El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar”. Cabe acentuar, que, al realizarse un recorrido en el tiempo de las teorizadoras enfermeras, en sus conceptos de ética y cuidado, enfatizan la necesidad de enseñar Ética del cuidado en las Escuelas de Enfermería y profundizar las investigaciones al respecto. Por ende, la disciplina de Enfermería desde el marco teórico, filosófico y pragmático contiene el aspecto ético de una disciplina profesional, uno de los principales objetivos de la ética enfermera es inspirar y examinar cuáles son las decisiones y las acciones éticamente correctas en situaciones en las que se requiere optar entre dos o más alternativas “poco deseables”.

Según Meseguer (2000) el Dilema Ético surge y se instaura cuando las vivencias de las situaciones del medio asistencial son sentidas de forma contrapuesta, o al menos distinta, entre el paciente y el equipo asistencial, ya sea por razones de conocimiento o de formación / información, por el hecho cultural de cada individuo, de creencias o costumbres.

Ahora bien, en relación con el concepto (Thompson, Melia, y Boyd, 1994) de *dilema ético*, Terry (2007) propone abordar el tema de los dilemas éticos en los profesionales, considerando que las diversas obligaciones de los profesionales pueden entrar en conflicto y con ello pueden surgir los dilemas, estos se producen cuando hay dos o más posibles explicaciones de una misma situación. Según Pattison (2001) define que los problemas éticos suelen tener un origen multifactorial, pueden estar influidos por distintas variables e incluir cuestiones con grandes dosis de especificidad contextual, por lo que su abordaje también debe plantearse desde

diferentes visiones y perspectivas, que puede requerir utilizar múltiples herramientas, incluidos los códigos éticos. Basso-Musso (2012) establece que la dimensión técnica de los actos enfermero, se refiere a que la obra realizada sea buena en términos de su eficacia, la dimensión ética se refiere al bien o a lo bueno de la persona que obra, es decir, a que el sujeto que realiza esa acción se haga bueno o se perfeccione como persona mediante sus acciones. Así, esta dimensión ética, inherente al Cuidado de Enfermería, incluye el tener que decidir sobre los dilemas que se presentan, considerando una perspectiva ética.

Al presentarse el Dilema se recurre al pensamiento formal y se busca respuesta entre lo conocido, los elementos teóricos que pueden darnos respuesta a las inquietudes planteadas. Los mismos son los Principios Éticos y el Código de Ética, que permiten tomar decisiones, estas decisiones claro está, llevaran a la responsabilidad profesional de los actores.

En este mundo cambiante que olvida los valores personales y sólo busca la maximización de los resultados y se convierte en un fin en sí mismo , pasa a ocupar el centro del mundo asistencial, que tiende a desplazar a la persona como centro de la atención. El enfermo pierde sus rasgos personales e individuales, se prescinde de sus sentimientos y valores y se identifica con sus rasgos externos y accidentales, es decir, refiere al paciente por su patología o tratamiento Escudero Rodríguez, (2003), volviendo al paradigma de la categorización. En este sentido surge la Bioética, en un intento de replanteo de las conductas y /o tratamientos terapéuticos donde se pone en tensión todo el tiempo los principios Éticos, aparecen entonces así constantemente los Dilemas.

Según Beauchamp y Childress (1999) "la relación con el mundo plantea paradojas y dilemas y la ética juega un papel trascendental en la conciencia y en las actuaciones". Por lo cual, la sociedad requiere que se desarrolle una práctica de enfermería integral, con calidad, que demuestre ser costo-efectiva, amparado en los principios éticos.

Sin embargo, con relación a la bioética Siurana Aparisi (2010) realiza una clara descripción expresando el Congreso de los Estados Unidos (1974) la necesidad de crear la *Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica del Comportamiento*, para identificar los principios éticos básicos que deben regir la investigación con seres humanos en la medicina y las ciencias de la conducta. En 1978 los comisionados publican el «Informe Belmont» (Casado ed., 2004), donde distinguen tres principios éticos básicos, en este orden: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En esta línea, ya en 1953 el Consejo Internacional de Enfermería (CIE)¹¹, redacta el Código Ético de Enfermería y es revisado en dos oportunidades 2005 y 2012, al mismo, se adhieren todas las organizaciones de Enfermería, que son organizaciones miembros y en particular en la región de la Américas, la organización Federación Panamericana de Profesionales de la Enfermería¹² (FEPPEN) y aún más cercano la Enfermería Argentina adhiere a este Código desde la organización profesional nacional que es la Federación Argentina de Enfermería¹³ (FAE). El objetivo del Código es responder a los problemas éticos actuales de las enfermeras y dar a conocer los valores que

¹¹ Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), fundado en 1899 que agrupa Federaciones de Enfermería de los distintos países miembros, también confederaciones. Trabaja para conseguir unos cuidados de enfermería de calidad para todos, unas políticas de salud acertadas en todo el mundo, el avance de los conocimientos de enfermería, la presencia mundial de una profesión de enfermería respetada y unos recursos humanos de enfermería competentes y satisfactorios. El CIE fue pionero en interesarse por cuestiones ético-legales y elaboro en 1953 el primer Código Ético de la profesión. (CIE, 2015)

¹² La Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN), fundada en noviembre de 1970, es una organización no gubernamental, de derecho privado, sin fines de lucro, religiosos, políticos o partidarios, con plazo de duración indeterminado-constituida por organizaciones nacionales de profesionales de enfermería de los países latinoamericanos y del Caribe, a las cuales representa. El idioma oficial es el español usándose también el portugués como idioma de trabajo. En la actualidad el Comité Ejecutivo tiene la presidencia en Argentina. El Consejo Ejecutivo está integrado por distintos colegas de Argentina. (<https://instituciones.sld.cu/feppen/>, s.f.).

¹³ La Federación Argentina de Enfermería, que se forma en 1965, por la unión de las asociaciones, colegios o gremios del país, es la que nos representa a nivel nacional, ya que cuando hay reuniones en el Ministerio de Salud, en el Ministerio de Educación y a veces hasta en el Ministerio de Trabajo, la entidad que es convocada es la asociación local y la Federación Argentina de Enfermería. A su vez nosotros después de muchos intentos formamos parte del Consejo Internacional de Enfermeras a partir del año 1969; también somos miembros fundadores de varias organizaciones a nivel latinoamericano como es la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FP) y de la última creación de nuestros gobiernos que es el Consejo Regional de Enfermería del MERCOSUR, que estamos realizando importantes planes para lograr la personería jurídica con sede en Uruguay, que es el país que ofrece mayores oportunidades de este logro. (Perich, s.f.).

defienden la profesión enfermera, su buena práctica profesional y su compromiso hacia la sociedad.

Volviendo al trabajo de Beauchamp y Childress (1999), distinguen cuatro principios: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

Cabe mencionar, que desde la disciplina Enfermería tenemos antecedentes de ética en “El Juramento Hipocrático”¹⁴(1983), acto que hoy realizan todos los enfermeros que culminan sus estudios. Sin embargo, previamente Nightingale (2005) en su obra más divulgada y conocida “Notas sobre enfermería: ¿Qué es y qué no es enfermería?”, ofrece recomendaciones y consejos que ayudarán a “pensar como enfermeras” cuando tengan que cuidar a un familiar o amigo enfermo, propone considerar en la atención las determinantes ambientales del proceso salud-enfermedad (Gracia, Caro y Martínez Martín, 2001), con firme decisión del respeto al ser humano, hasta la tan actualizada objeción de conciencia. Nightingale (2005) establece el siguiente juramento:

“JURAMENTO DE FLORENCE NIGHTINGALE: Juro solemnemente ante Dios y en presencia de esta asamblea llevar una vida pura y ejercer mi profesión con devoción y fidelidad. Me abstendré de todo lo que sea perjudicial o maligno y de tomar o administrar a sabiendas drogas que puedan ser nocivas a la salud. Haré cuanto esté en mi poder por elevar el buen nombre de la profesión y guardar inviolable el secreto de las cuestiones que se me confíen y asuntos de familia de los que me entere en el desempeño de mi cometido. Con lealtad, procuraré auxiliar al facultativo en su obra y me dedicaré al bienestar de los que están encomendados a mi cuidado” (Citado en el Editorial de la American Journal Of Nursing 11 (10): 777, julio 11 E.E.U.U.).

Por todo lo descrito, se puede entonces avanzar a definir las dimensiones que se asumirá al considerar los dilemas éticos de los enfermeros, estas dimensiones fueron propuestas

¹⁴ Los juramentos de las ceremonias iniciáticas son tan antiguos como las comunidades mismas y poseen la capacidad de redimensionar a quien jura, que al hacerlo establece un compromiso con el grupo ante el cual expresa sus votos. Todo juramento involucra siempre a aquello que la persona siente como lo más sagrado para sí, y que deviene de esta forma garante del compromiso adquir.(Tauro, 2007)

en un estudio de revisión sistemática realizadas por Monteiro et al. (2008), sobre los Dilemas éticos vivenciados por enfermeros y presentados en publicaciones de enfermería, durante el 2002 al 2006, encontraron cuarenta y cuatro artículos y solo diecisiete categorizaron la muestra pretendida. De esta revisión se consideran en esta investigación las siguientes dimensiones:

- 1- Ética y el sistema de salud.
- 2- Ética y la enseñanza-aprendizaje.
- 3- Ética en el cuidado.
- 4- Ética en la determinación del tratamiento.

Estas dimensiones aparecen de la propuesta de Monteiro et al. (2008), quienes al describir los principales problemas que surgen de la revisión, cuestiones como la deshumanización en el cuidado al paciente, así como la violación de sus derechos, la falta de acceso a los servicios de salud y las condiciones y relaciones de trabajo de enfermería y la relación autoritaria que se encuentra con frecuencia en la práctica educativa. Así también, identificaron dificultades en el sistema de salud, la forma de organización de los servicios que son factores que contribuyen para el surgimiento de dilemas de carácter ético. La práctica de enfermería, incluida en ese contexto, se torna vulnerable a los conflictos que pueden ocurrir, necesitando de una base para la resolución de las cuestiones que deberían ser discutidas desde el inicio de la formación profesional, se observó una categoría que no estaba incluida y será incluida, para el mejor tratamiento de la presente investigación.

- En relación al sistema de salud¹⁵, cabe destacar, que en Argentina está constituida por tres subsistemas, el subsistema de obras sociales, subsistema público y subsistema

¹⁵ *El sub - sector público*: presta servicios a la población a través de hospitales y de los centros de salud, los gobiernos provinciales y municipales tienen los establecimientos de atención bajo su jurisdicción y son los responsables directos de la misma. Atiende a las familias de menores ingresos, a las personas que no tienen cobertura de la seguridad social porque no son trabajadores en relación de dependencia o porque no tienen capacidad de pago.

privado. En este sentido, el principio de justicia¹⁶, puede verse vulnerado ya que el paciente puede no recibir oportunamente lo que necesita. Esta situación puede estar dada por inequidad de los recursos materiales, humanos y/o económicos de la organización. Según Meléis (1997) los cuidados de enfermería se ejercen no solamente con los recursos que ofrecen las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería, esta premisa expresa que todas las personas son iguales y que merecen consideración y respeto. Las decisiones del equipo de salud exigen una reflexión ética basada en la dignidad de la persona y en sus derechos, integrando la realidad global y buscando el bien objetivo.

- En relación con la dimensión Ética y la enseñanza-aprendizaje, se considera la formación recibida en la carrera de enfermería sobre la misma. Los enfermeros se plantean tener o no, conocimientos sobre el tema de los dilemas éticos, que le permita reconocer los principios éticos. En este sentido Estrada-Sánchez (2010), expresa que el cuidar requiere tiempo, espacio, dedicación, técnica, ciencia, sabiduría, conocimiento teórico y probada pericia, enmarcados institucionalmente en una política social que haga posible cuidar a un ser humano, es decir, donde las condiciones estructurales sean favorables para el ejercicio profesional del cuidado. Cabe mencionar, a Foucault (1992), que refiere, todo sistema de educación es una forma política de mantener o de modificar la adecuación de los discursos, con los saberes y los poderes que implican.

El sub-sector de la seguridad social, presta servicios a los trabajadores en relación de dependencia y sus familiares directos.

El sub-sector privado, presta servicios a personas y familias que pagan por acto médico o que pagan las cuotas de un plan de salud (pre-pago) (Arce, 2018).

¹⁶ Principio de Justicia: es definido por Azulay Tapiero (2001) este principio se basa en dos hechos: —Todas las personas, por el mero hecho de serlo, tienen la misma dignidad, independientemente de cualquier circunstancia, y por tanto, son merecedoras de igual consideración y respeto. —Hay que luchar por una distribución justa y equitativa de los siempre limitados recursos sanitarios para conseguir el máximo beneficio en la comunidad, evitando desigualdades en la asistencia sanitaria. Este principio convierte al personal sanitario en gestor y administrador de los recursos y de los servicios, que deberá utilizar de una forma efectiva y eficiente, evitando actuaciones sanitarias inadecuadas.

- Con respecto a la dimensión Ética en el cuidado, Villarreal Cantillo - Visbal (2013), define que el arte de cuidar está implícito en la bioética desde el principialismo¹⁷; es una acción cuyo destino es el bien del ser humano (acciones beneficiantes). Además, cuidar a un ser humano implica acompañamiento, velar por su autonomía, no dañarlo y proceder con justicia, relacionado con los cuatro principios universales. Cabe destacar, que son el principio de Justicia, que significa dar a cada uno lo que realmente necesita desde las necesidades de los sistemas de salud, básicamente es hacer el bien, denominado como principio de Benevolencia, no maleficencia, podemos referir que se entiende como hacer el menos mal posible, y por último el principio que reconoce al sujeto de cuidado como sujeto de derecho, colocándolo en el centro de los sistemas de salud denominado como principio de autonomía.
- En cuanto a la dimensión, Ética en la determinación del tratamiento, se refiere a la aplicación de tratamientos tras el desarrollo biotecnológico de la medicina, que abarca el sostenimiento de la vida por mecanismos técnicos, que lleva a plantear preguntas: ¿cuál es el límite de la “cosificación”?¹⁸, ¿hasta dónde elige el sujeto de cuidado el tratamiento? o ¿el sujeto de cuidado puede elegir la eutanasia? Al respecto, Beltrán Salazar (2011) plantea que el desarrollo actual en el conocimiento de la fisiología, la monitorización, las intervenciones quirúrgicas y trasplantes, ha llevado a intervenir tanto la vida como la muerte de las personas; por tanto, muchos de estos son los dilemas éticos que se plantean para los enfermeros.

¹⁷ El método principialista se ha convertido casi en sinónimo de Bioética. Su aplicación se extiende más que cualquiera de los otros y puede considerarse un buen método para ser utilizado en la resolución de casos o dilemas que se le presentan a un CCB, por ser sencillo de comprender y manejar para cualquiera de sus miembros. Dicho de otra manera, el método principialista no requiere que los miembros del comité sean expertos en alguna rama de las ciencias o la filosofía para ser utilizado. (Díaz Amado, 2003)

¹⁸ Se entiende por cosificación a la des personificación del hombre y la dotación a las cosas de propiedades del sujeto (personificación). En caso de cosificación, la actividad del hombre pasa a ser derivada de las condiciones que dominan sobre ella, es limitada por las mismas y se reduce a funciones no creadoras. El hombre mismo sólo actúa como ejecutor del papel preparado, como medio funcional de producción de cosas. (Diccionario filosófico, s.f.)

Antes de cerrar este desarrollo cabe destacar que durante el último año han surgido nuevos documentos sobre dilemas éticos entre los que podemos describir la revisión bibliográfica sistemática, realizada por Rodríguez Abrahantes, y Rodríguez Abrahantes (2018), para desarrollar un análisis crítico reflexivo del contenido de documentos, las palabras clave utilizadas fueron "enfermería," "cuidado" y "ética", siendo estas identificadas a través de DECS o de MeSH. De esta forma, fueron utilizados para la búsqueda los artículos referidos descriptores en idioma español e inglés. La búsqueda fue realizada en la base de datos Medline/Pubmed, LILACS, SciELO durante diciembre de 2017, no establece claramente cuantos libros, textos o trabajos de investigación se encontraron solo en el análisis destacan cada una de las dimensiones que utilizaron como palabra de búsqueda. Arriban a la conclusión que la enfermería posee una carga ética importante, el cuidado al enfermo, constituye su razón de ser, está íntimamente ligado a principios éticos que en su ausencia, desvaloriza la esencia de tan humana profesión. No hay escenarios donde se presten servicios de enfermería sin que los principios éticos de beneficencia, autonomía, justicia, responsabilidad, estén al servicio del mejor cuidado brindado al paciente.

En relación con la ética del cuidado, Escobar-Castellanos y Cid-Henriquez (2018), realizan un ensayo teorizador cuyo objetivo fue analizar los aspectos éticos que influyen en el cuidado de enfermería, ocasionados por el avance de la tecnología en los servicios de salud, del tipo de reseña teórica Un abordaje asistencial basado en la ética implica que el enfermero considera al ser humano con respeto y absoluta dignidad. Concluyendo que enfermería debe evidenciar el cuidado humanizado en todas las acciones que ejecuta, aplicando el saber ético, actitudes y valores hacia la persona a cuidado.

En esta línea Guardia Mancilla et al. (2018), estudian las Percepciones de los profesionales sobre la atención prestada, obstáculos y dilemas éticos relacionados con el final de la vida en hospitales, centros de atención primaria y residencias de anciano, el objetivo comparar la

percepción de la práctica profesional, los obstáculos percibidos y los dilemas éticos de profesionales de medicina y enfermería en la atención al final de la vida en atención primaria, atención hospitalaria y residencias de ancianos. Material y Métodos: Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. Se realizó un muestreo intencional de profesionales de medicina y enfermería con más de 4 meses de antigüedad de cuatro hospitales, cinco centros de Atención Primaria y 29 residencias de Granada. Se recogió mediante cuestionario ad hoc, la percepción de práctica profesional en 8 dimensiones (estructura y procesos, aspectos físicos, psicológicos, sociales, espirituales, culturales, éticos y cuidados del moribundo), Conclusiones: Atención Primaria y hospitalización presentan resultados similares la percepción de la atención al final de la vida, e inferiores a los de residencias de ancianos, pese a que en estos centros se presentan más dilemas y obstáculos, los aspectos psicológicos y éticos fueron los peor valorados en todos los contextos.

También en el área de la atención primaria de salud, León Correa (2014) coordina un trabajo de recopilación bibliográfica de distintas investigaciones que desarrollan el tema de los Dilemas éticos en Atención Primaria de Salud en Latinoamérica, donde se considera la participación de profesionales: médicos, enfermeras, enfermeras-matronas y asistentes sociales y de distintos países de Latinoamérica, se destaca que Argentina no participa en la colaboración del mismo. Ente los dilemas que se destacan son los asociados a los servicios de salud y los escasos del recurso humano de enfermería, los escasos de producción científica sobre la temática que permita un mejor abordaje a los dilemas, el encarnizamiento terapéutico, amerita un posterior tratamiento de la temática sobre todo en la población pediátrica y en algunos casos que no se advierte el dilema.

Holminn Salas (2016) buscaba reconocer los dilemas bioéticos que enfrentan los estudiantes de Enfermería en su práctica profesional y los modelos que ellos emplean, para la toma de decisiones en los escenarios de la administración de los servicios clínicos del Hospital

universitario y comunitario. Utilizó un enfoque comprensivo, desde la investigación acción y se triangularon las entrevistas aplicadas a los estudiantes, docentes y empleadores en las prácticas profesionales. Los hallazgos de la investigación determinaron la necesidad de hacer visible en el plan de estudios la formación en Bioética que debe tener los estudiantes como fundamento de un currículo de Enfermería.

Hollminn Salas (2015) realiza una investigación con la intención de establecer los dilemas que deben enfrentar estudiantes y egresados en su práctica profesional. a diversos dilemas que se despliegan desde el saber técnico, hasta los principios bioéticos propuestos y asimilados durante su formación. Se utilizo una búsqueda con palabras claves, cabe destacar que no hay información de los resultados de la búsqueda y de la metodología d ellos estudios, textos o artículos de revisión que se han utilizado para el análisis de los diferentes tópicos y concluyen en que lo observado en las prácticas y lo conocido en diálogos de los estudiantes, conduce a inferir que las situaciones que generan estos frecuentes dilemas de la actividad laboral se dan por las desigualdades en la contratación de un recién egresado sin experiencia, clima laboral, aceptación por parte de la institución de decisiones ante procedimientos tecnocientíficos de inicio, transcurso y final de la vida, así como la oposición entre valores y principios morales del practicante y aquellos utilizados por la institución. Estas situaciones carecen de documentación que pueda guiar a los egresados, docentes y estudiantes, en la búsqueda apropiada para la resolución de dichos dilemas y, por tanto, la presente reflexión indaga sobre las clases de dilemas, sus elementos, y la toma de decisiones a la luz de la bioética.

Gómez Córdoba y Espinosa (2009), realizan un artículo que tiene como objetivo, el análisis del evento adverso, resaltar la importancia del acto de cuidado de enfermería en el marco de la prestación ética de los servicios de salud. Para tal fin se revisarán conceptos generales sobre ética, evento adverso y evento adverso en enfermería, para finalizar con unas recomendaciones

para la garantía de la seguridad en la atención de los pacientes en un proceso específico de atención en enfermería: la administración de medicamentos.

Padilla y Silva Cuitiva (2007) utilizaron la metodología de revisión documental de investigaciones y artículos relacionados con el tema de dilemas éticos y la toma de decisiones éticas por parte del profesional de enfermería que labora en unidades de cuidado intensivo. La metodología se desarrolló en tres fases. Inicialmente se desarrolló la búsqueda de documentos, posteriormente la selección y por último el análisis de los mismo El profesional de enfermería se enfrenta a diferentes dilemas éticos que ponen a prueba los conocimientos y las habilidades pero también la ética, la moral y la religión, y aunque en la mayoría de las situaciones no toma la decisión, sí es quien la ejecuta; por esto, es de gran importancia conocer los dilemas éticos que se presentan en las unidades de cuidado intensivo y la forma como el profesional de enfermería toma las decisiones éticas.

La investigación de Monteiro et al. (2008) destaca que es una revisión sistemática Se trata de una revisión sistemática de la literatura, realizada en artículos del área de la enfermería, contenidos en el banco de datos SCIELO, y que abordaron el tema “ética”. El estudio tuvo como objetivo identificar los dilemas éticos de la enfermería a partir de una revisión de la literatura en publicaciones sobre esa área, en el período de 2002 a 2006. Se localizaron cuarenta publicaciones, de las cuales fueron seleccionadas diecisiete. El análisis de las publicaciones le permitió al investigador proponer diferentes dimensiones a los dilemas y un cuerpo teórico que sustenta en parte la presente

1.3 Formación de Enfermería

No se puede avanzar sin describir claramente la formación de la enfermería en Argentina, esta necesidad de poner de manifiesto este elemento radica en que la formación, es uno de los factores que ponen en discusión las diferentes formas de actuación profesional de los

enfermeros, en este sentido cabe mencionar, a Foucault (1992) que refiere, todo sistema de educación es una forma política de mantener o de modificar la adecuación de los discursos, con los saberes y los poderes que implican. En principio podemos mencionar que existen dos niveles de formación terciaria, la universitaria y la no universitaria, en este sentido los marcos regulatorios para la formación técnica profesional, que se desprende la formación terciaria no universitaria, esta reglada por las Leyes de Educación Nacional (N.º 26.206) y de Educación Técnico Profesional (N.º 26.058) y, en la Resolución CFE N.º 47/0833 en las que se explicita que “dado el carácter profesionalizante de la Educación Técnico Profesional, es necesario establecer lineamientos y criterios sobre la vinculación de la formación con el mundo del trabajo y de organización institucional y curricular que posibiliten este tipo de formación”(MSAL, 2011). Como queda explicitado en la reglamentación anterior, la formación técnica se funda en una relación educación/trabajo que ha sido definida por Riquelme (2006) como una articulación interactiva, compleja, multidimensional, radicada y determinada por un espacio y un tiempo, es decir, histórica. Tradicionalmente la formación técnica de enfermería estaba ligada claramente a los centros hospitalarios, siendo estos los precursores en la formación de enfermería, o en la *deformación* ya que tradicionalmente se estableció el conocimiento empírico que daba concurrir al hospital y hacer cosas de enfermería, daba algún tipo de “saber” que, desde el imaginario social, por el solo hecho de asistir a un hospital y poner algún inyectable empoderaba del saber.

De todas formas, es inevitable establecer que en el marco de la necesidad histórica del recurso humano “enfermería”, los diferentes nosocomios instalaron en sus organizaciones “Escuelas de Enfermería”, siendo la más antigua Escuela de Enfermería, establecidas por la Cecilia Grierson en 1886, visionaria y con su espíritu docente, Grierson, entiende y hace suyo el legado de Florence Nightingale, “Hechos, no palabras”, frase célebre de Grierson. Tiempo después tras la necesidad de organizar la formación de enfermería, el ministro de salud de la

Nación, en la Resolución del Ministerial 6624/53, dispone la creación de una escuela de Enfermería en cada hospital dependiente de la cartera de salud, que estaría bajo las directivas de la Dirección General de Enseñanza Técnica e Investigación Científica de ese ministerio. A fines de los años 50, luego de la disolución de la Escuela de Enfermería Eva Perón, comienza la formalización de las restantes carreras técnicas, pero aun dependiendo del sistema de salud (Antecedentes históricos Escuela Superior de Enfermería Cecilia Grierson, s.f). En este sentido la formación terciaria no universitaria, en carreras de salud dependía del ámbito de Salud, en las distintas jurisdicciones según el nivel de dependencia del hospital, ya sea municipal, provincial o nacional. La Ley Federal de Educación (Ley 24.195/93), establece la formación técnica de los trabajadores de la Salud, esta situación permitió el divorcio de la formación de enfermería de los centros hospitalarios, desde lo administrativo, surgen también organizaciones privadas, organizaciones sindicales. En 2005, con la Ley 26.058 de Educación Técnico Profesional se definen las características de los diferentes niveles de la formación y las carreras debieron ajustarse a las leyes vigentes. En relación a la heterogeneidad de las organizaciones formadoras, concentradas en los centros urbanos, que dependen de las distintas jurisdicciones, a partir de la implementación de la Ley deben pasar a ser reguladas por el sector educación y cumplimentar, en consecuencia, los requisitos establecidos en la misma para obtener la validez nacional de los títulos, lo que permitirá la circulación de los trabajadores de una provincia a otra. Por otro lado, en relación con las particularidades de la profesión se requiere un control del ejercicio profesional que establezca habilitación y responsabilidades de los que intervienen en el proceso salud-enfermedad-atención, es incumbencia de la autoridad competente, ministerio y/o secretarías de Salud.

En tanto que el aspecto formativo del nivel terciario técnico, no universitario es controlado por el INET (Instituto Nacional de Educación Técnica), quien homologa y controla las

diferentes organizaciones educativas, que según a su registro cuenta con 330 instituciones que brindan la formación técnica de enfermería.

A modo de resumen, la formación técnica de enfermería está comprendida en el marco normativo de la Ley de Educación Nacional N° 26.206, la Ley Nacional de Educación Superior N° 24.521 y la Ley de Educación Técnico Profesional N° 26.058 además de la Resolución del Consejo Federal de Educación 07/07 que se aprueba el Marco de Referencia para la Tecnicatura Superior en Enfermería, Los datos del 2017 (OFERHUS, 2019) muestran un universo compuesto por 330 instituciones de educación superior con la carrera de Enfermería. La distribución por tipo de gestión corresponde en un 55% (181) a instituciones de gestión privada y un 45% (149) a instituciones de gestión pública. Todas las regiones del país cuentan con instituciones de enfermería, concentrándose principalmente en las provincias que integran la región Centro (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Entre Ríos).

Cabe destacar que el perfil profesional está definido desde la fundamentación del perfil profesional en la Resolución ministerial 7/07 (Consejo Federal de Educación, 2007), que la atención de la salud ha de responder de modo dinámico, a la realidad social, política, económica, científica y tecnológica, como así también a los dilemas éticos que ella plantea, de tal manera que mejore la calidad de la prestación del cuidado, estableciendo incumbencia en diferentes aspectos. En este sentido se marca una deferencia entre el perfil deseado, establecido por el estado y por la realidad de la praxis profesional, describiendo así la identidad profesional, que se ve sujeta a los modelos de enfermería, al paradigma o a los paradigmas de enfermería, que dependen en buena parte de estos centros de formación, muchas veces en contraposición de los espacios de desarrollo profesional ya sea un hospital, una escuela un centro de atención primaria o en la práctica privada. Entones la identidad profesional es una construcción que se nutre de los espacios de trabajo y de formación.

En tanto que la formación terciaria universitaria se da en ámbitos de las universidades nacionales y provinciales, públicas y privadas, en institutos universitarios, dando cumplimiento a las Ley de educación superior N° 24521, bajo a la mirada de Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria¹⁹ (CONEAU), desde la incorporación de la carrera de Licenciatura en Enfermería al artículo 43 de la ley de educación superior.

ARTÍCULO 43. Cuando se trate de títulos correspondientes a profesiones reguladas por el Estado, cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de los habitantes, se requerirá que se respeten, además de la carga horaria a la que hace referencia el artículo anterior, los siguientes requisitos:

- a) Los planes de estudio deberán tener en cuenta los contenidos curriculares básicos y los criterios sobre intensidad de la formación práctica que establezca el Ministerio de Cultura y Educación, en acuerdo con el Consejo de Universidades:
- b) Las carreras respectivas deberán ser acreditadas periódicamente por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria o por entidades privadas constituidas con ese fin debidamente reconocidas.

El Ministerio de Cultura y Educación determinara con criterio restrictivo, en acuerdo con el Consejo de Universidades, la nómina de tales títulos, así como las actividades profesionales reservadas exclusivamente para ellos. (República Argentina, 1995).

Cabe destacar que ha sido todo un logro el haber sido incorporada la carrera de licenciatura en enfermería a este artículo, impactando en la elaboración de estándares de acreditación propuestos en la resolución ministerial 2721/15, estableciendo distribución de contenidos, carga horaria mínima y definiendo el perfil del Licenciado en enfermería como “el graduado que está preparado en el área disciplinar con conocimientos científicos, humanísticos, éticos,

¹⁹ LA CONEAU está integrada por doce miembros designados por el Poder Ejecutivo Nacional a propuesta del Consejo Interuniversitario Nacional (tres miembros), el Consejo de Rectores de Universidades Privadas (un miembro), la Academia Nacional de Educación (un miembro), La Cámara de Diputados de la Nación (tres miembros), el Senado de la Nación (tres miembros) y el Ministerio de Educación (un miembro). Duran en sus funciones cuatro años y deberán ser personalidades de reconocida jerarquía académica y científica. Ley de Educación Superior, art. 47 (República Argentina, 1995).

legales y políticos para proporcionar atención de enfermería a las personas, familias y grupos de la comunidad con compromiso social político” (Ministerio de Educación, 2015, par 8). Para Schön (1992) la puesta en juego de las destrezas, procedimientos, acciones en la práctica profesional revelan un conocimiento que está en la acción, este conocimiento es puesto en valor desde lo aprendido a lo expresado desde la praxis, praxis con mayor o menor de especificidad, especialidad que estará sujeta a la persona que realiza el ejercicio profesional en combinación con el contexto donde se realiza, decir tal vez que el nicho social (ver) condiciona la practica disciplinar, la desarrolla o la estaciona , serán talvez supuestos para otras investigaciones.

Desde estas verdades debemos recurrir a aproximación de Foucault (1980) al definir que la educación, por más que sea, de derecho, el instrumento gracias al cual todo individuo en una sociedad como la nuestra puede acceder a no importa qué tipo de discurso, se sabe que sigue en su distribución, en lo que permite y en lo que impide, las líneas que le vienen marcadas por las distancias, las oposiciones y las luchas sociales. Todo sistema de educación es una forma política de mantener o de modificar la adecuación de los discursos, con los saberes y los poderes que implican. Define claramente que Foucault sostiene que el procedimiento arqueológico recorre el eje formación discursiva-saber-ciencia en toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por un cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad

Foucault (1980) define que una disciplina se define por un ámbito de objetos, un conjunto de métodos, un corpus de proposiciones consideradas como verdaderas, un juego de reglas y definiciones, de técnicas y de instrumentos: todo esto contribuye una especie de anonimato a disposición de quien quiera o de quien pueda servirse de él, sin que su sentido o su validez estén ligados a aquel que se ha concentrado con ser el inventor. Situación que queda está claramente definida en la construcción de las distintas teorías y modelos de enfermería

conformando así el paradigma disciplinar, en el contexto del poder se saber-científico, modelo médico hegemónico.

Podemos pensar en tres momentos importantes en la formación de enfermería en Argentina que obedecen a paradigmas vigentes y a necesidades locales, si marcáramos una línea del tiempo se propone caprichosamente cambios de curricula y cambios políticos desde la salud pública, antes de la década del 70, entre la década 70 y el inicio del nuevo siglo y desde el inicio del nuevo siglo a la actualidad. Podríamos establecer un primer momento donde la formación se basaba en el modelo puramente Nigthiliano, bajo el paradigma de la categorización, una formación puramente enciclopedista, pensando en restablecer la salud al paciente donde se establece encontrar el problema, cosificando al sujeto de cuidados. Luego una etapa de formación que intenta responder a las necesidades de atención en terapias intensivas, tras el gran desarrollo a nivel privado, en el subsector de salud privado y en menos desarrollo de las unidades de terapia intensiva del subsector público. El modelo impuesto observado en las curricula mucho más técnico, con una fuerte influencia del modelo medico hegemónico, claramente bajo el paradigma de enfermería de la categorización, donde el cuidado este puesto en el empoderamiento del conocimiento y la paciente continua en un rol, pasivo que espera y no pregunta. De igual forma la enfermería con la iconografía de la enfermera pidiendo silencio y con una “cofia”, desde alguna mirada puede verse que la enfermera no habla porque no sabe que decir ya que en la cabeza no lleva nada más que un gorro sujeto a la orden, un subordinado al modelo impuesto, (está clara visión corre por cuenta de la autora de la presente tesis). Etapa marcada por los insipientes trasplantes cardiacos, desarrollo de las hiperterapias intensiva, como una tecnificación de la terpia intensiva, desarrollo de equipos biomédicos y estructuras hospitalarias para el desarrollo de las terapias, un desarrollo de equipos sofisticados que requerían de una preparación técnica, con énfasis en las maquinas que sustentan la vida de los pacientes. Y por último tal vez con la globalización

y la apertura de la disciplina de enfermería, en el marco del paradigma de la transformación ya el paciente pasa a ser un cliente, una persona con derechos a ser atendido en los marcos de respeto y autonomía, la enfermería tiene cambios en los marcos de la formación, los requerimientos a los formadores con necesidad de formarse profesionalmente, cambios en las políticas de estado, la enfermería empieza a tomar el centro del sistema de salud, por los requerimientos, por los cambios curriculares, por lo requerimientos ministeriales y por el paradigma que impone una mirada holística de los cuidados de enfermería.

Es importante el trabajo de registro de los profesionales existente tras la formación del Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS), se comenzó a desarrollar a partir de la firma de diversos convenios con las provincias en el año 2008 y es finalmente aprobado por RM 2081/15 con acuerdo COFESA (Consejo Federal de Salud). En los datos allí recogidos se muestra la relación entre enfermeros y médico que es igual a 0.58, la creciente matriculación como licenciado en enfermería y la marcada feminización de la profesión, si bien se observa un incremento de los hombres al elegir estudiar enfermería y sumarse a esta profesión. Este espacio en la secretaria de salud permite conocer donde se forman los enfermeros según el nivel y la región o provincia, en esta línea la gran crítica que expresa el REFEPS, es que la gran matriculación de enfermería no está en relación con la cantidad de egresados ya que este porcentaje sigue siendo muy bajo.

Cabe destacar que en relación con la formación específica en el área de los cuidados críticos la especialidad implica la consolidación de una cierta autonomía de saberes. Sin embargo, este no es un proceso que ocurra mecánicamente, sino que depende en gran medida del quehacer de sociedades médicas que controlan y validan el acceso a estos conocimientos delimitados como pertinentes y necesarios para Casas Patiño y Rodríguez (2015) en este sentido debemos mencionar que la reglamentación vigente es la RM 199/2011 que establece las especialidades de enfermería reconocidas. En Argentina la formación académica a nivel de posgrado se ha

concentrado en los escenarios universitarios principalmente en el ámbito universitario, en las especialidades médicas, específicamente a quedado en manos de organizaciones profesionales o colegios médicos. Las modalidades de formación de posgrado de mayor demanda son las residencias, usualmente financiadas y reguladas por los ministerios de salud nacional y provinciales, y las carreras de posgrado universitario, reguladas por la Ley de Educación Superior 24.521 (1995), específicamente en enfermería existen las residencias de la provincia de Buenos Aires y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, existen también algunas residencias en la provincia de Córdoba y de Tucumán.

González Pérez, Villazón Castro, Almira Bello, Cowley Noble y Mugarra Romero (2011) establecen que, en la profesión de enfermería, se otorga gran importancia al proceso de formación de los educandos, considerando lo instructivo, desarrollador y educativo, con el objetivo de lograr transformaciones en el pensamiento expresadas en habilidades y capacidades dirigidas a desarrollar actividades con rapidez, esmero y como condicionantes del éxito en la solución de problemas, entre otros aspectos. Para Malvarez (2005) a formación de enfermeras/os juega un rol fundamental en la composición y dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería, en la calidad y pertinencia de los cuidados y en el desarrollo de la capacidad institucional en salud, además que se ha demostrado en muchas investigaciones donde claramente, como lo expresan Soto Fuentes, Reynaldos-Grandón, Martínez-Santana, y Jerez-Yáñez, (2014), establece cinco niveles de desarrollo de competencias en enfermería: novicia o principiante, principiante avanzado, competente, capaz y experto, destacando que el nivel de enfermera experta es el más alto desarrollo de la competencia, se posee una comprensión intuitiva y profunda de la situación debido a la enorme experiencia y capacidad de adaptación. La actuación de la enfermera experta es integral, no de procedimiento fraccionado como la principiante, y existe un vínculo entre el razonamiento clínico y el ético.

1.4 Unidad de Cuidados Críticos

Según Díaz (2011), en su obra “La Grietas del Control”, señala “lo que comenzó como un medio para mantener la vida, muchas veces termina siendo una desconsideración con el ser humano, que pierde su condición de tal y se convierte en una prótesis de la tecnología”, en este sentido, las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) son un ámbito complejo donde los profesionales deben asumir responsabilidades y deben contar con habilidades y experticia con un sustento teórico. Por lo cual, se debe señalar que la UCIP, es una especialidad de la pediatría que se ocupa del diagnóstico y del tratamiento del paciente pediátrico crítico, el niño desde el mes de vida hasta la adolescencia, que cursa enfermedades potencialmente reversibles y que ponen en peligro su vida, como así también, del paciente crónico reagudizado con necesidad de soporte vital²⁰.

Desde Florence Nightingale durante la guerra de Crimea cuando alojo a los lesionados graves en áreas aisladas y logro una disminución trascendental de la mortalidad (Nightingale, 2005), produjo una influencia en los modos y los procedimientos de atención exitosos en las Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos, los cuales fueron implementados en la atención de pacientes pediátricos, surgiendo entre 1955 y 1971 las primeras unidades de cirugía pediátrica, cirugía cardiovascular infantil y las primeras unidades de cuidados críticos pediátricos.

Desde sus comienzos en la década del 60', el propósito de la terapia intensiva pediátrica ha sido el soporte, monitoreo y restitución de las funciones vitales en lactantes, niños y adolescentes gravemente enfermos. La energía invertida en lograr estos objetivos condujo al desarrollo de una subespecialidad de pediatría, surgiendo un cúmulo de conocimientos

²⁰ El paciente crónico es aquel que ha quedado con alguna secuela de alguna afección que modifica las capacidades vitales, en el área de la pediatría los niños seculares padecen de enfermedades respiratorias que se reagudizan por las capacidades diferentes del sistema de sobreponerse a situaciones de infecciosos. En este caso específico de las unidades cardiovasculares, los niños suelen transitar procesos mórbidos, debido a la incapacidad de resolverlos por su situación de realidad, por la alta vulnerabilidad de los niños con cardiopatías congénita. (Díaz, 2011)

específicos, que se extiende desde los pacientes recién nacidos hasta niños mayores con fisiología y mecanismos de enfermedad semejantes a los pacientes adultos, de todas formas, no se puede considerar a un niño un adulto pequeño, este tiene necesidades propias, aun cuando el desarrollo de los procesos mórbidos continúe algunos procesos semejantes.

Si bien, los inicios de la terapia infantil coinciden con la terapia de adultos, varios factores favorecieron una independencia entre ambas especialidades. Por una parte, la formación de posgrado fue dando cuerpo a la especialidad, a partir de la generación de producción bibliográfica, guías de procedimientos, cursos específicos; todos orientados a pacientes pediátricos. Por otra parte, la atención de pacientes pediátricos críticos en unidades especiales posibilitó que los pediatras interesados en el intensivismo se formen al lado de expertos, inicialmente a través de rotaciones o concurrencias y luego institucionalizando el espacio de formación por medio de la implementación de residencias en la especialidad, la enfermería como disciplina siguió esta línea de formación, claro está muchos años después.

Cabe mencionar, que la Terapia Intensiva es una especialidad nueva que combina una visión humanista de la medicina con la alta tecnología y surge por la conjunción de otras dos especialidades: la Pediatría y la Terapia Intensiva de Adultos. De esta última, hereda el desarrollo de técnicas de soporte, monitoreo y restitución de los sistemas y funciones orgánicas en pacientes gravemente enfermos y de la Pediatría toma el conocimiento de las enfermedades propias de la infancia y la adolescencia, la atención diferencial que requieren los niños, su contención y el acompañamiento a sus familias.

Por ello, sus antecedentes, están conformados por una serie de descubrimientos fisiopatológicos y de avances farmacológicos, médicos y tecnológicos que, desde el siglo XII, se fueron desarrollando para el tratamiento del dolor y las prácticas invasivas. No obstante, sus orígenes generales se ubican en 1950 en Europa, donde se crean las primeras unidades para

pacientes adultos, en respuesta a la Epidemia de Poliomiелitis de 1952, en Copenhague, Dinamarca.

En Argentina el desarrollo de las terapias intensivas pediátricas va de la mano del desarrollo de los hospitales pediátricos por ejemplo la “Casa Cuna”, hoy Hospital Elizalde primer hospital pediátrico de América latina creado por el Virrey Vertiz en 1779, para resolver la problemática de la sociedad y el abandono de niños, fue transformándose en relación a los requerimientos y necesidades de los niños que no solo necesitaban un lugar donde crecer, sino que empiezan a desarrollar alteraciones de salud. En 1961 se desarrolla la unidad de neonatología, seguidamente la terapia intensiva pediátrica, hasta nuestros días hoy considerado como un hospital de referencia nacional, hospital escuela de médicos y de enfermeros ya que estudiantes de la Residencia de Enfermería, que depende de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, hacen su formación allí.

Sin embargo, los centros hospitalarios pediátricos, en Argentina; surgen desde el Centro de Asistencia Respiratoria Mecánica del Hospital de Niños “R. Gutiérrez” (HNRG), durante la epidemia de poliomiелitis en los años 1954-1955. Cabe mencionar el desarrollo histórico de esta institución, siendo que comienza en 1867, donde la nieta del Virrey del Pino propone la creación de un hospital Pediátrico, muere antes de su inauguración, en 1875, un hospital que ya en la década del 50’ propone un modelo de atención, basado en trabajos de diversos profesionales europeos sobre el hospitalismo y su interés por el vínculo madre-hijo abonaron el terreno que llevaría a instituir en el hospital la internación de la madre junto al niño como condición necesaria. Cabe destacar, que, en sus inicios, en el hospital los niños eran cuidados por personal religioso y sus madres los visitaban algunas horas en el día. Luego se comenzó a capacitar a las enfermeras para que se ocuparan del cuidado de los niños, en el año 1958 se implementa la internación de la madre junto al niño (García Barthe, 2007), claro está no solo desarrolla la internación conjunta, sino que el desarrollo en la formación de todos los

integrantes del equipo de salud hace del nosocomio un polo de desarrollo muy importante para la salud de los niños en Argentina. En el año 1968, se ventila mecánicamente por primera vez en el país un lactante con un respirador a presión positiva, en la Unidad de Nefrología y Metabolismo del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. En 1973, se crea la UCIP del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

Cabe mencionar, que otra institución que surgió en 1889, fue el hospital pediátrico de la Ciudad de la Plata, para atender la demanda de atención pediátrica en una ciudad recién fundada; tuvo el privilegio de contar entre sus iniciadores a la Superiora Ludovica de Angelis. Parecería ser que el desarrollo de la pediatría en Argentina va de la mano de las necesidades de los niños, así se funda el Hospital Garrahan en 1987, un sueño de un grupo de médicos pediátricos, concretado hoy en el hospital Pediátrico de referencia Nacional e Internacional, con el desarrollo destacado de las unidades de cuidado Críticos Pediátricos. Destacada labor de todos los integrantes del equipo. En el Hospital Nacional de Pediatría “Prof. Dr. J. P. Garrahan”, funciona la Unidad de Cuidados Intensivos más grande de Latinoamérica, con máxima complejidad en todas las especialidades, transformándose en un centro de referencia en la Atención de Pacientes Críticos Nacional e Internacional. En diferentes gobiernos han propiciado el desarrollo de hospitales pediátricos a lo largo y a lo ancho de Argentina.

En cuanto a la formación específica medica en el área, la Terapia Intensiva Pediátrica es una especialidad reconocida desde hace tiempo en otros países. La creación del postgrado universitario en la UBA data del año 1996, en este sentido, la certificación de la especialidad se puede hacer a través de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva y de la Sociedad Argentina de Pediatría (convenios con la Academia Nacional de Medicina), de la Asociación Médica Argentina (AMA) y de los Colegios Médicos de la Provincia de Buenos Aires, entre otros. Asimismo, funcionan internacionalmente diversas sociedades relacionadas con la terapia intensiva pediátrica que ofrecen diversos cursos de capacitación en la especialidad: Society of

Critical Care Medicine, World Federation of Intensive and Critical Care Medicine, Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica, entre otros.

En cuanto a la disciplinas de Enfermería, la Federación Mundial de Enfermería en Cuidados Críticos (WFCCN- World Federation of Critical Care Nurse), creada en 2001, en el marco del VIII Congreso Mundial de Cuidados Intensivos en Sydney, Australia, en 2003 llevó a cabo una revisión de la Declaración de Madrid y de las recomendaciones de la Declaración de Posicionamiento del Colegio Australiano de Enfermería en Cuidados Críticos sobre educación en Enfermería en cuidados críticos y otros documentos similares de asociaciones miembros, establece el objetivo de informar/asistir a las asociaciones de Enfermería en cuidados críticos, proveedores de cuidados de la salud, instituciones educativas y otras partes interesadas en el desarrollo y provisión de educación en Enfermería en Cuidados Críticos. Para lo cual, es importante mencionar, que los gobiernos, cuerpos educativos y profesionales que regulan las prácticas de Enfermería deben reconocer la importancia de una formación especializada dedicada a los enfermeros en cuidados críticos, para asegurar la administración óptima del cuidado de la salud de la comunidad. Esta declaración presenta lineamientos universales aceptados por profesionales de cuidados críticos, los cuales, pueden ser adaptados para satisfacer los requerimientos del sistema y de la fuerza de trabajo de Enfermería en cuidados críticos de un país o jurisdicción en particular.

Por lo descripto, es importante resaltar los principios fundamentales que postula la Federación Mundial de Enfermería en Cuidados Críticos (CIE, 2012):

- 1- Los pacientes en grave estado y sus familias tienen derecho a recibir cuidados especializados de enfermeros profesionales calificados.
- 2- Los enfermeros de cuidados críticos deben poseer los conocimientos, aptitudes y atributos adecuados para responder efectivamente a las necesidades de los pacientes en estado grave, a las demandas de la sociedad y a los desafíos de los avances tecnológicos.

- 3- Se deberá proveer a los enfermeros responsables del cuidado a los pacientes en estado grave y sus familias accesibilidad a tal educación posterior, en aquellos casos donde los programas de educación básica de Enfermería no incluyan estos conocimientos, aptitudes y atributos.
- 4- Enfermeros con conocimiento especializado y experiencia en la provisión de cuidados a pacientes en estado grave, serán fundamentales en la educación de los enfermeros de cuidados críticos, aun cuando se utilice un enfoque educacional multidisciplinario.
- 5- La formación de la enfermería en cuidados críticos debe estar basada en la información e investigación más actualizada.

En Argentina, la carrera de especialista fue reconocida por Resolución Ministerial N°199/2011, del Ministerio de Salud y en la actualidad un Licenciado en Enfermería puede acceder a la formación de especialista al realizar la residencia específica o al realizar el postítulo de especialista en la universidad. En cuanto a la residencia, se realiza en el ámbito hospitalario y el reconocimiento es del Ministerio de Educación Nacional o Provincial, dependiendo de la jurisdicción. Las universidades que brindan esta formación son la Universidad de Favaloro y la Universidad de Tres de Febrero, ambas reconocida por La Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU). La Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria es un organismo descentralizado que funciona en jurisdicción del Ministerio de Educación de la Nación. Fue creada con la finalidad de contribuir al mejoramiento de la educación universitaria. Su misión institucional es asegurar y mejorar la calidad de las carreras e instituciones universitarias que operan en el sistema universitario argentino por medio de actividades de evaluación y acreditación de la calidad de la educación universitario

En consecuencia, se puede presentar una aproximación al Rol de Enfermería en las unidades de cuidados intensivos, expresada por Ramírez Perdomo y Perdomo Romero (2013) como: “el

agotar todas las posibilidades terapéuticas y de cuidado para la sustitución temporal de las funciones vitales alteradas sin abandonar el diagnóstico de base, que llevó al paciente a tener un estado crítico de salud” (p.104)) Así podemos, concretar que la meta de los cuidados que realiza enfermería está relacionada con proporcionar un ambiente seguro, saludable, óptimo, eficiente, efectivo y garantizar la presencia de un equipo de enfermería y multidisciplinar altamente calificado, para resolver los problemas vitales de los pacientes que cursan estados críticos de salud y dar soporte terapéutico a las familias de los pacientes.

En este contexto, se debe mencionar a Ruíz del Bosque (2013) quien expresa que la hospitalización infantil es un proceso potencialmente estresante, que afecta tanto al paciente como a la familia, colocando a ambos en una situación de alerta permanente. La vivencia de un proceso crítico en una unidad de cuidados intensivos, es una de las mayores fuentes de sufrimiento en las personas hospitalizadas y esto ocurre al mismo tiempo en la familia, puesto que un miembro de ella se ve sustancialmente afectado. En este sentido y con la intención de asegurar la calidad de las intervenciones que requieren los niños internados en las terapias intensivas existe la normativa nacional de “Garantía de Calidad”, en las Directrices de organización y funcionamiento de Servicios de Salud, se describe la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios pediátricos (UCIP). Esta Norma, clarifica que es una UCIP o Terapia Intensiva Pediátrica (TIP), su función, detalla la organización, la responsabilidad, enfatizando el recurso humano en cuanto a funciones, competencias y habilidades. Este documento fue mentado por un grupo multidisciplinario de profesionales que se desarrollan o desarrollaron su práctica hospitalaria en el ámbito de los Cuidados Críticos.

Por cuanto, esta investigación se desarrolla en la UCIP de la Fundación Favaloro, por lo cual, es imprescindible la caracterización de la misma, en aspectos claves para su conocimiento. Debemos destacar que desde 1992 funciona con una cantidad de 8 unidades

disponibles para el cuidado de niños que requieren específicamente tratamientos de cirugía cardiovascular, desde cirugías reparadoras, paliativas hasta la necesidad del trasplante cardíaco y sostenimiento vital, ha desarrollado también el área del neurointensivismo, el Trasplante de Órganos Sólidos y de Médula Ósea pediátricos. Esta unidad claramente tiene una filosofía humanista para la recuperación y preservación de la salud de los niños. La participación de las familias, con su presencia en el área, es fundamental para el cuidado y contención de los pequeños pacientes que transitan por momentos muy delicados de su vida. En este sentido es destacada la labor del equipo de salud que se desarrolla en la unidad, propiciando la formación de todos los actores siendo ente formador de los distintos niveles de formación de la enfermería como disciplina.

Antes de finalizar este capítulo es importante destacar el marco de la praxis de enfermería en las unidades de cuidados críticos, esta se da en ámbitos de la contratación según la Ley de Contrato de Trabajo (LCT, N.º 20744) en ámbitos privados y en el ámbito público las formas de contratación son directas y en algunos casos ingresan a la carrera medico hospitalaria. Las organizaciones responden a modelos de atención que establecen de esta forma cual es centro de su objetivo, las organizaciones que desarrolla su tarea dentro de un modelo biomédico, otras en tanto el modelo que está centrado en el paciente y en su cuidado, sino que cada profesional que no tiene en cuenta que lo primordial de nuestro trabajo es el paciente. Otro elemento importante en las organizaciones sanitarias es los escasos del recurso humano, específicamente de enfermería y sobre todo con calificación específica a las terapias críticas pediátrica, la rotación constante del recurso y el ausentismo. El último elemento en el marco de la praxis es la formación continua y en este sentido una de las investigadoras más importa en esta línea de la Dra. Aiken (1996) desarrolla el termino de “hospitales magnéticos”. Estos hospitales proponen crear una cultura en la organización de autonomía, respeto, metodología, trabajo en equipo, orgullo y mejores cuidados. Asegurando además la calidad y los resultados y establece

un diferenciador de mercado. Según Beauchamp y Childress(1999) los criterios establecidos para que las instituciones fueran certificadas como magnéticas son tres: Ser un hospital con bajo índice de rotación hacia otras instituciones, tener una plantilla completa, y ser un hospital posicionado en un mercado laboral competitivo. En este sentido parecería ser que los enfermeros que se encuentren a gusto con el puesto de trabajo que tienen y que su satisfacción laboral sea buena, es la formación de equipos de trabajo, que mejora también la relación entre los “colegas” de profesión, entre otras cosas (Buss, Leopardi, Coelho y Oliveira, 2010; Santos, Lima, Klock y Erdmann, 2012).

1.5 Percepción

En esta aproximación epistémica queda inexorablemente describir el acercamiento al termino percepción, por lo cual, se toma la definición que propone Bautista (2005) que la percepción es un acto complejo que depende tanto de quien recibe como de quien proporciona la información, percibimos sensaciones, sentimientos y la intimidad de la otra persona, en ese momento el individuo reduce el mundo que lo rodea a unos hechos concretos, por lo tanto se puede definir como la interpretación de esas sensaciones, dándoles significado y organización.

Desde las afirmaciones anteriores, la concepción que cada persona es única, que interactúa en su propio mundo, que posee cualidades, sensibilidades, capacidades diferentes, desde esta lógica la percepción que tenga dependerá de su propia experiencia.

En este sentido, Mesa (2000) propone a la percepción desde la dimensión de la calidad que es la experiencia advertida y expresada por el usuario y que, en la mayoría de los casos, no tiene ninguna relación con los aspectos científicos y técnicos, sino con las necesidades de afecto, comprensión, protección, bienestar, ocio e información. Por ende, es una dimensión determinada por el contexto sociocultural, los hábitos y las costumbres; además del ambiente físico donde se brinda el cuidado. Por ello, se propone la definición de Matlin y Foley (1996)

definen que la percepción incluye la interpretación de esas sensaciones, dándoles significado y organización, en esta línea Feldman (1999), establece que la organización, interpretación, análisis e integración de los estímulos, implica la actividad no sólo de nuestros órganos sensoriales, sino también de nuestro cerebro.

En la disciplina la percepción es fundamental, no solo para realizar una práctica de enfermería o brindar una prestación de cuidado, sino que esta percepción es la suma de signos y significados que juntos permiten asumir una realidad, simple o compleja y desde esta conjetura establecer un cuidado, utilizando para ello la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el proceso de Enfermería, lo define Yura y Walsh como la serie de acciones pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente.

En relación específicamente en la percepción en sí misma, la disciplina ha desarrollado diferentes líneas de investigación donde incluyen por ejemplo que percepción tiene el sujeto de cuidado de los cuidados enfermeros, también se investiga como percibe las acciones de enfermería algunos integrantes del equipo de salud, claro está que nuestra disciplina se nutre de una constante interacción con el medio y los sujetos de atención.

El cuidado intensivo es una especialidad que se encarga de la asistencia de los pacientes críticos. Se entiende por paciente crítico a aquel que presenta inestabilidad real o potencial de uno o más sistemas fisiológicos mayores, con posibilidades de recuperación. La asistencia del paciente crítico requiere de un equipo de salud especializado en cuidados intensivos y de recursos materiales apropiados para cumplir con su cometido

Capítulo 2
Aspectos metodológicos

“Investigar es precisamente problematizar. Los avances más interesantes en el campo de la investigación científica se alcanzan cuando se vislumbran nuevos problemas”.

Ynoub, (2012)

2.1-Tipo de estudio

La ciencia enfermera, tiene sus orígenes en las primeras producciones de conocimiento con Naigthingale, claramente su publicación *Notas de Enfermería* (2005), permite hacer un quiebre entre la enfermería antigua y la enfermería moderna. Naigthingale, con algunas herramientas de la estadística y de la escritura científica logro traducir el cuidado enfermero al desmenuzar y validar datos que expuso con el recurso metodológico a su alcance. En este sentido las herramientas con las que se nutrió Naigthingale se basaban en el surgimiento del positivismo y del biologicismo más puro. Ynoub (2012) refiere que la investigación tiene una buena cuota de arte y como todo arte es un saber que se aprende y se adquiere al lado de maestros, es decir, de investigadores formados, imitando modelos y desarrollando distintas líneas de investigación. Es por ello, que se inicia este capítulo haciendo mención de las “maestras” que han marcado un camino para el desarrollo de la ciencia, claro está, que dependerá de cada una de las decisiones o líneas de investigación que los investigadores desarrollen para poner en evidencia un conocimiento, que permitirá seguramente el avance de la disciplina de Enfermería y que inexorablemente repercutirá en la sociedad como destinatario de la disciplina.

Para abordar el presente capítulo, se pone de manifiesto el método que permite arribar al conocimiento, explicitar las “reglas” en que se ajustara la búsqueda, entendiendo que estas reglas permiten trazar un camino. Etimológicamente la palabra “método” proviene de dos vocablos griegos: meta, que significa “más allá” o “fuera de”- y hodos –que significa “camino”. Según Ynoub (2012) la función de la metodología de la investigación científica es identificar

ciertas regularidades, ciertos comportamientos invariantes en esa forma peculiar de producción de conocimiento que es el conocimiento científico; con el objetivo de transferirlas y tomarlas explícitas, para asumir una posición reflexiva y no prescriptivas, aunque se establezcan pautas claras y únicas, cabe mencionar, que estas decisiones surgen de la primera etapa en el proceso de la investigación propuesta por Ynoub (2012).

Desde el paradigma cualitativo de la investigación en términos de Ynoub, (2014) reconocer que la investigación científica está siempre inmersa en modelos más o menos explícitos, que inspiran a su turno el modo de configurar la experiencia que se observa, que se experimenta o interpreta. En este sentido he encontrado en la investigación cualitativa que expresada según Ynoub (2012) intenta mensurar ciertas características, cualidades del objeto de estudio. Entendiendo que desde este paradigma nos permite el abordaje que desentraña la investigación, al tener un carácter comprensivista, según Ynoub (2014) este carácter detalla que decimos que comprendemos algo, queremos significar que estamos en condiciones de adoptar la perspectiva del otro, el sentido que eso tiene para el otro. En la línea este paradigma, permite la construcción interpretada de los hechos con, –o al menos desde– los actores o sujetos estudiados y desde el rol del investigador, permite conocer desde adentro la situación. Estos aspectos tomados en forma caprichosa y no reduccionista de lo que nos permite la investigación cualitativa

En este sentido, el abordaje de esta investigación es por medio del *diseño descriptivo-exploratorio*, que permite a partir de formulaciones, construir tal vez nuevas variables, que permite una profundización del dato no dispuesto. En la clasificación del diseño estricto se puede vislumbrar varias variables, en un intento de dar luz sobre estas.

En este camino que permite llegar a un conocimiento, se necesita establece que las unidades de análisis serán interpeladas en una sola oportunidad, es decir, que los instrumentos se aplican solo una vez en los sujetos expuestos a la investigación, definiendo de esta manera una investigación de tipo transversal.

Según Ynoub (2012) en la constitución del problema se comienzan a vislumbrar los implícitos teóricos y las situaciones empíricas que harán posible el abordaje del asunto de investigación. Señala, también que “Investigar es precisamente problematizar” desde esta claridad en la problematización, es necesario entonces poner claridad en la elección de las reglas de juego.

Considerando que los Dilemas Éticos se construyen a partir de la experiencia aprendida, la formación profesional y en consecuencia el modo de actuar ante situaciones desconocidas, el abordaje metodológico se centra en desentrañar la tensión de esta construcción y percepción que tiene los enfermeros (Hirsch Adler, 2011). Para lograr exponer esta tensión se utiliza un método que permita la comprensión de las representaciones sociales y el modo en que los enfermeros reflexionan sobre aquellas situaciones que ponen en tensión sus modos de pensar y de actuar en un espacio laboral marcado por cuidados en la atención de niños críticamente enfermos.

Se desarrolla una investigación del tipo claramente mixta, con un fuerte desarrollo del aspecto cualitativo, debido a que se intenta mensurar ciertas características, cualidades del objeto de estudio. Entendiendo que desde este paradigma nos permite el abordaje que desentrañara tales tensiones. Sin embargo, para valorar algunas variables que pueden permitir la caracterización del objeto de estudio se usa un programa de window Excel y para las variables cualitativas complejas se hará un análisis discursivo. Encontrando en la investigación cualitativa una posibilidad de desarrollar nuevas propuestas de investigación con el objeto de profundizar esta línea de investigación.

Se realiza el análisis asociado de algunas características de los sujetos de investigación a los dilemas percibidos. Como instrumento de recolección de datos se utiliza una entrevista semi estructurada a partir de una encuesta definida y preimpresa con preguntas con opción de respuesta cerrada y preguntas abiertas que permite obtener respuestas libres, profundas y complejas. Encontrando en un modelo de entrevista, más flexible y naturalizando el objeto de investigación sin descuidar el objeto de estudio de la entrevista McNamara, (2017).

Cabe recordar el interrogante que propone la presente investigación ¿Cuáles son los dilemas éticos que perciben los enfermeros en el contexto de su práctica diaria en áreas de cuidados intensivos pediátricos de la Fundación Favalaro en la Ciudad Autónoma en marzo de 2019?

Los objetivos que se persiguen para desenmarañar esta investigación son:

Principal:

Analizar los Dilemas Éticos que perciben los enfermeros en el contexto de su práctica en el ámbito de la unidad de cuidados críticos pediátricos en la Fundación Favalaro en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el mes de marzo del 2019.

Secundarios:

1. Caracterizar a los enfermeros según edad, sexo nivel de formación, tiempo de ejercicio profesional, años de trabajo en la institución , multiempleo, turno de trabajo, en que desarrollen su práctica en ámbito de la unidad de cuidados críticos pediátricos de Fundación Favalaro en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el mes de marzo del 2019.
2. Establecer la percepción de dilemas éticos que manifiestan a diario los Enfermeros que desarrollen su práctica de la unidad de cuidados críticos pediátricos de Fundación Favalaro en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el mes de marzo del 2019.
3. Establecer la relación que existe entre el dilema percibido y el nivel de formación de los enfermeros que desarrollen su práctica en el ámbito de la unidad de cuidados críticos pediátricos de Fundación Favalaro en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el mes de marzo del 2019.

4. Relacionar dilema percibido y tiempo de trabajo en la institución en el ámbito de la unidad de cuidados críticos pediátricos de Fundación Favalaro en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el mes de marzo del 2019

Frente al problema planteado, a lo expuesto en los párrafos anteriores puedo poner en juego la siguiente hipótesis sustantiva al declarar que *a mayor formación académica mayor percepción de dilemas en los enfermeros que realizan su praxis en las unidades de cuidados críticos pediátricos*, constituyéndose así la hipótesis central de la investigación.

2.2- Universo y muestra

Tamayo y Tamayo (2004) señala que la población es la totalidad de un fenómeno de estudio, incluye la totalidad de unidades de análisis que integran dicho fenómeno y que debe cuantificarse para un determinado estudio integrando un conjunto N de entidades que participan de una determinada característica y se le denomina la población por constituir la totalidad del fenómeno adscrito a una investigación. En este sentido la población objeto de estudio son los profesionales de enfermería que trabajan en la unidad de cuidados críticos pediátricos de Fundación Favalaro.

La muestra será intencionada, con el listado de todos los enfermeros se establecerá un sorteo así seleccionando a los sujetos. En la investigación mixta (cuali-cuantitativo), donde el aspecto cualitativo de la investigación permitirá, en términos de Bustamante (2005) " estudiar a profundidad algo a fin de que sea válido. Usualmente esto se hace en pocos casos seleccionados en forma intencionada", en tanto que el aspecto cuantitativo, propiciara un acercamiento hacia las diferentes variables. Para ello se debe

establecer características definitorias que permitan la selección de los sujetos a ser entrevistados.

- Criterios de inclusión: Enfermeros que desarrollen su práctica en ámbito de la unidad de cuidados críticos pediátricos de Fundación Favaloro en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el mes de marzo del 2019.
- Criterios de Exclusión: que los entrevistados no pertenezcan al personal estable del área.
- Criterios de eliminación: Negarse a participar en la entrevista.

2.3- Matriz de datos.

En toda investigación varios son los elementos importantes, entre ellos el dato, es el que nos permite arribar a el conocimiento, según Samaja (2005) “el dato es la construcción compleja, que, por consecuencia, posee una estructura”, propone entonces los cuatro componentes de la matriz de dato: unidad de análisis, variable, valores e indicadores y el estudio puede darse de forma horizontal o vertical.

La unidad de análisis está conformada por cada uno de los enfermeros que trabajan en la unidad de cuidados críticos pediátricos de fundación Favaloro.

Según Herrera (mencionado por Espinoza Freire, 2018), la palabra variable derivada del término en latín varia-bilis, variable es una palabra que representa a aquello que varía o que está sujeto a algún tipo de cambio. Se trata de algo que se caracteriza por ser inestable, inconstante y mudable. Amiel Pérez (2007), señala que una variable es un objeto con cierta identidad, pero el medio que lo rodea lo obliga a variar en torno a las condiciones que se presentan. Se puede considerar también a Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, y Baptista-Lucio, (1991), discurren que una variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse.

Desde estas concepciones, se permite analizar algunas variables cualitativas y otras cuantitativas que admitirán un abordaje a la cuestión central de la investigación, en este sentido las variables serán la edad, sexo, años de trabajo en la institución , nivel de formación , multiempleo, turno de trabajo.

Para Chacón, Pérez, y Moreno (2000), una variable es operacionalizada con el fin de convertir un concepto abstracto en uno empírico, susceptible de ser medido a través de la aplicación de un instrumento. En esta línea Medina Martínez (2014), define operacionalización como, el proceso mediante el cual se transforma una variable teórica compleja en variables empíricas, directamente observables con la finalidad que puedan ser medidas y claro está que Samaja (2005) propone que todo objeto de investigación reconoce una naturaleza cuasi-descomponible. En este sentido se pretende estudiar la variable *percepción de Dilemas Éticos*, realizando un análisis del discurso para valorar la relación que existe entre la formación y la percepción del dilema ético y se intentara mensurar desde el modelo de paradigma que se discursa al responder la entrevista. El material básico del proceso de investigación es el dato. “Un dato es la construcción compleja que, por consecuencia, posee una estructura.” (Samaja, 2005), propone entonces cuatro componentes de la matriz de datos: unidad de análisis, variables, valores e indicadores.

Tabla 1. *Operacionalización de las variables simples*

Variable	Dimensión	Indicador	Valores
Edad	Sin dimensiones	Nº de años del entrevistado/a	25, 26, 27..... Intervalos para el análisis:
Sexo	Sin dimensiones	Género del entrevistado/a	Mujer Hombre
Nivel de formación	Sin dimensiones	Titulaciones logradas del entrevistado/a	Enfermero Licenciado Especialista Magister

			1, 2, 3 10..... 15
Años de trabajo en la institución	Sin dimensiones	Nº de años de trabajo en la institución del entrevistado/a	Menos de 5 años 5 a 10 11 a 15 16 a 20 21 a 25
Multiempleo	Sin dimensiones	Situación social caracterizada por el desempeño de varios o un empleo	Si No
Turno de trabajo	Sin dimensiones	Turno en que el entrevistado/a, trabaja en la organización	TM TT TN SADOFE

Fuente: Elaboración propia, 2019

Para la variable Percepción de los dilemas éticos se realizarán sendos análisis el análisis lineal y un análisis de discurso en el primer sentido los valores de cada indicador estarán mediado por la respuesta de los entrevistados ya que partiendo de esta conceptualización cualitativa se elaborarán las mismas a partir de cada respuesta que se obtenga. Samaja (205) define al indicador como “algún tipo de procedimiento que se aplique a alguna dimensión de la variable para establecer qué valor de ella le corresponde a una unidad de análisis determinada”. Para decodificar las respuestas de los entrevistados se usará la E01, E01, E03, E010, para identificar así a las entrevistadas y D1, D2, D3 O D4, al relacionarlas con las dimensiones a que pertenecen sus respuestas, en este sentido se considerara la siguiente lógica: E01D3, se interpretara que el entrevistado 1, dio una respuesta “xxx” de la dimensión 3. Esta codificación estará en paréntesis y se detallará lo expresado por el entrevistado. Si alguna de las expresiones no encuentra dimensión, se abrirá nueva dimensión que se indicará como otras/otros.

Tabla 2. Operacionalización de la variable compleja propuesta con las dimensiones sin valores

Variable	Dimensión	Indicador	Valores
Percepción del dilema Ético	Ética y el sistema de salud	el principio de justicia se ve vulnerado, en el marco del sistema de salud	
	Ética en el cuidado	Se representa el principio de autonomía, no dañarlo y principio de veracidad, confidencialidad	
	Ética en la determinación del tratamiento	se relaciona a la cosificación, a la eutanasia, al encarnizamiento terapéutico	
	Ética y la enseñanza-aprendizaje	se considera la formación recibida en la carrera de enfermería sobre la misma. tener o no, conocimientos sobre el tema de los dilemas éticos, que le permita reconocer los principios éticos	

Fuente: Elaboración propia, 2019

Se propone hacer el análisis de discurso (AD) en un intento de visualizar en las respuestas el paradigma de enfermería que está presente, en cada entrevistado en la forma de percepción que cada uno tenga en línea con la formación que tienen los entrevistados y se vislumbrara de esta forma si la hipótesis tiene sustento o no lo tiene, al relacionar el grado de formación y la percepción. En este sentido de Jaworski y Coupland (2006) definen que *un discurso* se refiere al uso del lenguaje de individuos relacionado a la formación cultural, social y política determinadas por sus interacciones dentro de la sociedad, en tanto Urrea, Muñoz y Peña (2013) refieren que el análisis de discurso (AD) permite entender las prácticas discursivas de las personas que se producen dentro de su vida social en las que el uso del lenguaje forma parte de las actividades en que ellas se desarrollan. Las personas se comunican de distintas formas en la era de las comunicaciones y estas formas de comunicación dependen inexorablemente del contexto, de la formación y del desarrollo profesional. Tomando la idea de Foucault (1980).

que el AD, es el análisis de la posición de la gente y como esta reproduce la relación del saber/poder, es decir como un sistema de significados forman la posición del objeto/ sujeto (identidades), y al mismo tiempo son constituidos por ellos. Se basan fuertemente en la visión de los discursos, Como dice Foucault, “El saber no entra tan sólo en las demostraciones, puede intervenir igualmente en ficciones, relatos, reglamentos institucionales y decisiones políticas” (1980, 308p). “Existen saberes que son independientes de las ciencias [...] pero no existe saber sin una práctica discursiva definida; y toda práctica discursiva puede definirse por el saber que forma” (1999, 307p.). Foucault sostiene que el procedimiento arqueológico recorre el eje formación discursiva-saber-ciencia, continuando con la propuesta de Foucault, establece que en toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por un cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y peligros. La educación, por más que sea, de derecho, el instrumento gracias al cual todo individuo en una sociedad como la nuestra puede acceder a no importa qué tipo de discurso, se sabe que sigue en su distribución, en lo que permite y en lo que impide, las líneas que le vienen marcadas por las distancias, las oposiciones y las luchas sociales. Todo sistema de educación es una forma política de mantener o de modificar la adecuación de los discursos, con los saberes y los poderes que implican.

2.4- Recolección de datos

Se realiza plantilla de recolección para guiar la entrevista y completar mientras se realiza la misma. Se llevará también un grabador para no perder ninguna de las expresiones del entrevistado/a.

En la unidad de cuidados críticos pediátricos trabajan 25 enfermeros distribuidos en cuatro turnos, se han seleccionado 10 enfermeros de los distintos turnos.

El cuestionario, se elaboró con relación a los objetivos específicos y representando a las variables a estudiar.

La única pregunta abierta en la entrevista se analizó en las dimensiones que propone Monteiro et al. (2008) el análisis de las distintas respuestas se realizó a través de la formulación de categorías de agrupación de estas. Luego se graficaron los resultados de las variables restantes.

La entrevista tiene un enorme potencial para permitirnos acceder a la parte mental de las personas, pero también a su parte vital a través de la cual descubrimos su cotidianidad y las relaciones sociales que mantienen, según Hernández Carrera (2014) al citar las palabras de Kvale (2011) define que, mediante las entrevistas pretendemos acercarnos al mundo de “ahí fuera”, huyendo de entornos de investigación especializada como los laboratorios, para entender, describir y explicar “desde el interior”. La entrevista se define como la conversación de dos o más personas en un lugar determinado para tratar un asunto. Para Estrada y Deslauriers (2011) la entrevista es técnicamente es un método de investigación científica que utiliza la comunicación verbal para recoger informaciones en relación con una determinada finalidad. Estrada y Deslauriers (2011) enfatizan que, en este proceso de comunicación, el investigador estimula al interlocutor a hablar de lo que él conoce, busca alargar la conversación para aprender más, trata de comprender y obtener las maneras de cómo se define la realidad y los vínculos que se establecen entre los elementos del fenómeno que se estudia.

Continuando en aproximaciones que proponen Estrada y Deslauriers (2011) destacan que la entrevista distingue dos planos deben distinguirse en esta preparación: el saber hacer y el saber ser. La primera destaca la habilidad y competencia del investigador, es quien determina la profundidad de la entrevista. La segunda situación el investigador debe tener la capacidad para mantener la atención y el interés; guardar neutralidad y apertura intelectual para captar la

información, así como tener ciertas aptitudes para realizar la entrevista. Meyer y Oullet (1991) mencionan que el investigador debe:

- Inspirar confianza,
- Suscitar y mantener el interés
- Escuchar y no intervenir, excepto en los momentos propicios.
- Reducir las distancias que pueden crear las diferencias de status social de cultura ente él y su interlocutor.
- Reducir las barreras psicológicas reconociendo y dándole la vuelta a los mecanismos psicológicos utilizados (huida, racionalización, esconderse, etc.)
- Aprovechar el campo de conocimientos del informador y explotarlos.

En relación al tiempo de duración de la entrevista, Estrada y Deslauriers (2011), refieren que no hay que establecer la duración de la entrevista previamente a la misma ya que en algunos informadores que son más explícitos que otros, algunos les gusta hablar y dar muchos detalles, otros tienen buena memoria; en fin, las situaciones son diversas. En esta oportunidad la única pregunta abierta es sobre la percepción de los Dilemas Éticos, se hará un solo encuentro. Este encuentro se realizará en una oficina, alejada de la sala de terapia intensiva pediátrica, para evitar los ruidos e interrupción de los colegas.

2.5- Implementación

La implementación de la investigación será a través de entrevistas con una guía de preguntas y una grabadora. Las entrevistas se realizarán en diferentes turnos en el lapso de una semana.

2.6- La ética de la investigación

Los reparos éticos que se llevaran adelante son los de la confidencialidad a cada entrevistado, se le asignara un numero como sujeto de la entrevista en relación con el orden de

entrevista se le pedirá expresamente autorización y se le explicara claramente de que se trata de una entrevista con el objeto de conocer las percepciones sobre dilemas éticos y el objeto final de esta investigación.

Capítulo 3

Más allá de los caminos

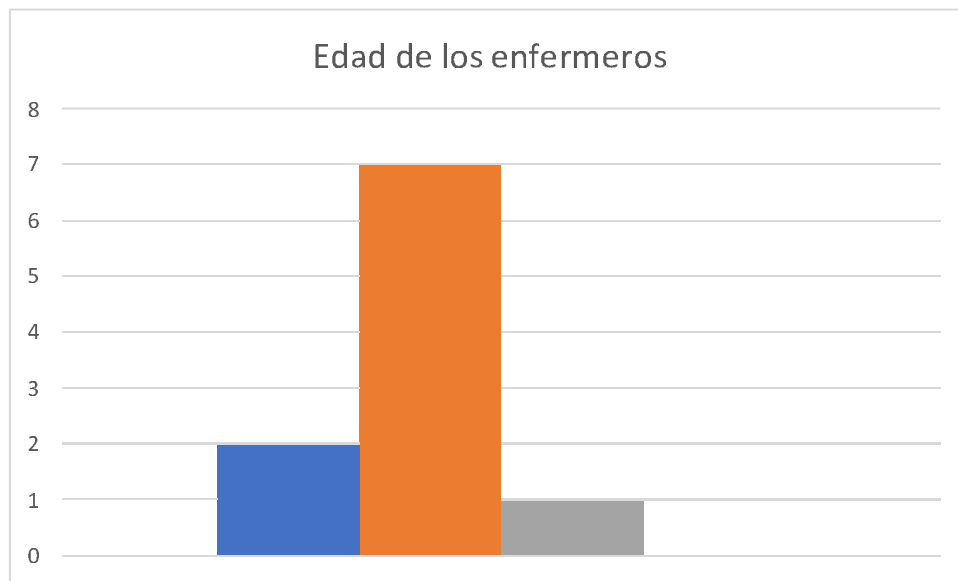
3.1 Aproximación al análisis y variables

Se llega a tal vez la etapa más importante de la investigación donde se debe hacer el tratamiento de los datos obtenidos, según Ynoub (2012) la fase sintética porque precisamente se consuman en ella todas las actividades vinculadas a integrar los elementos teóricos (propios de la Fase 1) con los componentes empíricos (provenientes de la Fase 2). Esta fase, se refiere a los procesos de interpretación por los cuales los datos se integran al cuerpo de la teoría conforme a las hipótesis, objetivos y marcos conceptuales de la investigación. En una frase icónica de la profesora Ynoub (2012), interpretar datos es “ir más allá de los datos”: es decir, transformarlos en material significativo para extraer algún significado de ellos. Claramente la trascendencia de esta fase no depende de los datos duros, de las herramientas sofisticadas que se utilicen para desgarrar los datos y así ponerlos tan cercanos al investigador que en algunas ocasiones se discurren en la inmensidad de la información recogida. Este discurrir se evitará con una trama teórica, donde los paradigmas, los modelos, el marco conceptual hace que el investigador “haga hablar” al dato.

En este sentido podemos vislumbrar que, al evaluar las características de los sujetos, todos los sujetos entrevistados son de sexo femenino, esta situación está en relación a la información de la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS) donde establece podemos apreciar el carácter femenino de la profesión. No obstante, en los grupos más jóvenes se evidencia una creciente masculinización. En la actualidad no hay información clara de los profesionales que se desarrollan en las áreas de cuidados críticos en relación con el género, edad.

En relación a la distribución de frecuencia según edad, podemos decir que el promedio de edad de las entrevistadas es de 36 años, que la edad más frecuente del segmento que va de 30 a 40 años y que la mitad de las entrevistadas tienen menos de 36 años. Así se observa en la representación gráfica:

Gráfico 1. *Distribución de frecuencia según edad*

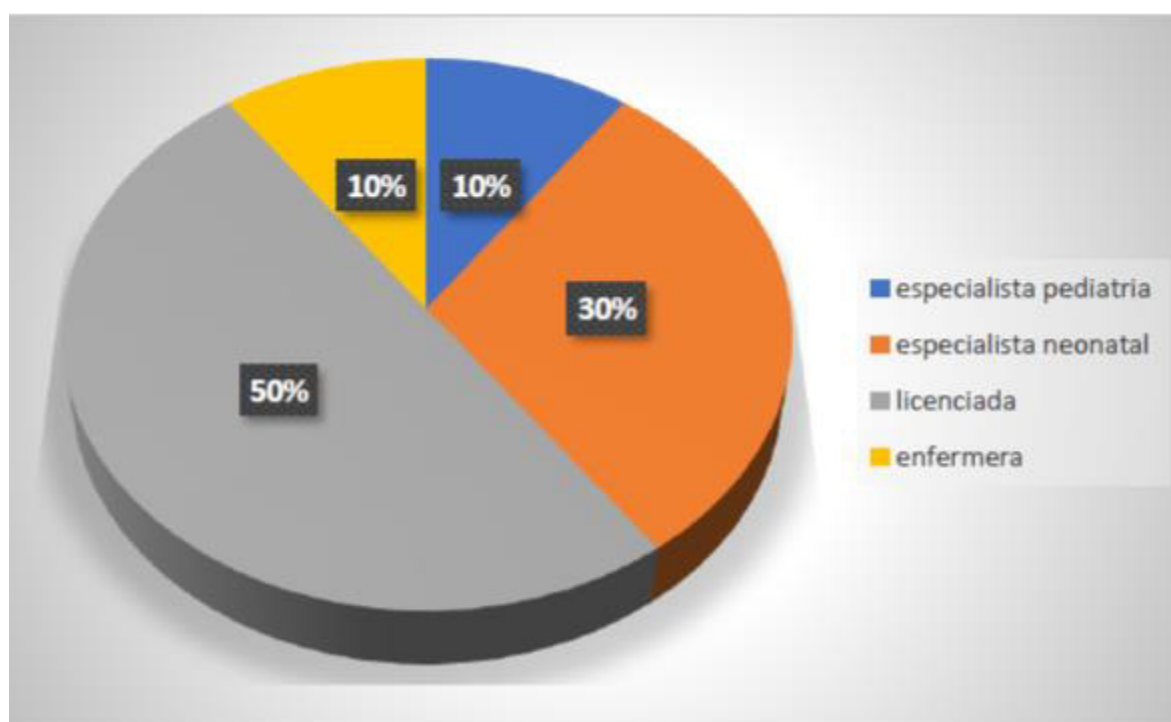


Fuente: elaboración propia, 2019

Un dato importante para la presente investigación es la formación académica de los entrevistados encontramos que el 90% tiene una formación de grado o posgrado (gráfico n° 2). La formación de posgrado es específica para el área, formación específica en el área de los cuidados críticos, en este sentido la especialidad implica la consolidación de una cierta autonomía de saberes. Sin embargo, este no es un proceso que ocurra mecánicamente, sino que depende en gran medida del quehacer de sociedades médicas que controlan y validan el acceso a estos conocimientos delimitados como pertinentes y necesarios según Casas Patiño y Rodríguez (2015) debemos mencionar que la reglamentación vigente es la RM 199/2011 que establece las especialidades de enfermería reconocidas. En Argentina la formación académica a nivel de posgrado se ha concentrado en los escenarios universitarios principalmente en el ámbito universitario, en el las especialidades médicas, específicamente a quedado en manos de organizaciones profesionales o colegios médicos. Las modalidades de formación de posgrado de mayor demanda son las residencias, usualmente financiadas y reguladas por los ministerios de salud nacional y provinciales, y las carreras de posgrado universitario, reguladas por la Ley de Educación Superior 24.521 (República Argentina, 1995), específicamente en enfermería existen las residencias de la provincia de Buenos Aires y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, existen también algunas residencias en la provincia de Córdoba y de Tucumán. En esta línea es importante destacar que el 90% de los entrevistados

tiene formación de grado.

Gráfico 2. Distribución según nivel formación de los enfermeros



Fuente: elaboración propia, 2019

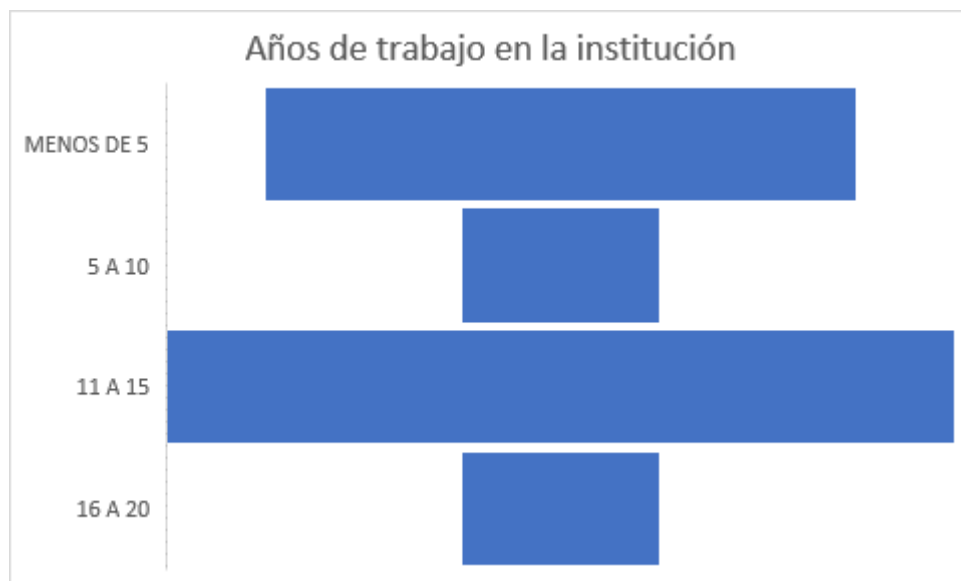
Se desprende del gráfico 2, que el 10% son enfermeros, que un 50% son licenciados en enfermería, un 10% son especialistas en pediatría y un 30% especialistas en neonatología. Podemos destacar que, en términos Schön (1992) la puesta en juego de las destrezas, procedimientos, acciones en la práctica profesional revelan un conocimiento que está en la acción, este conocimiento es puesto en valor desde lo aprendido a lo expresado desde la praxis, praxis con mayor o menor de especificidad, especialidad que estará sujeta a la persona que realiza el ejercicio profesional en combinación con el contexto donde se realiza, decir tal vez que el nicho social condiciona la práctica disciplinar, la desarrolla o la estaciona. Benner (2014) establece cinco niveles de desarrollo de competencias en enfermería: novicia o principiante, principiante avanzado, competente, capaz y experto, destacando que el nivel de enfermera experta es el más alto desarrollo de la competencia, se posee una comprensión intuitiva y profunda de la situación debido a la enorme experiencia y capacidad de adaptación. La actuación de la enfermera experta es integral, no de procedimiento fraccionado como la principiante, y existe un vínculo entre el razonamiento clínico y el ético. Podemos concluir entonces que estos enfermeros tienen una formación

de grado y posgrado, que le permiten establecer entonces un razonamiento clínico y ético.

Cabe destacar que en la resolución ministerial 2721/15, se define el perfil del Licenciado en enfermería como “el graduado que está preparado en el área disciplinar con conocimientos científicos, humanísticos, éticos, legales y políticos para proporcionar atención de enfermería a las personas, familias y grupos de la comunidad con compromiso social político” (Resol. ME 2721/15, pág. 8).

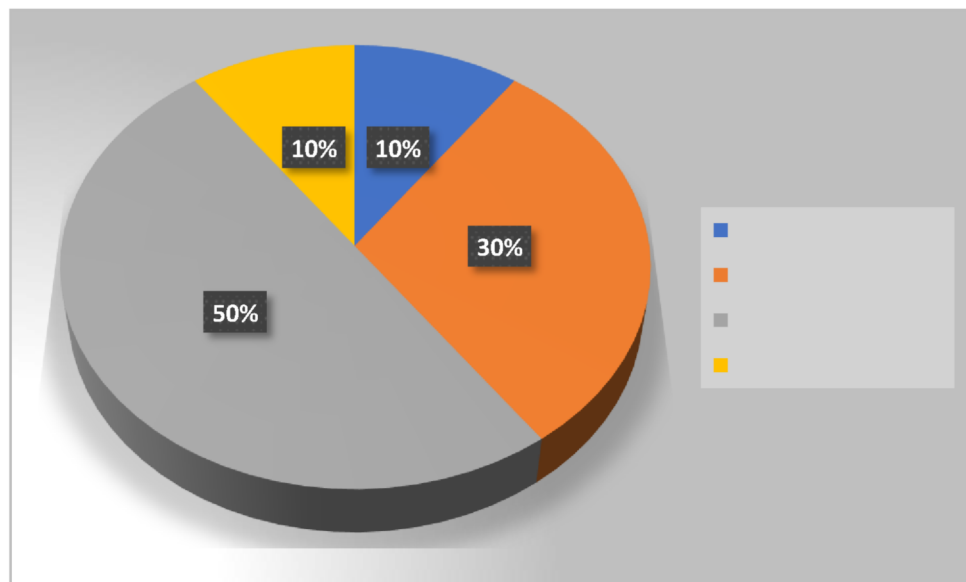
Otro aspecto destacado es la cantidad de años de trabajo en la institución de los enfermeros es alta, esto significa que 9 de 10 entrevistados tienen entre 5 y 10 años de permanencia. Mostrando desde este lugar alguno de los atributos de “hospital magnético”, que tiene que ver con la baja rotación de personal y en este sentido asumimos que el trabajo en equipo, el desarrollo profesional está presente.

Gráfico 3. Distribución de frecuencia según años de trabajo en la institución



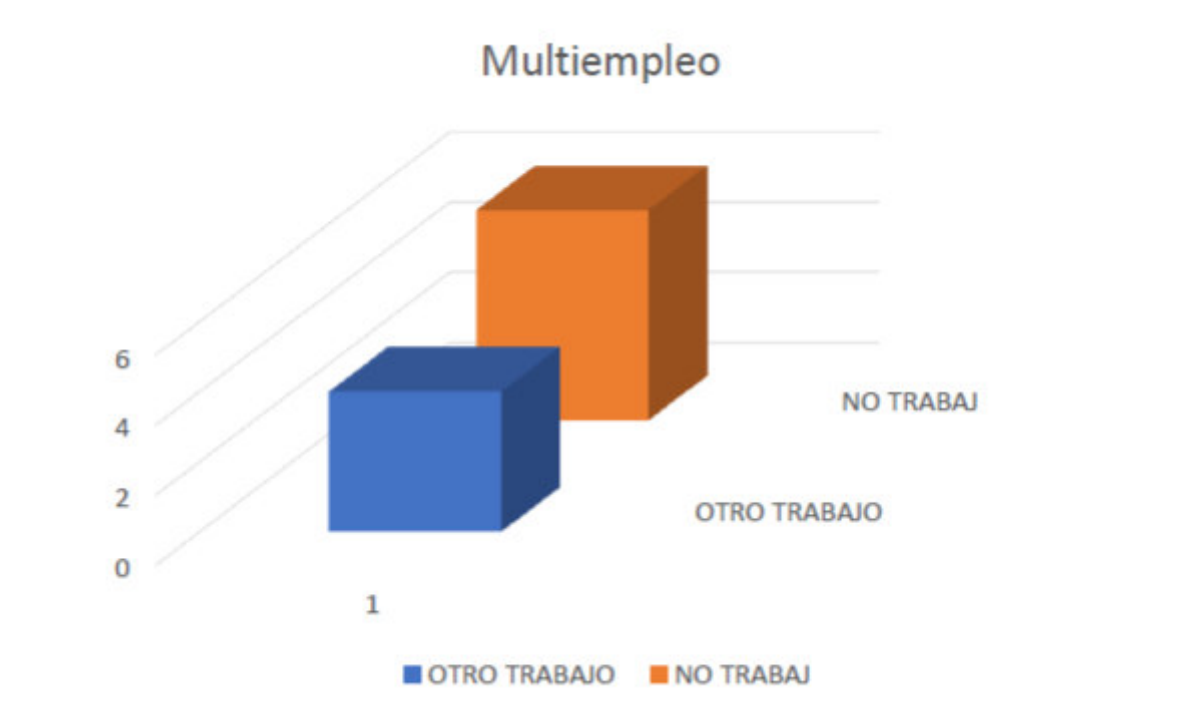
Fuente: elaboración propia, 2019

Siguiendo con la idea del hospital magnético y los elementos que lo describen como sugieren Hernández Cantoral y Zárate Grajales (2011) los Hospitales Magnéticos se caracterizan por tener una estructura horizontal, con poco personal supervisor, dando a los profesionales enfermeros mayor autonomía, control sobre la práctica y satisfacción laboral, donde se consideran a la enfermera como el eje fundamental del cuidado hospitalario, lo que garantiza la calidad de los cuidados y una mejora en los resultados de los pacientes. Es importante destacar en este sentido que la población en estudio 4 de 10 tienen otro empleo (grafico N°4) . En relación al multiempleo, Pautassi (2006) establece la contradicción que implica que en ámbitos de la salud se observe un fenómeno como la sobreocupación que claramente puede afectarla, tanto en el trabajador y la trabajadora, como en la calidad del servicio que brinda. Según Pereyra y Micha (2015) en la enfermería, el pluriempleo adquiere diversas variantes. Una forma es la doble jornada laboral en distintos establecimientos y otra muy frecuente es la extensión de las jornadas laborales en un mismo establecimiento a través de las horas extras. Ambas funcionan como los mecanismos



“compensadores” de los bajos salarios.

Gráfico 4. Multiempleo



Fuente: Elaboración propia, 2019

En relación con los turnos de trabajo la mayoría de los entrevistados trabaja en el turno de la mañana, cabe destacar que la dinámica del turno y la gran concentración de profesionales es diferente en este sentido sobre la vida en general y la salud particular. Martlin y Foley (1996) demuestran las consecuencias en el rendimiento según los turnos de trabajo. Las mismas tareas realizadas en turnos diurnos y nocturnos pueden alcanzar diferencias productivas de hasta un 15%. El trabajo de enfermería requiere una actividad laboral continua durante las veinticuatro horas del día, distribuida por turnos. El trabajo por turnos es el que se realiza permanente o frecuentemente fuera de las horas de trabajo regulares diurnas. Se puede realizar en horario nocturno, diurno o en horarios variables. Cada turno tiene ventajas e inconvenientes y se asocia a diferentes efectos en el bienestar, la salud, la vida social y el rendimiento laboral. El ser humano es un ser básicamente diurno; esto es, su organismo está fundamentalmente programado para trabajar de día y descansar de noche. Las actividades de la vida cotidiana, están organizadas acorde a las personas que trabajan en horarios habituales, en este sentido los

profesionales de la salud nos vemos inmersos de la necesidad de los sujetos de cuidados que no se enferman durante el turno de la mañana (de 8 hs. a 14 hs.) y se van a sus casas, menos aún donde el ritmo de una terapia intensiva de las características de la UCIP en cuestión, que puede recepcionar pacientes durante toda la jornada ya que es una institución donde se derivan niños críticamente enfermos de diferentes localidades del Gran Buenos Aires y de las provincias, que en cualquier momento del día un niño puede entrar en la lista de emergencia de trasplante de corazón, hepático o de intestino. Estas y otras características hacen que en general los turnos de enfermería tengan la misma carga de trabajo, tal vez no tengan la presencia de múltiples asistentes, como por ejemplo de estudiantes, rotantes y visitantes por el simple hecho que se concentran en turnos diurnos y en días de la semana.

Gráfico 5. *Turnos de trabajo*



Fuente: Elaboración propia, 2919

3.2 Variable objeto de la investigación

Ahora bien, en relación con la variable compleja Percepción de los dilemas éticos, esta variable tendrá un doble análisis, por un lado, el centrado en la variable y por el otro un análisis de discurso para poder visualizar el paradigma de la enfermera. En este sentido Bautista (2005) define La percepción es un acto complejo que depende tanto de quien recibe como de quien proporciona la información, percibimos sensaciones, sentimientos y la

intimidad de la otra persona, en ese momento el individuo reduce el mundo que lo rodea a unos hechos concretos, por lo tanto, se puede definir como la interpretación de esas sensaciones, dándoles significado y organización. En la disciplina la percepción es fundamental, no solo para realizar una práctica de enfermería o brindar una prestación de cuidado, sino que esta percepción es la suma de signos y significados que juntos permiten asumir una realidad, simple o compleja y desde esta conjetura establecer un cuidado, utilizando para ello la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Las dimensiones están dadas por el aporte realizado por Monteiro et al. (2008) y con la dimensión que se propuso oportunamente.

Tabla 3. *Percepción de Dilemas que tienen los enfermeros de la unidad de cuidados críticos pediátricos*

Variable	Dimensión	Indicador	Valores
		empleo	E04D1 cuando empecé tenía miedo de no satisfacer las demandas de la organización, de los médicos, de la familia, tal vez por escaso conocimiento, por lo que implica esta terapia intensiva”
			E06D1 “si las decisiones pasaran por enfermería, algunos momentos no se llevarían adelante y se llevaran adelante desde otro lugar”
			tratamiento posterior al trasplante, las decisiones, los medicamentos que le producen otros
			demora de los trasplantes y de los órganos, la sobrevida del niño y la flia”
			E07D1 “la restricción de visitas, sabiendo que es el último tiempo del paciente, NO EN PEDIATRIA, sino en adulto, ellos también necesitan a la familia”
			E07D1 “cumplir el protocolo, que no se contemplan el cuidado humanizado, enfrentar las restricciones del horario”
			E07D1 “como en una misma institución se hacen cosas distintas, terapia intensiva adultos y la pediátrica, donde se respeta a la familia”
			E08D1 “no creo que nuestra opinión, cambie la decisión terapéutica”
			E09D1 “la conformación de los equipos, los roces, los conflictos entre los turnos, repercute en el cuidado”
			E06D1 “yo hago lo que diga el Dr, creo que si nosotros tomáramos decisiones no se hace ni la mitad de lo que se hace”.
			E03D1- “que los colegas no trabajen en equipo debido al burnout, que observo en algunos colegas”

Ética en el
cuidado (D2)

Se representa el
principio de
autonomía, no
dañarlo y
principio de
veracidad,
confidencialidad

E03D1 “restringir la participación de la familia en todo el proceso de atención o en parte del tratamiento, en los adultos, acá en pediatría si se puede a en la terapia de adulto no”

E03D1 “que por el burnout que padecen los compañeros no puedan hacer el cuidado que requiere el niño”

E03D1 “en esta terapia se hace todo, todo lo que necesita el niño eso me da tranquilidad para trabajar, ahora también pienso hasta cuanto hay que hacer”

E04D1 “como ingresar re- pinchados los niños de otros lugares de atención”

E09DI “conflicto entre los distintos turnos de enfermería”

E010D1 “imaginario social del médico sobre la enfermería, siempre presentarse a examen, sobre las incumbencia y atribuciones de enfermería”

E010D1 “modelo medico hegemónico, dificulta la relación y respetan por la trayectoria”

E02D2 “los tratamientos de enfermería se toman en colaboración con los pares y con la jefa de enfermería”

E01D2 “pensar si estamos o no frente al encarnizamiento terapéutico, específicamente en los niños que han atravesado y están atravesando situaciones graves de salud ...”

E01D2 “se toma la decisión en grupo que en qué cosas puede acompañar la familia, que cuidados pueden hacer y en oportunidades establecer en qué momento pueden entrar a la unidad.”

E01D2 “siempre se escucha a la familia y la desasistencia o no y en una oportunidad tome la decisión de correrme, siempre los padres participan en las decisiones medicas”

E02D2 “veo desapego de los padres a los niños que van evolucionando satisfactoriamente, no participan en la externación del niño, no para que hagan el trabajo de enfermería, explicarle que los niños necesitan su contención, remarle el vínculo, explicarles la importancia que tienen de estar, explicarle que es una terapia abierta, entendiendo que es muy favorecedora en el cuidado del niño”

E03D2 “el equipo sabe que el tratamiento no será optimo o no hay opción y la aceptación de la perdida de la familia es diferente y el duelo es diferente, aunque se explica toda la situación del niño”

E03D2 “a que costo humano, familiar seguir con tratamientos que se saben que no serán óptimos”

E03D2 “ver como el niño tolera tanto, verlo llorar a pesar de que este sedado y no entender”

E03D2 “no hacer sufrir, no son una. bolsa de papa...”

E04D2 “la invasión a los niños... pinchar a los niños en trasplante de medula ósea, siendo que la mayor parte de nuestro trabajo es pinchar a los niños y no los quiero pinchar”, “desarrolle diferentes estrategias para que otros pinchen al niño y mantener el vínculo con el niño, yo lo defiendo de la agresión de los otros compañeros”

E06D2 “lo veo como inicia el tratamiento y luego del tratamiento, en medula ver el deterioro”

Percepción
del dilema

Ética en la
determinación
del tratamiento
(D3)

Se relaciona a la
cosificación, a
la eutanasia, al
encarnizamiento
terapéutico

E04D2 “se mezcla lo emocional, lo personal por las características de los niños que se atienden”
E08D2 “muchas veces llevamos adelante tratamientos que requieren nuestros pacientes que son nuevos, ya que hacemos tratamientos de avanzada y que es mayor nuestra expectativa que vaya bien, aun sabiendo que el niño está muy muy, muy mal y que este tratamiento no lo beneficie, pero es mayor nuestra expectativa a la respuesta del tratamiento”
E010D2 “duele la pérdida del niño, por lo que ha pasado el niño y la familia”
E04D2 “como madre también, hacer procedimientos pensando que estos niños pueden ser mi hijo”
E06D3 “Desasistir a niños que requieren repetir en varios trasplantes”
E02D3 “se mezclan sentimientos en los niños que tienen alguna posibilidad y tras intervenciones el niño se muere, a pesar y nos hace pensar hasta donde se puede llegar la ciencia, en qué momento dejar de asistir y como ayudar a los padres”
E02D3 “se mide las consecuencias de usar diferentes estrategias de sostenimiento, cuáles serán las complicaciones a futuro, que discapacidad tendrá el niño luego de este tratamiento, claro está que a la familia se le explica todo y saben, en este sentido se ha visto a los niños la capacidad de afrontar las diferentes discapacidades”
E02D3 “ver el deterioro del cuerpo y las fallas asociado a los tratamientos y no saber hasta donde se debe llegar”
-E03D3 “ver que el niño se va apagando... .., a pesar de los tratamientos”
-E03D3 “el tratamiento indiscriminado hasta donde... cuando”
-E03D3 “la madre dijo... Yo lo traje con los cuatro miembros y así no me lo llevo”
E03D3 “los niños tienen derecho a decir basta”
E03D3 “se hace más de lo que se debería hacer, que implica y que calidad de vida”
E03D3 “el sufrimiento del niño”
E010D3 “el sufrimiento del niño, desde lo espiritual o desde lo físico, de los niños”
E04D3 “la familia que deja al niño en la ucip y que aprovecha para descansar”
E04D3 “no quiero llevar a mi paciente, de medula ósea a la terapia, generalmente se muere”
E05D3 “soy muy creyente, le doy siempre un granito de esperanza, no comparto algunas situaciones que deciden los padres, con los médicos, creo que siempre hay algo más, o algo superior que tomara la decisión de la vida del niño”
E06D3 “veo el sufrimiento y el deterioro del niño en trasplante de medula, a pesar de que uno cuida y trata de evitar el dolor, se mueren igual”
E06D3 “los re-re-retrasplante y heridas en el abdomen, heridas que no cierran y tratamientos ineficaces y por qué hacer tanto para que”

Ética y la enseñanza-aprendizaje	Se considera la formación recibida en la carrera de enfermería sobre la misma. tener o no, conocimientos sobre el tema de los dilemas éticos, que le permita reconocer los principios éticos	E04D3 “deterioro del niño, en trasplante de medula, a pesar del tratamiento se mueren” E07D3 “saber que la condición del paciente y que la familia no esté enterada” E08D3 “ensañamiento terapéutico, decir es demasiado el tratamiento” E08D3 “acostumbrarse a tener malas noticias” E010D3 “luego de trasplantes y retrasplantes al cabo de unos meses de alta el niño se muere” E010D4 “si se reconocen dilemas por la experiencia, hace 15 años que me encuentro aquí, y uno plantea lo que es y no es y luego de tantos años tiene validez la palabra” E04D4 “cuando recién entre a la terapia no entendía, bien que se esperaba de uno, hasta replantearse si es o no el lugar para trabajar” E04D4 “como madre también, hacer procedimientos pensando que estos niños pueden ser mi hijo” E06D4 “al inicio me molestaba trabajar con los papas” E03D4 “cuando recién entre acá hace 11 años los niños que necesitaban trasplante cardíaco y uno lo veía como su cuerpito se deterioraba, no entendía las decisiones que se tomaban, aun con la participación de los padres muchas veces me corrí del tratamiento y ahora con más conocimiento entiendo mucho más las decisiones”
----------------------------------	--	--

Fuente: Elaboración propia, 2019

Se propuso en el desarrollo metodológico de la presente investigación una investigación cualitativa donde se estableció la operacionalización de las distintas variables, según el modelo propuesto por Samaja (2005) “el dato es la construcción compleja, que, por consecuencia, posee una estructura”, propone entonces los cuatro componentes de la matriz de dato: unidad de análisis, variable, valores e indicadores. En relación con la variable “percepción de los dilemas éticos”, se establecieron las dimensiones que se le adjudican a esta variable en relación a la revisión sistemática producida por Monteiro et. al, ahora bien, los indicadores surgen a partir de lo que manifiesten los entrevistados. Es así que esta tabla de operacionalización de la variable se completa entonces ya realizada la entrevista y permite así un mejor análisis.

Tabla 4. *Tabla relaciona unidad de análisis y la percepción de los dilemas de los enfermeros en la unidad de cuidados críticos pediátrica, según Dimensión propuesta*

Dimensión	D1	D2	D3	D4
Entrevistado				

E01	<p>“pensar si estamos o no frente al encarnizamiento terapéutico, específicamente en los niños que han atravesado y están atravesando situaciones graves de salud ...”</p> <p>“se toma la decisión en grupo que en qué cosas puede acompañar la familia, que cuidados pueden hacer y en oportunidades establecer en qué momento pueden entrar a la unidad.”</p> <p>“siempre se escucha a la familia y la desasistencia o no y en una oportunidad tome la decisión de correrme, siempre los padres participan en las decisiones medicas”</p>	<p>“ver el deterioro del cuerpo y las fallas asociado a los tratamientos y no saber hasta donde se debe llegar”</p> <p>“se mezclan sentimientos en los niños que tienen alguna posibilidad y tras intervenciones el niño se muere, a pesar y nos hace pensar hasta donde se puede llegar la ciencia, en qué momento dejar de asistir y como ayudar a los padres”</p> <p>“se mide las consecuencias de usar diferentes estrategias de sostenimiento, cuáles serán las complicaciones a futuro, que discapacidad tendrá el</p>	<p>“cuando recién entre acá hace 11 años los niños que necesitaban trasplante cardiaco y uno lo veía como su cuerquito se deterioraba, no entendía las decisiones que se tomaban, aun con la participación de los padres muchas veces me corrí del tratamiento y ahora con más conocimiento entiendo mucho más las decisiones”</p>
E02	<p>“veo desapego de los padres a los niños que van evolucionando satisfactoriamente, no participan en la externación del niño, no para que hagan el trabajo de enfermería, explicarle que los niños necesitan su contención, remarle el vínculo, explicarles la importancia que tienen de estar, explicarle que es una terapia abierta, entendiendo que es muy favorecedora en el cuidado del niño”</p> <p>“los tratamientos de enfermería se toman en colaboración con los pares y con la jefa de enfermería”</p>	<p>“ver el deterioro del cuerpo y las fallas asociado a los tratamientos y no saber hasta donde se debe llegar”</p> <p>“se mezclan sentimientos en los niños que tienen alguna posibilidad y tras intervenciones el niño se muere, a pesar y nos hace pensar hasta donde se puede llegar la ciencia, en qué momento dejar de asistir y como ayudar a los padres”</p> <p>“se mide las consecuencias de usar diferentes estrategias de sostenimiento, cuáles serán las complicaciones a futuro, que discapacidad tendrá el</p>	<p>“cuando recién entre acá hace 11 años los niños que necesitaban trasplante cardiaco y uno lo veía como su cuerquito se deterioraba, no entendía las decisiones que se tomaban, aun con la participación de los padres muchas veces me corrí del tratamiento y ahora con más conocimiento entiendo mucho más las decisiones”</p>

E03	<p>“que los colegas no trabajen en equipo debido al burnout, que observo en algunos colegas”</p> <p>“restringir la participación de la familia en todo el proceso de atención o en parte del tratamiento, en los adultos, acá en pediatría si se puede a en la terapia de adulto no”</p> <p>“que por el burnout que padecen los compañeros no puedan hacer el cuidado que requiere el niño”</p> <p>“en esta terapia se hace todo, todo lo que necesita el niño eso me da tranquilidad para trabajar, ahora también pienso hasta cuanto hay que hacer”</p>	<p>“el equipo sabe que el tratamiento no será optimo o no hay opción y la aceptación de la perdida de la familia es diferente y el duelo es diferente, aunque se explica toda la situación del niño”</p> <p>“a que costo humano, familiar seguir con tratamientos que se saben que no serán óptimos”</p> <p>“ver como el niño tolera tanto, verlo llorar a pesar de que este sedado y no entender”</p> <p>“no hacer sufrir, no son una. bolsa de papa...”</p>	<p>niño luego de este tratamiento, claro está que a la familia se le explica todo y saben, en este sentido se ha visto a los niños la capacidad de afrontar las diferentes discapacidades”</p> <p>“ver que el niño se va apagando....., a pesar de los tratamientos”</p> <p>“el tratamiento indiscriminado hasta donde... cuando”</p> <p>“la madre dijo.... Yo lo traje con los cuatro miembros y así no me lo llevo”</p> <p>“los niños tienen derecho a decir basta”</p> <p>“se hace más de lo que se debería hacer, que implica y que calidad de vida”</p> <p>“el sufrimiento del niño”</p> <p>“el sufrimiento del niño, desde lo espiritual o desde lo físico, de los niños”</p>	
E04	<p>“cuando empecé tenía miedo de no satisfacer las demandas de la organización, de los médicos, de la familia, tal vez por escaso conocimiento, por lo que implica esta terapia intensiva”</p> <p>“como ingresar re-pinchados los niños de otros lugares de atención”</p>	<p>“se mezcla lo emocional, lo personal por las características de los niños que se atienden”</p> <p>“la invasión a los niños... pinchar a los niños en trasplante de medula ósea, siendo que la mayor parte de nuestro trabajo es pinchar a los niños y no los quiero pinchar”,</p> <p>“desarrolle diferentes estrategias para que otros pinchen al niño y <u>mantener el vínculo</u>”</p>	<p>“deterioro del niño, en trasplante de medula, a pesar del tratamiento se mueren”</p> <p>“la familia que deja al niño en la ucip y que aprovecha para descansar”</p> <p>“no quiero llevar a mi paciente, de medula ósea a la terapia, generalmente se muere”</p>	<p>“cuando recién entre a la terapia no entendía, bien que se esperaba de uno, hasta replantearse si es o no el lugar para trabajar”</p> <p>“como madre también, hacer procedimientos pensando que estos niños pueden ser mi hijo”</p>

con el niño, yo lo
defiendo de la agresión
de los otros
compañeros”
“como madre también,
hacer procedimientos
pensando que estos
niños pueden ser mi
hijo”

E05

“soy muy creyente, le
doy siempre un granito
de esperanza, no
comparto algunas
situaciones que
deciden los padres,
con los médicos, creo
que siempre hay algo
más, o algo superior
que tomara la decisión
de la vida del niño”

“si las decisiones
pasaran por
enfermería, algunos
tratamientos no se
llevarían adelante y se
llevaran adelante lo
harían desde otro
lugar”

“lo veo como inicia el
tratamiento y luego del
tratamiento, en medula
ver el deterioro”

“veo el sufrimiento y
el deterioro del niño en
trasplante de medula, a
pesar de que uno cuida
y trata de evitar el
dolor, se mueren
igual”

“al inicio me
molestaba trabajar con
los papas”

“como madre también,
hacer procedimientos
pensando que estos
niños pueden ser mi
hijo”

E06

“el tratamiento
posterior al trasplante,
las reinternaciones, los
medicamentos que le
producen otros daños”
“la demora de los
trasplantes y de los
órganos, condiciona la
sobrevida del niño y la
flia”

yo hago lo que diga el
Dr, creo que si
nosotros tomáramos
decisiones no se hace
ni la mitad de lo que se
hace”.

“los re-re-retrasplante
y heridas en el
abdomen, heridas que
no cierran y
tratamientos ineficaces
y por qué hacer tanto
para que”

“Desasistir a niños que
requieren repetir en
varios trasplantes”

E07	<p>“la restricción de visitas, sabiendo que es el último tiempo del paciente, NO EN PEDIATRIA, sino en adulto, ellos también necesitan a la familia” “cumplir el protocolo, que no se contemplan el cuidado humanizado, enfrentar las restricciones del horario” “como en una misma institución se hacen cosas distintas, terapia intensiva adultos y la pediátrica, donde si se respeta a la familia”</p>	<p>“saber que la condición del paciente y que la familia no esté enterada”</p>		
E08	<p>“no creo que nuestra opinión, cambie la decisión terapéutica”</p>	<p>“muchas veces llevamos adelante tratamientos que requieren nuestros pacientes que son nuevos, ya que hacemos tratamientos de avanzada y que es mayor nuestra expectativa que vaya bien, aun sabiendo que el niño está muy muy, muy mal y que este tratamiento no lo beneficie, pero es mayor nuestra expectativa a la respuesta del tratamiento”</p>	<p>“enseñamiento terapéutico, decir es demasiado el tratamiento” “acostumbrarse a tener malas noticias”</p>	
E09	<p>“la conformación de los equipos, los roces, los conflictos entre los turnos, repercute en el cuidado” “conflicto entre los distintos turnos de enfermería”</p>			
E010	<p>“modelo medico hegemónico, dificulta la relación y respetan por la trayectoria” “imaginario social del médico sobre la</p>	<p>“duele la pérdida del niño, por lo que ha pasado el niño y la familia”</p>	<p>“luego de trasplantes y retrasplantes al cabo de unos meses de alta el niño se muere” “el sufrimiento del niño, desde lo</p>	<p>“sí se reconocen dilemas por la experiencia, hace 15 años que me encuentro aquí, y uno plantea lo que es y no es y luego</p>

enfermería, siempre presentarse a examen, sobre las incumbencia y atribuciones de enfermería”

espiritual o desde lo físico, de los niños”

de tantos años tiene validez la palabra”

Fuente: Elaboración propia, 2019

Antes de concluir esta etapa del análisis se debe abordar la relación buscada entre el nivel de formación y los dilemas éticos percibidos, se destaca que los 50% de los entrevistados son Licenciados en Enfermería y el 40% restante tiene formación de posgrado, en relación al perfil de Licenciado en la Resolución Ministerial 2721/15, se define el perfil del Licenciado en enfermería como “el graduado que está preparado en el área disciplinar con conocimientos científicos, humanísticos, éticos, legales y políticos para proporcionar atención de enfermería a las personas, familias y grupos de la comunidad con compromiso social político” (Resol. ME 2721/15, pág. 8). En este sentido a mayor formación mayor capacidad de resolución y de reflexión se ha encontrado en algunas de las verbalizaciones :

E04 “cuando empecé tenía miedo de no satisfacer las demandas de la organización, de los médicos, de la familia, tal vez por escaso conocimiento, por lo que implica esta terapia intensiva”

E02 “cuando recién entre acá hace 11 años los niños que necesitaban trasplante cardíaco y uno lo veía como su cuerpito se deterioraba, no entendía las

decisiones que se tomaban, aun con la participación de los padres muchas veces me corrí del tratamiento y ahora con más conocimiento entiendo mucho más las decisiones”

E010 “sí se reconocen dilemas por la experiencia, hace 15 años que me encuentro aquí, y uno plantea lo que es y no es y luego de tantos años tiene validez la palabra”

Parecería ser que a mayor formación, mayor posibilidad de percibir dilemas.

Por último en esta etapa del análisis, se debe reflexionar sobre la relación entre los dilemas éticos percibidos y la cantidad de años de trabajo en la institución el tiempo es para destacar que la mayoría de los enfermeros tienen más de 5 años de trabajo en la institución esto implica mayor conocimiento sobre los tratamientos, las intervenciones y protocolos. También implica una interacción entre los equipos que permite de esta forma lograr cohesión en los distintos grupos.

3.3 Análisis de las distintas dimensiones de la Ética

3.3.1. Análisis de la dimensión Ética en la determinación del tratamiento

Todas las dimensiones tuvieron luego de las entrevistas algún “valor” de respuesta que surgió de la entrevista, podría comenzar un análisis partiendo de las unidades de análisis donde en líneas generales todas tuvieron alguna percepción de dilemas éticos en la entrevista. Se observa también que las dimensiones que representan con mayor observancia del dilema ético por parte de los enfermeros de las terapias intensiva radican en la dimensión de la Ética en la determinación del tratamiento, cabe destacar que esta dimensión trata sobre cómo se relaciona a la cosificación, a la eutanasia, al encarnizamiento terapéutico. En este sentido se debe contextualizar que las características de la terapia intensiva realizan tratamientos innovadores, donde se utiliza la última tecnología en el cuidado y tratamiento, en muchas situaciones los niños están internados durante mucho tiempo, haciendo un seguimiento exhaustivo del niño durante la internación y en el momento de la externación. Surgen entonces verbalizaciones como:

- E06D3 “Desasistir a niños que requieren repetir en varios trasplantes”
- E02D3 “se mezclan sentimientos en los niños que tienen alguna posibilidad y tras intervenciones el niño se muere, a pesar y nos hace pensar hasta donde se puede llegar la ciencia, en qué momento dejar de asistir y como ayudar a los padres”
- E02D3 “se mide las consecuencias de usar diferentes estrategias de sostenimiento, cuáles serán las complicaciones a futuro, que discapacidad tendrá el niño luego de este

tratamiento, claro está que a la familia se le explica todo y saben, en este sentido se ha visto a los niños la capacidad de afrontar las diferentes discapacidades”

- EO2D3 “ver el deterioro del cuerpo y las fallas asociado a los tratamientos y no saber hasta donde se debe llegar”
- -E03D3 “ver que el niño se va apagando....., a pesar de los tratamientos”
- -E03D3 “el tratamiento indiscriminado hasta donde... cuando”
- -E03D3 “la madre dijo... Yo lo traje con los cuatro miembros y así no me lo llevo”
- E03D3 “los niños tienen derecho a decir basta”
- E03D3 “se hace más de lo que se debería hacer, que implica y que calidad de vida”
- E03D3 “el sufrimiento del niño”
- E010D3 “el sufrimiento del niño, desde lo espiritual o desde lo físico, de los niños”
- E04D3 “la familia que deja al niño en la ucip y que aprovecha para descansar”
- E04D3 “no quiero llevar a mi paciente, de médula ósea a la terapia, generalmente se muere”
- E05D3 “soy muy creyente, le doy siempre un granito de esperanza, no comparto algunas situaciones que deciden los padres, con los médicos, creo que siempre hay algo más, o algo superior que tomara la decisión de la vida del niño”
- E06D3 “veo el sufrimiento y el deterioro del niño en trasplante de medula, a pesar de que uno cuida y trata de evitar el dolor, se mueren igual”
- E06D3 “los re-re-retrasplante y heridas en el abdomen, heridas que no cierran y tratamientos ineficaces y por qué hacer tanto para que”
- E04D3 “deterioro del niño, en trasplante de medula, a pesar del tratamiento se mueren”

- E07D3 “saber que la condición del paciente y que la familia no esté enterada”
- E08D3 “ensañamiento terapéutico, decir es demasiado el tratamiento”
- E08D3 “acostumbrarse a tener malas noticias”
- E010D3 “luego de trasplantes y retrasplantes al cabo de unos meses de alta el niño se muere”

Estas verbalizaciones se ajustan a lo que propone al definir la dimensión, Ética en la determinación del tratamiento, se refiere a la aplicación de tratamientos tras el desarrollo biotecnológico de la medicina, que abarca el sostenimiento de la vida por mecanismos técnicos, que lleva a plantear preguntas: ¿cuál es el límite de la “cosificación”, entendida como la despersonalización del hombre y la dotación a las cosas de propiedades del sujeto?, ¿hasta dónde elige el sujeto de cuidado el tratamiento? o ¿el sujeto de cuidado puede elegir la eutanasia? Al respecto, Beltrán Salazar (2011) plantea que el desarrollo actual en el conocimiento de la fisiología, la monitorización, las intervenciones quirúrgicas y trasplantes, ha llevado a intervenir tanto la vida como la muerte de las personas; por tanto, muchos de estos son los dilemas éticos que se plantean para los enfermeros. Aparecen claramente los dilemas frente a la muerte de los niños, al rol de la familia en el cuidado y tratamiento antes durante y después de la terapia intensiva. El valor del cuerpo, en términos como deterioro, sufrimiento, dolor, llanto, pérdida de miembros, lesiones discapacitantes. Debemos considerar en este aspecto que la formación de la enfermería y de la medicina en general se centra en la enfermedad y el abordaje central al “cuerpo”, en el marco de la formación básica de enfermería es tecnocrática, cuyas primeras expresiones son las técnicas de enfermería, las que constituyen los cuidados de enfermería; el objetivo se centra en la manera de hacer la tarea, el grado de precisión que se requiere específicamente en el área de la terapia intensiva. El cuidado que ofrece la enfermera, poseedora de conocimientos y habilidades, tiene la finalidad de suplir las incapacidades y

déficits que surjan en la persona, es decir, se orienta hacia los problemas, dejando de lado los factores personales y ambientales. Las primeras practicas son sobre cuerpos de personas hospitalizadas o ahora con el cambio curricular enfatizando la utilización de sofisticados equipos de simulación, o en algunas partes desmembradas de cuerpos.

3.3.2 Análisis de la dimensión Ética en el cuidado

Cabe destacar que muchos dilemas éticos fueron percibidos por las entrevistadas bajo la dimensión de Ética en el cuidado, esta dimensión (dos) se relaciona al principio de autonomía, no dañarlo y principio de veracidad, confidencialidad solo tres entrevistadas no han percibido dilemas asociado al cuidado enfermero. Con respecto a la dimensión Ética en el cuidado, Villarreal Cantillo y Visbal (2013), define que el arte de cuidar está implícito en la bioética desde el principalismo; es una acción cuyo destino es el bien del ser humano (acciones beneficiantes). Además, cuidar a un ser humano implica acompañamiento, velar por su autonomía, no dañarlo y proceder con justicia, relacionado con los cuatro principios universales.

Algunas de las verbalizaciones que surgen:

- E03D2“no hacer sufrir, no son una. bolsa de papa...”
- E04D2“la invasión a los niños...pinchar a los niños en trasplante de medula ósea, siendo que la mayor parte de nuestro trabajo es pinchar a los niños y no los quiero pinchar”, “desarrolle diferentes estrategias para que otros pinchen al niño y mantener el vínculo con el niño, yo lo defiendo de la agresión de los otros compañeros”
- E06D2“lo veo como inicia el tratamiento y luego del tratamiento, en medula ver el deterioro”
- E04D2“se mezcla lo emocional, lo personal por las características de los niños que se atienden”

- E08D2 “muchas veces llevamos adelante tratamientos que requieren nuestros pacientes que son nuevos, ya que hacemos tratamientos de avanzada y que es mayor nuestra expectativa que vaya bien, aun sabiendo que el niño está muy muy, muy mal y que este tratamiento no lo beneficie, pero es mayor nuestra expectativa a la respuesta del tratamiento”
- E010D2 “duele la pérdida del niño, por lo que ha pasado el niño y la familia”
- E01D2 “se toma la decisión en grupo que en qué cosas puede acompañar la familia, que cuidados pueden hacer y en oportunidades establecer en qué momento pueden entrar a la unidad.”
- E01D2 “siempre se escucha a la familia y la desasistencia o no y en una oportunidad tome la decisión de correrme, siempre los padres participan en las decisiones medicas”
- E02D2 “veo desapego de los padres a los niños que van evolucionando satisfactoriamente, no participan en la externación del niño, no para que hagan el trabajo de enfermería, explicarle que los niños necesitan su contención, remarle el vínculo, explicarles la importancia que tienen de estar, explicarle que es una terapia abierta, entendiendo que es muy favorecedora en el cuidado del niño”
- E03D2 “el equipo sabe que el tratamiento no será optimo o no hay opción y la aceptación de la perdida de la familia es diferente y el duelo es diferente, aunque se explica toda la situación del niño”
- E03D2 “a que costo humano, familiar seguir con tratamientos que se saben que no serán óptimos”
- E03D2 “ver como el niño tolera tanto, verlo llorar a pesar de que este sedado y no entender”

- E04D2 “como madre también, hacer procedimientos pensando que estos niños pueden ser mi hijo”

Esta dimensión trata sobre la praxis de enfermería, con respecto a la dimensión Ética en el cuidado, Villarreal Cantillo y Visbal (2013), define que el arte de cuidar está implícito en la bioética desde el principalismo; es una acción cuyo destino es el bien del ser humano (acciones beneficiantes). Además, cuidar a un ser humano implica acompañamiento, velar por su autonomía, no dañarlo y proceder con justicia, relacionado con los cuatro principios universales. Cabe destacar, que el principio es hacer el bien, denominado como principio de Benevolencia, no maleficencia, podemos referir que se entiende como hacer el menos mal posible, y por último el principio que reconoce al sujeto de cuidado como sujeto de derecho, colocándolo en el centro de los sistemas de salud denominado como principio de autonomía. En este sentido, Martínez Delgado, Rodríguez Prieto y Cuan Colina (2011) establecen que al referimos al niño, uno de los primeros y grandes dilemas que surge es que son o somos otros los que han de enfrentarse a la decisión de determinar actuaciones terapéuticas, ya que él no conoce ni es consciente de su situación y carece de la capacidad para manifestarse, en este aspecto el valor de autonomía está presente desde los padres, de todas formas una de las entrevistadas menciona claramente, “el niño tiene derecho a decir basta”. Aparece la empatía, en el ejercicio de la enfermería como esencial, en este sentido se cuestionan como cuidan los enfermeros a los niños y hasta dónde llega la empatía. En relación a la praxis de enfermería, según Escobar-Castellanos y Cid-Henríquez (2018) refiere que el uso inevitable de la tecnología al servicio de la salud y de la vida de las personas puede originar una importante deshumanización en la atención que se brinda, pudiendo afectar la evolución y recuperación del paciente, en esta investigación claramente se destaca que los enfermeros han abandonado el paradigma cosificado de la categorización que se han movido al paradigma de la integración, o que se encuentran en un paradigma intermedio al de transformación.

Según Falcó-Pegueroles, Rodríguez-García y Estrada-Masllorens, (2011) los profesionales de enfermería son especialmente vulnerables a percibir conflictos de carácter ético, debido básicamente a las responsabilidades propias asociadas al cuidado de las personas, en acuerdo a lo expresado por los autores, la dimensión que fue claramente visualizada con dilemas éticos por los enfermeros es la relacionada con su praxis.

3.3.3 Análisis de la dimensión Ética y la enseñanza-aprendizaje

Pocas entrevistadas han percibido el dilema ético asociado a la dimensión cuatro donde se considera la formación recibida en la carrera de enfermería sobre la misma. tener o no, conocimientos sobre el tema de los dilemas éticos, que le permita reconocer los principios éticos, en esta dimensión claramente muestra como fue cambiando la valoración del dilema en relación al tiempo de ejercicio en la terapia intensiva y a la evolución de los cuidados, que realizan en esta terapia. En relación con la dimensión Ética y la enseñanza-aprendizaje, se considera la formación recibida en la carrera de enfermería sobre la misma. Los enfermeros se plantean tener o no, conocimientos sobre el tema de los dilemas éticos, que le permita reconocer los principios éticos. En este sentido Estrada-Sánchez (2010), expresa que el cuidar requiere tiempo, espacio, dedicación, técnica, ciencia, sabiduría, conocimiento teórico y probada pericia, enmarcados institucionalmente en una política social que haga posible cuidar a un ser humano, es decir, donde las condiciones estructurales sean favorables para el ejercicio profesional del cuidado. En este sentido Foucault (1992), se refiere, todo sistema de educación es una forma política de mantener o de modificar la adecuación de los discursos, con los saberes y los poderes que implican, asumo tal vez desde el modelo médico que es conveniente que no despertemos las enfermeras.

Algunas de las verbalizaciones son:

- E010D4 “si se reconocen dilemas por la experiencia, hace 15 años que me encuentro aquí, y uno plantea lo que es y no es y luego de tantos años tiene validez la palabra”
- E04D4 “cuando recién entre a la terapia no entendía, bien que se esperaba de uno, hasta replantearse si es o no el lugar para trabajar”
- E06D4 “al inicio me molestaba trabajar con los papas”
- E03D4 “cuando recién entre acá hace 11 años los niños que necesitaban trasplante cardíaco y uno lo veía como su cuerpito se deterioraba, no entendía las decisiones que se tomaban, aun con la participación de los padres muchas veces me corrí del tratamiento y ahora con más conocimiento entiendo mucho más las decisiones”

3.3.4 Análisis de la dimensión Ética y el sistema de salud

En relación a los entrevistados con mayor formación el dilema lo encuentran en la dimensión Ética y el sistema de salud, donde se centra en el principio de justicia y la vulnerabilidad del mismo, ya sea por la organización misma, por el sistema mismo y por la extirpación del niño y el cuidado posterior, en este sentido cabe recordar, que son el principio de Justicia, significa dar a cada uno lo que realmente necesita desde las necesidades de los sistemas de salud, donde se debe asegurar que a igual necesidad igual atención, oportuna y de calidad. En esta dimensión en el aspecto de la organización aparece el tema del Burnout, claramente evitara que cada niño reciba en forma oportuna y de calidad el cuidado, del modelo medico hegemónico, este no contempla la decisión de la enfermería, no se considera parte del equipo entendiendo que es una subordinada del médico, limita en este sentido creatividad, capacidad de liderar el cuidado del niño y del trabajo en equipo, en este sentido. Es singular que muchos de los enfermeros que perciben los dilemas éticos en esta dimensión son los entrevistados con mayor formación, con más tiempo de ejercicio en la profesión y en la organización. Algunas de las verbalizaciones en este sentido:

- E06D1 “el tratamiento posterior al trasplante, las reinternaciones, los medicamentos que le producen otros daños”.
- E06D1 “la demora de los trasplantes y de los órganos, condiciona la sobrevivencia del niño y la familia”.
- E07D1 “la restricción de visitas, sabiendo que es el último tiempo del paciente, NO EN PEDIATRÍA, sino en adulto, ellos también necesitan a la familia”.
- E07D1 “cumplir el protocolo, que no se contemplan el cuidado humanizado, enfrentar las restricciones del horario”.
- E07D1 “como en una misma institución se hacen cosas distintas, terapia intensiva adultos y la pediátrica, donde si se respeta a la familia”.
- E03D1 “que por el burnout que padecen los compañeros no puedan hacer el cuidado que requiere el niño”.
- E03D1 “en esta terapia se hace todo, todo lo que necesita el niño eso me da tranquilidad para trabajar, ahora también pienso hasta cuanto hay que hacer”.
- E09DI “conflicto entre los distintos turnos de enfermería”.

Cabe mencionar, antes de finalizar este análisis que solo una entrevistada visualizó las cuatro dimensiones establecidas, para el análisis, esta entrevistada tiene más de 15 años de ejercicio profesional, además hace más de 15 años que trabaja en la unidad, es docente de la especialidad y está en el proceso de maestrando.

3.4 Análisis de discurso

Al iniciar este análisis estoy enfrentándome a diferentes tensiones internas, aprendizajes, poner de manifiesto mi propio aprendizaje y valorando el aporte a la profesión, es por ello que

gracias a la maestría pude descubrir un mundo velado a la profesión o esquivo tal vez y claro

gracias a las enseñanzas de mis profesores, llegue a conocer e intentar descifrar que dicen las personas cuando “dicen”, “hablan” o “verbalizan”. Cuento con la expertis de valorar, de entender cuando un paciente sin mirar contesta, cuando solo con ver acercarse una persona, entiendo que le duele, quien lo cuida, donde vive. Ahora estoy en otra situación en una situación novedosa donde no tengo experiencia donde debo dar clara muestra que, entre Esther Díaz (2011), Ynoub (2012) y Samaja (2005) han calado tan hondo para entender o intentar al menos ver, mostrar desde el conocimiento científico el aporte disciplinar. Aporte que, según el Código de Ética de enfermería, debería realizar todo profesional de la disciplina.

Volviendo al tema del discurso, Jaworski y Coupland (2006) definen que un discurso se refiere al uso del lenguaje de individuos relacionado a la formación cultural, social y política determinadas por sus interacciones dentro de la sociedad, en tanto Urra, Muñoz y Peña (2013) refieren que el análisis de discurso (AD) permite entender las prácticas discursivas de las personas que se producen dentro de su vida social en las que el uso del lenguaje forma parte de las actividades en que ellas se desarrollan. Las personas se comunican de distintas formas en la era de las comunicaciones y estas formas de comunicación dependen inexorablemente del contexto, de la formación y del desarrollo profesional. Tomando la idea de Foucault (1980) que el AD, es el análisis de la posición de la gente y como esta reproduce la relación del saber/poder, es decir como un sistema de significados forman la posición del objeto/ sujeto (identidades), y al mismo tiempo son constituidos por ellos. Se basan fuertemente en la visión de los discursos, Como dice Foucault, “El saber no entra tan sólo en las demostraciones, puede intervenir igualmente en ficciones, relatos, reglamentos institucionales y decisiones políticas” (1992, 308p.). “Existen saberes que son independientes de las ciencias [...] pero no existe saber sin una práctica discursiva definida; y toda práctica discursiva puede definirse por el saber qué forma” (1992, 307p.). Foucault sostiene que el procedimiento arqueológico recorre el eje formación discursiva-saber-ciencia, continuando con la propuesta de Foucault, establece que

en toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por un cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y peligros. La educación, por más que sea, de derecho, el instrumento gracias al cual todo individuo en una sociedad como la nuestra puede acceder a no importa qué tipo de discurso, se sabe que sigue en su distribución, en lo que permite y en lo que impide, las líneas que le vienen marcadas por las distancias, las oposiciones y las luchas sociales.

Se propone hacer el análisis de discurso (AD) en un intento de visualizar en las respuestas el paradigma de enfermería que está presente entre las entrevistadas, cabe recordar que en términos de la disciplina que según según Kuhn (1970) los paradigmas de una disciplina científica preparan al personal básicamente para la práctica con el objeto de definirla y guiarla, por lo que las teorías ayudan a la práctica, mediante bases teóricas, filosóficas y modelos conceptuales. De acuerdo a las corrientes del pensamiento se han descrito hasta el momento tres tipos de paradigmas. Entre ellos se describen el *Paradigma de categorización* (1850-1950), básicamente inspirado en el modelo biologicista que se relaciona causa - efecto y en líneas generales el sujeto de cuidado, se lo considera como la suma de sus partes, se lo aísla en grandes centros, entre ellos, hospitales donde se separan a las mujeres de hombres, a las personas se las interna según su enfermedad (renal, respiratoria, trastornos cardíacos), el sujeto de cuidado es considerado como un paciente, entendiendo desde este lugar que el paciente incluye al individuo, familia y comunidad e identifica al receptor o receptores de los cuidados, esperan, pacientes, sin posibilidad de decisión, divididos en varias partes, reconocidos por el aspecto biológico, por el proceso de enfermedad . Este paradigma tiene dos grandes orientaciones, una insipiente salud pública y el gran desarrollo del estudio de las enfermedades, debido al descubrimiento de fármacos y al desarrollo de la historia natural de la enfermedad. El *Paradigma de integración* (1950-1975), gracias al desarrollo disciplinar y al surgimiento de algunas teorizadoras, el sujeto de cuidado es considerado como parte del cuidado y no como la

suma de sus partes. Donde la Enfermería, pone de manifiesto su diferenciación dentro de la medicina con un método propio de cuidado, que está dirigido a mantener la salud de las personas en diferentes dimensiones, entendiendo a la persona como un todo, reconociendo dimensiones de interacción con el medio o entorno que lo conforman, considerando otras dimensiones, como ser, políticas, económicas y sociales. Este paradigma se ve influenciado por el contexto, los cambios científicos, con exponentes como Maslow, Ericsson, así también el desarrollo disciplinar surgen algunas teorías y propuestas filosóficas, entre las que encontramos a Peplau (1952), Henderson (1955), Orem (1960), Hall (1961), Kin (1968), Rogers (1970), Roy (1971), en este paradigma se observa una revolución de la enfermería. Cabe destacar que se vislumbra que esta enfermería esta encaminada hacia el paradigma de la transformación ya que algunas entrevistadas ven al niño críticamente enfermo de una forma holística.

Aparecen entonces en la dimensión Ética en la determinación del tratamiento, en las verbalizaciones de muchas entrevistadas clara oposición a la cosificación que se plantea en el paradigma de la categorización, empieza a verse el derecho de los niños, la toma de decisión de los padres, los límites de la ciencia y la pregunta de los límites de la utilidad.

También en la dimensión Ética y el sistema de salud, aparece el intento de ruptura al modelo medico hegemónico en parte de las entrevistadas dada por su formación y trayectoria, claro está que en las entrevistadas más jóvenes y con menos formación ven como una situación real al expresarse “no creo que nuestra posición, cambie la decisión medica”, “yo hago lo que dice el Dr”.

Fuertemente de la dimensión Ética en el cuidado, se percibe el cambio de paradigma al paradigma de la transformación, ya que las verbalizaciones consideran a la persona como un todo y con derechos al cuidado, donde cada persona es único e irrepetible, en las distintas

dimensiones del cuidado, donde se acentúa “cuidado holístico”, integran al cuidado a la familia y perciben también la necesidad de extender el cuidado a la familia que cuidara a este niño.

3.4.1. El discurso desde la formación

Desde la formación de los entrevistados y al llegar a verbalizar la percepción puedo enmarcar que las entrevistadas se encuentran desde el paradigma de la Integración hacia el paradigma de la transformación, ya que asumen al niño como parte de un grupo de una familia con derechos y necesidades, al denominarlo como sujeto de cuidado, extendido a la familia, en verbalizaciones como:

- E03D3 “los niños tienen derecho a decir basta”.
- E010D2 “duele la pérdida del niño, por lo que ha pasado el niño y la familia”.
- E01D2 “se toma la decisión en grupo que en qué cosas puede acompañar la familia, que cuidados pueden hacer y en oportunidades establecer en qué momento pueden entrar a la unidad”.
- E01D2 “siempre se escucha a la familia y la desasistencia o no y en una oportunidad tome la decisión de correrme, siempre los padres participan en las decisiones medicas”.
- E02D2 “veo desapego de los padres a los niños que van evolucionando satisfactoriamente, no participan en la externación del niño, no para que hagan el trabajo de enfermería, explicarle que los niños necesitan su contención, remarle el vínculo, explicarles la importancia que tienen de estar, explicarle que es una terapia abierta, entendiendo que es muy favorecedora en el cuidado del niño”.
- E03D2 “el equipo sabe que el tratamiento no será optimo o no hay opción y la aceptación de la perdida de la familia es diferente y el duelo es diferente, aunque se explica toda la situación del niño”.

- E06D1 “la demora de los trasplantes y de los órganos, condiciona la sobrevivencia del niño y la flia.”.

Surgen en esta línea verbalizaciones con relación a lo que expresa Foucault (1980), en la 1 Conferencia dictada en el curso de medicina social, al mencionar que se presenta “el riesgo médico, el vínculo difícil de romper entre los efectos positivos y negativos de la medicina” en este aspecto muchas entrevistadas pudieron verbalizar lo siguiente:

- E03D2 “no hacer sufrir, no son una. bolsa de papa...”.
- E04D2 “la invasión a los niños...pinchar a los niños en trasplante de medula ósea, siendo que la mayor parte de nuestro trabajo es pinchar a los niños y no los quiero pinchar”, “desarrolle diferentes estrategias para que otros pinchen al niño y mantener el vínculo con el niño, yo lo defiendiendo de la agresión de los otros compañeros”.
- E06D2 “lo veo como inicia el tratamiento y luego del tratamiento, en medula ver el deterioro”.
- E04D2 “se mezcla lo emocional, lo personal por las características de los niños que se atienden”.
- E08D2 “muchas veces llevamos adelante tratamientos que requieren nuestros pacientes que son nuevos, ya que hacemos tratamientos de avanzada y que es mayor nuestra expectativa que vaya bien, aun sabiendo que el niño está muy muy, muy mal y que este tratamiento no lo beneficie, pero es mayor nuestra expectativa a la respuesta del tratamiento”.
- E010D2 “duele la pérdida del niño, por lo que ha pasado el niño y la familia”.

Claramente el tema del cuerpo como depositario de todas las prestaciones médicas y de enfermería entra en mucha de las verbalizaciones de las entrevistadas, el deterioro de este, la

invalidez, mutilación y la muerte misma, desde esta perspectiva Díaz (2011) menciona que “lo que comenzó como un medio para mantener la vida, muchas veces termina siendo una desconsideración con el ser humano, que pierde su condición de tal y se convierte en una prótesis de la tecnología”. Desde estas verbalizaciones también se evidencia el paradigma de la integración donde el encarnizamiento terapéutico o la cosificación del sujeto aparece como un dilema claramente Ético. En este sentido algunas de las entrevistadas verbalizan:

- E02D3 “se mezclan sentimientos en los niños que tienen alguna posibilidad y tras intervenciones el niño se muere, a pesar y nos hace pensar hasta donde se puede llegar la ciencia, en qué momento dejar de asistir y como ayudar a los padres”.
- E02D3 “se mide las consecuencias de usar diferentes estrategias de sostenimiento, cuáles serán las complicaciones a futuro, que discapacidad tendrá el niño luego de este tratamiento, claro está que a la familia se le explica todo y saben, en este sentido se ha visto a los niños la capacidad de afrontar las diferentes discapacidades”.
- E02D3 “ver el deterioro del cuerpo y las fallas asociado a los tratamientos y no saber hasta donde se debe llegar”.
- E03DE “ensañamiento terapéutico, decir es demasiado el tratamiento”.
- E01D2 “pensar si estamos o no frente al encarnizamiento terapéutico, específicamente en los niños que han atravesado y están atravesando situaciones graves de salud ...”.
- E03D1 “en esta terapia se hace todo, todo lo que necesita el niño eso me da tranquilidad para trabajar, ahora también pienso hasta cuanto hay que hacer”.

3.4.2 El discurso disciplinar

Desde la disciplina de enfermería se están logrando desarrollos teóricos y de formación permitiéndole a la enfermería diferenciarse del modelo médico hegemónico, que definido por

Foucault (1980) “no es simplemente la autoridad del saber, una persona erudita que sabe referirse a los buenos autores. Continúa en su definición al destacar que la autoridad médica es una autoridad social que puede tomar decisiones a nivel de una ciudad, un barrio, una institución, un reglamento, en este sentido las personas entrevistadas en su mayoría con formación de grado y muchas con formación de posgrado que verbalizan claramente el modelo medico hegemónico en los siguientes términos:

- E04D1 “cuando empecé tenía miedo de no satisfacer las demandas de la organización, de los médicos, de la familia, tal vez por escaso conocimiento, por lo que implica esta terapia intensiva”.
- E06D1 “si las decisiones pasaran por enfermería, algunos tratamientos no se llevarían adelante y se llevaran adelante lo harían desde otro lugar”.
- E08D1 “no creo que nuestra opinión, cambie la decisión terapéutica”.
- E06D1 “yo hago lo que diga el Dr, creo que si nosotros tomáramos decisiones no se hace ni la mitad de lo que se hace”.
- EO10D1 “imaginario social del médico sobre la enfermería, siempre presentarse a examen, sobre las incumbencia y atribuciones de enfermería”.
- E010D1 “modelo medico hegemónico, dificulta la relación y respetan por la trayectoria”.

Claramente como se menciona en párrafos anteriores el paradigma de la integración permite su diferenciación dentro de la medicina con un método propio de cuidado, que está dirigido a mantener la salud de las personas en diferentes dimensiones, entendiendo a la persona como un todo, reconociendo dimensiones de interacción con el medio o entorno que lo conforman, considerando otras dimensiones, como ser, políticas, económicas y sociales.

3.4.3 El discurso y la hipótesis

En relación con la hipótesis, frente al problema planteado, a lo expuesto en los párrafos anteriores se afirma la siguiente hipótesis sustantiva al declarar que “ *que a mayor formación académica mayor percepción de dilemas en los enfermeros que realizan su praxis en las unidades de cuidados críticos pediátricos*”. Al destacar que al menos una de las entrevistadas, con más de 15 años en la unidad, con formación de grado, y posgrado así lo verbaliza:

- E010 “sí se reconocen dilemas por la experiencia, hace 15 años que me encuentro aquí, y uno plantea lo que es y no es y luego de tantos años tiene validez la palabra”.

En tanto otra de las entrevistadas refleja lo que percibía al ingreso en la unidad de cuidados críticos:

E03 “cuando recién entre acá hace 11 años los niños que necesitaban trasplante cardiaco y uno lo veía como sucuerpito se deterioraba, no entendía las decisiones que se tomaban, aun con la participación de los padres muchas veces me corrí del tratamiento y ahora con más conocimiento entiendo mucho más las decisiones”.

En esta línea se rescata la verbalización de otra enfermera

E04 “cuando empecé tenía miedo de no satisfacer las demandas de la organización, de los médicos, de la familia, tal vez por escaso conocimiento, por lo que implica esta terapia intensiva”.

Frente a estas declaraciones, cabe destacar que Shön (1992) enfatizó la necesidad de una formación académica para la práctica reflexiva en la que el egresado, en lugar de separar y contrastar el saber teórico del saber práctico, parte del conocimiento en la acción, de la reflexión en la acción y de la reflexión sobre la reflexión en la acción. Por su parte, Winfield, Melo y Myrick (2009) mencionan que los enfermeros recién graduados no tienen confianza en el pensamiento crítico y en su capacidad de tomar decisiones durante el desarrollo del cuidado, en este sentido Medina-Moya y Parra Castillo, (2006) destacaron la necesidad de una formación de profesionales de enfermería reflexivos que respondan de manera competente.

Estas afirmaciones permiten llegar a confirmar la hipótesis presentada, ya que se evidencia “ *que a mayor formación académica mayor percepción de dilemas en los enfermeros que realizan su praxis en las unidades de cuidados críticos pediátricos*”. Claramente las enfermeras entrevistadas han percibido diferentes dilemas y la mayoría de

ellas tienen formación de posgrado, de esta forma se afirma la hipótesis presentada.

Análisis de la entrevista

Tras realizar la entrevista puedo decir claramente que acuerdo con la idea de Hernández Carrera (2014) la entrevista tiene un enorme potencial para permitirnos acceder a la parte

mental de las personas, pero también a su parte vital a través de la cual descubrimos su cotidianidad y las relaciones sociales que mantienen, en esta investigación he podido en palabras de Estrada y Deslauriers (2011) la entrevista es técnicamente es un método de investigación científica que utiliza la comunicación verbal para recoger informaciones en relación con una determinada finalidad.

Los entrevistados encontraron un ambiente calmo, de confidencialidad y respeto mutuo ya que en cada entrevista, en el primer momento se le expuso a las entrevistadas el respeto y admiración por la actividad que realizan, en este encuentro también las colegas reconocían la trayectoria de quien es la autora de este documento y entrevistadora en esta oportunidad, esto permitió estimular al interlocutor a hablar de lo que él conoce, busca alargar la conversación para aprender más, trata de comprender y obtener las maneras de cómo se define la realidad y los vínculos que se establecen entre los elementos del fenómeno que se estudia, así lo expresa Estrada y Deslauriers (2011). Este encuentro se realizó en una oficina, alejada de la sala de terapia intensiva pediátrica, para evitar los ruidos e interrupción de los colegas, en completa intimidad. Fueron varias visitas en distintos turnos, no se realizaron todo el mismo día y me hubiera gustado colocar micrófonos para ver los debates que se armaron, comentarios o saber si estas entrevistas fueron disparadoras de debates, a mi egreso de la unidad.

Como toda entrevista cuenta con los tres momentos, presentación o introducción donde se expresa el objetivo de la entrevista y se solicita el consentimiento y se le pide autorización para grabar la entrevista, además en este momento se intenta suscitar el interés sobre el tema. Luego en el desarrollo se realizan las preguntas establecidas que caracterizaran a la población sujeta a la investigación, en todo momento se debe escuchar y no intervenir, excepto en los momentos propicios, de la repregunta, se debe también reducir las distancias que pueden crear las diferencias de status social de cultura entre él y su interlocutor, en esta situación evitar que se sientan evaluadas o no valorar las respuestas. También se intentó reducir las barreras

psicológicas reconociendo y dándole la vuelta a los mecanismos psicológicos utilizados (huida, racionalización, esconderse, etc.), con la pregunta y la repregunta, ya que el 100% de la entrevistadas, al realizarles la pregunta clave, **todas las entrevistadas mencionaron que no percibía dilemas éticos**, al ponerlas en situación con algunos ejemplos, todas las entrevistadas percibieron una o más situaciones ya que la mayoría tiene más de 5 años en la organización trabajando en la unidad de cuidados críticos pediátricos, en este sentido recurrí al campo de conocimientos del informador y explotarlos. En el cierre se agradece y se acuerda que se entregara el informe al finalizar la tesis. En este sentido utilice los elementos que Meyer y Oullet (1991), recomiendan al mencionan que el investigador debe cumplir con algunas pautas, claramente estas pautas me permitieron lograr las verbalizaciones de las enfermeras.

En relación al tiempo de duración de la entrevista, Estrada y Deslauriers (2011), refieren que no hay que establecer la duración de la entrevista previamente a la misma ya que en algunos informadores que son más explícitos que otros, algunos les gusta hablar y dar muchos detalles, otros tienen buena memoria; en fin, las situaciones son diversas. En esta oportunidad la única pregunta abierta es sobre la percepción de los Dilemas Éticos, realizo un solo encuentro.

3.5 Mas allá del camino... la conclusión

Las conclusiones de las investigan proponen en más de una oportunidad un nuevo comienzo, el vislumbrar nuevas preguntas, esta investigación surge como excusa de obtener el grado de maestría, claramente en el desarrollo y la finalización se han producido emociones, encuentros, desacuerdos y tensiones que en definitiva entregaran un aporte a la disciplina y un empoderamiento que no sabía que estaba. En este sentido desde el paradigma cualitativo de la investigación en términos de Ynoub (2012) se reconocer que la investigación científica está siempre inmersa en modelos más o menos explícitos, que inspiran a su turno el modo de configurar la experiencia que se observa, que se experimenta o interpreta. En este sentido he encontrado en la investigación cualitativa que expresada según Ynoub (2012) intenta mensurar

ciertas características, cualidades del objeto de estudio. Entendiendo que desde este paradigma nos permite el abordaje que desentraña la investigación, al tener un carácter comprensivista, según Ynoub (2012) este carácter detalla que decimos que comprendemos algo, queremos significar que estamos en condiciones de adoptar la perspectiva del otro, el sentido que eso tiene para el otro. En la línea este paradigma, permite la construcción interpretada de los hechos con, –o al menos desde– los actores o sujetos estudiados y desde el rol del investigador, permite conocer desde adentro la situación. Estos aspectos tomados en forma caprichosa y no reduccionista de lo que nos permite la investigación cualitativa, en este aspecto implicó un desafío. Este diseño permitió encontrar entre las entrevistadas una antigüedad importante en la unidad ya que en su mayoría tenían más de 5 años en el sector, implicando conocimiento de las normativas, evolución de cuidados o tratamientos a aplicar y algunas de las personas entrevistadas realizaron, aportes a la construcción de normas y producciones científicas, en el servicio. En cuanto al nivel de desarrollo profesional, en un 80% de las entrevistadas tienen título de grado, un 60% de ellas es especialista y está estudiando alguna especialidad. Todas las entrevistadas han percibido Dilemas éticos, en todas las dimensiones propuestas solo una de ellas y la mayoría han percibido estos dilemas en más de una dimensión propuesta para el análisis. Es interesante la verbalización que dieron dos de la entrevistadas al mencionar que:

E010 “sí se reconocen dilemas por la experiencia, hace 15 años que me encuentro aquí, y uno plantea lo que es y no es y luego de tantos años tiene validez la palabra” y E04 “cuando empecé tenía miedo de no satisfacer las demandas de la organización, de los médicos, de la familia, tal vez por escaso conocimiento, por lo que implica esta terapia intensiva”. En este aspecto varias investigaciones y autores enfatizan la idea de que a mayor formación mayor capacidad de vislumbrar situaciones y tomar mejores decisiones (Schön,1992; Winfield, Melo y Myrick, 2009; Medina-Moya y Parra Castillo, 2006). Por último el análisis de discurso me permitió vislumbrar el paradigma en que se encuentran los enfermeros en esta unidad, a través

de sus verbalizaciones sobre los dilemas éticos, claramente se encuentran transitando el paradigma de la integración en un entramado contexto de evolución disciplinar que inexorablemente las conduce al paradigma de la transformación ya que algunas entrevistadas empiezan a ver al sujeto de cuidado de forma holística.

Esta investigación segura permitirá a los lectores reconocer situaciones similares, encontrar nuevas situaciones, diferenciarse tal vez de aproximaciones teóricas o de las mismas conclusiones o iniciar nuevas investigaciones tal vez de algunos interrogantes que se han despertado al desempolvar preguntas y respuestas.

Referencias

- Aiken, L.H. (1996). Hospitales con Magnetismo: un modelo de organización para mejorar los resultados de los pacientes. *Enfermería Clínica*. Disponible en: www.nursecredentialing.org.
- Amiel Pérez, J. (2007). Las variables en el método científico. *Revista la Sociedad Química del Perú*. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1810-634X2007000300007
- Antecedentes históricos Escuela Superior de Enfermería Cecilia Grierson. (s.f). Disponibles en: <http://esecgrierson.blogspot.com.ar/2008/10/historia-de-la-escuela-superior-de.html>.
- Arce, G. (2018). El Sistema de Salud en Argentina. Disponible en: <https://sites.google.com/site/lasaludcomoderechosocial/el-sistema-de-salud-en-argentina>.
- Aristóteles. (s.f.). *Ética a Nicómaco*. Disponible en: <http://www.ataun.net/BIBLIOTECAGRATUITA/CI%C3%A1sicos%20en%20Espa%C3%B1ol/Arist%C3%B3teles/%C3%89tica%20a%20Nic%C3%B3maco.pdf>.
- Azulay Tapiero, A. (2001). Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal?. *Anales de Medicina Interna*, Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001001200009&lng=es&tlng=es.
- Basso-Musso, L. (2012). *Enfermería y la resolución de los dilemas éticos*. Investigación y Educación en Enfermería. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105224306013>> ISSN 0120-5307.
- Bautista, L.M. (2005). *Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander*. Tesis de Maestría en Enfermería con Énfasis en Gerencia de Servicios de Salud. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería.
- Beauchamp, T y Childress, J. (1999). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.
- Beltrán-Salazar, O. (2011). *Dilemas éticos en el cuidado enfermero*. *Índex de Enfermería*. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100008>.
- Benner, P. (2014). “Conceptos y Definiciones”. Disponible en: <http://benner-eez.blogspot.com/2014/>.
- Bezerra Chaves, A. y Komatsu Braga, M. (2009). *Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em unidades de terapia intensiva*. Disponible en: <https://www.intec.edu.do/downloads/documents/biblioteca/formatos-bibliograficos/guia-chicago.pdf>.
- Buss Thofehrn, M.; Leopardi, M.T.; Coelho Amestoy, S.; y Oliveira Arrieira, I.C. (2010). *Formación de vínculos profesionales para el trabajo en equipo en enfermería*. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300013.

- Bustamanta Morales, M. (2005). La construcción de las relaciones interculturales en un contexto socioculturalmente heterogéneo. Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?id=agmbDyWCKTIC&pg=PA34&lpg=PA34&dq=la+l%C3%B3gica+de+la+muestra+se+basa+en+estudiar+a+profundidad+algo+a+fin+de+que+sea+v%C3%A1lido.+Usualmente+esto+se+hace+en+pocos+casos+seleccionados+en+forma+intencionada&source=bl&ots=WdfqDHCwgF&sig=ACfU3U3s4xldHkwM7lyRi6ncGm0usCacNg&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjGufn-2NDIAhWkslkKHf7OCPQQ6AEwAXoECAkQAQ#v=onepage&q=la%20l%C3%B3gica%20de%20la%20muestra%20se%20basa%20en%20estudiar%20a%20profundidad%20algo%20a%20fin%20de%20que%20sea%20v%C3%A1lido.%20Usualmente%20esto%20se%20hace%20en%20pocos%20casos%20seleccionados%20en%20forma%20intencionada&f=false>.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. En *Perspectives on Philosophy of Science in Nursing*. Disponible en: https://books.google.co.ve/books?hl=es&lr=&id=PorUZQ0m2YgC&oi=fnd&pg=PA12&dq=Fundamental+patterns+of+knowing+in+nursing.+Adv+Nurse+Scie+Carper&ots=EnyGBycQ8z&sig=PKeHH03kDH_eU8lDW5CA8JXJais#v=onepage&q&f=false.
- Casado, M. ed. (2004). Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento: Informe Belmont de 30 de septiembre de 1978. Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación. Barcelona: Gedisa.
- Casas Patiño, D. y Rodríguez, A. (2015). El origen de las especialidades médicas; en búsqueda de un acercamiento a la práctica médica actual. *Revista médica de la Universidad de Costa Rica*. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/281189688_El_origen_de_las_especialidades_medicas_en_búsqueda_de_un_acercamiento_a_la_practica_medica_actual?enrichId=rgreq-a3b4653dda2cfc9ed34bf8c9dbec132fXXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI4MTE4OTY4ODtBUzo1MDk4NDYxOTg5ODQ3MDRAMTQ5ODU2ODIxNDQ0OA%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf
- Chacón, M., Pérez, G. Y Moreno, R. (2000). Validez de Constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. En: *Psicothema*. vol. 12, no 2, p. 442-446.
- Collière, M.F. (1986). Invisible Care and Invisible Women as Health Care-Providers. *International Journal of Nursing Studies*.
- Consejo Federal de Educación. (2007). Resolución CFE N°7/07. Documento base para la organización curricular de la Tecnicatura Superior en Enfermería.
- Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). (2012). Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Ginebra, Suiza. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf.

- Consejo Internacional de Enfermería (CIE). (2015). Declaración de Posición. Información de Salud: Protección de los Derechos del Paciente.
- Davis, A. J. (2011). El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeria. Disponible en: http://www.coib.org/uploadsBO/noticia/documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELL%C3%A0_DEF.PDF.
- Díaz Amado, E. (2003). Comités Clínicos de Bioética: la confluencia de la ética y la clínica. Repertorio de Medicina y Cirugía. Disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/324>.
- Díaz, E. (2011). Las Grietas y el control. Vida, vigilancia y caos. Disponible en: <https://www.estherdiaz.com.ar/textos/grietas.htm>.
- Diccionario filosófico. (s.f.). Disponible en: <http://www.filosofia.org/enc/ros/cosi.htm>.
- Durán Villalobos, M. (2005). La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Revista Aquichan. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/62>.
- El Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud (OFERHUS). (2019). Información y Daros. Dirección Nacional de Información y estadística educativa (DiNIEE).
- Escobar-Castellanos, B. & Cid-Henríquez, P. (2018). El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-569X2018000100039&lng=es&nrm=iso.
- Escobar-Castellanos, B. y Cid-Henríquez, P. (2018). El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2018000100039
- Espinoza Freire, E. (2018). Las variables y su operacionalización en la investigación educativa. Parte I. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/328268666_Las_variables_y_su_operacionalizacion_en_la_investigacion_educativa_Parte_I
- Estrada López, R.E. y Deslauriers, J.P. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. Disponible en: <https://trabajosocialmazatlan.com/multimedia/files/InvestigacionPosgrado/Entrevista.pdf>
- Estrada-Sánchez, T. (2010). La ética de la Enfermería posmoderna. Revista Enfermería Universitaria 2010. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/297>.
- EtzelC2. (2011). Historia natural de la enfermedad. Disponible en: <https://www.clubensayos.com/Ciencia/Historia-Natural-De-LaEnfermedad/69345.html>.

- Falcó-Pegueroles, A., Rodríguez-García, C. y Estrada-Masllorens, J.M. (2011). La enfermera en el área quirúrgica. Prevención de complicaciones e implementación de intervenciones. Disponible en: <https://medes.com/publication/71103>.
- Feldman, R. (1999). Psicología. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Foucault, M. (1980). Conocimiento / poder; entrevistas seleccionadas y otros escritos 1972-1977. Nueva York: Knopf Doubleday Publishing Group.
- Foucault, M. (1992). El orden del discurso. Buenos Aires: Tusquets Editores.
- Gálvez Toro, A. (2000). La otra evidencia. *Índex de Enfermería* (edición digital). Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_66.php.
- García Barthe, M. (2007). Aportes de la Antropología a la Medicina. La mirada sobre la familia y su lugar en el proceso de salud-enfermedad-atención. Buenos Aires: Revista del Hospital de Niños.
- García Barthe, M. (2007). Internación conjunta: un avance para la pediatría argentina. Buenos Aires: Revista del Hospital de niños de Buenos Aires. Volumen 49, Número 225, 292-295pp.
- Garduño, E.A., Muñoz, R.R: y Olivares, D.C. (2010). Dilemas éticos y toma de decisiones en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24459>.
- Garzón Alarcón, N. (2005). Ética profesional y teorías de enfermería. *Revista Aquichan*. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/60/125>.
- Gillian, C. (1982). *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge, Massachusetts: Harvard Univ. Press.
- Gómez Córdoba, A., & Espinosa, Á. (2009). Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. *Cuidar es pensar*. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/80/165>.
- González Pérez, A., Villazón Castro, N., Almira Bello, K., Cowley Noble, A. y Mugarra Romero, C.G. (2011). Gestión de cuidados con calidad desde la formación del profesional de Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000400009&lng=es&tlng=es.
- Gordillo Campos, N.E. (2005). Actitudes éticas de los profesionales de enfermería según la percepción de los alumnos del segundo, tercer y cuarto año de enfermería de la UNMSM. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1034/?sequence=1>.
- Gracia, D. (2007). *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Triacastela.
- Gracia, M., Caro, C. y Martínez Martín, M.L. (2001). *Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado de enfermería*. Madrid: Harcourt.

- Guardia Mancilla, P. et al. (2018). Perceptions of health care professionals about end-of-life care, obstacles and ethical dilemmas in hospitals, primary care and nursing homes. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272018000100035&script=sci_abstract&tlng=en.
- Gurrola Ramos, F. (2008). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. Disponible en: <http://www.slideshare.net/fcogurrola/paradigmas-287330>.
- Hernández Cantoral, A., y Zárate Grajales, R.A. (2011). Hospital magnético: Escenario ideal que garantiza calidad del cuidado y la satisfacción laboral en enfermería. Enfermería universitaria. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000200005&lng=es&tlng=es.
- Hernández Carrera, R. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. Disponible en: http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/23/Mis_5.pdf.
- Hernández-Sampieri, R.H., Fernández-Collado, C y Baptista-Lucio, P. (1991). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill.
- Hipócrates. (1983). Tratados Hipocráticos I. Madrid. Editorial Gredos.
- Hirsch Adler, A. (2011). Dilemas, tensiones y contradicciones en la conducta ética de los profesores. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-109X2011000200006&lng=es&tlng=es.
- Hollminn Salas, F. (2015). Dilemas que enfrentan los enfermeros en la práctica profesional. Bogotá: Revista Colombiana de Bioética. Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/753>.
- Holminn Salas, F. (2016). Dilemas bioéticos de los estudiantes de enfermería de la Universidad Surcolombiana en su práctica profesional. Bogotá: Revista Colombiana de Bioética. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/1892/189250583006/html/index.html>. <https://instituciones.sld.cu/feppen/>. (s.f.). FEPPEN.
- Jaworski, A. y Coupland, N. (2006). Introduction: perspectives in discourse analysis. En: The discourse reader. London: Routledge.
- Kérouac et al. (2010). El pensamiento enfermero. Barcelona: Ed. Masson.
- Kuhn, T. A (1970). Estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva.
- Kvale, S. (2011). Las entrevistas en investigación cualitativa. Colección de Investigación Cualitativa. Madrid: Morata.
- León Correa, F.J. (2014). Dilemas éticos en Atención Primaria de Salud en Latinoamérica. Disponible: <https://www.bioeticaweb.com/dilemas-eticos-aps-latinoamerica/>.

- Luengo-Martínez, C., Paravic-Klijnb, T. y Burgos-Moreno, M. (2017). Profesionalismo en enfermería: una revisión de la literature. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n2/2395-8421-eu-14-02-00131.pdf>.
- Malvarez, S. (2005). El Reto de Cuidar en un Mundo Globalizado. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/a19v16n3.pdf>.
- Marriner Tomey, A. y Alligood, R.M. (2007). Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Elsevier.
- Martínez Delgado, D.A., Rodríguez Prieto, Y.M. y Cuan Colina, M. (2011). Aspectos éticos en pediatría. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312011000200007.
- Martínez Zuluaga, J. (2012). Percepción de las enfermeras y enfermeros del clima ético hospitalario en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Matlin, M.W., y Foley, H.J. (1996). Sensación y Percepción. México D. F.: Prentice Hall.
- Mayer, R. y Ouellet, F. (1991). Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux. Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.
- McNamara, C. (2017). *Free Management Library*. Obtenido de General Guidelines for Conducting Research Interviews: managementhelp.org.
- Medina Martínez, N. F. (2014). Las variables complejas en investigaciones pedagógicas. Revista Apuntes Universitarios. Disponible en: <https://dialnet.uniroja.es/descarga/articulo/5198870.pdf>.
- Medina-Moya, J.L. y Parra Castillo, S. (2006). La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000200015&script=sci_abstract&tlng=es.
- Meleis, I. (1997). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. Philadelphia: Lippincott.
- Mesa, P.C. (2000). Sensación y percepción. Medellín. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos7/sepe/sepe.shtml>.
- Meseguer, L.C. (2000). Ética enfermera: evolución desde la ética filosófica hacia la ética del cuidado. VII Mesa Debate con el experto en atención urgente. Madrid: Hosp. Doce de Octubre.
- Ministerio de Educación. (2015). Resolución 2721. Disponible en: coneau.gob.ar/archivos/Resolucion-ministerial-Enfermeria-2721-15.pdf.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSAL). (2011). Plan de Mejora de la Calidad de Instituciones Formadoras de Técnicos en Salud. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/oferhus/formacion/tecnicos-en-salud/plan-mejora-calidad>.
- Ministerio de Salud. (2015). Comisión Nacional de Enfermería. Formación y Especialidades. Disponible en:

- http://186.33.212.121/sites/default/files/15_06_2015_formacin_y_especialidades_dure.pdf.
- Monteiro, M.A. et al. (2008). Dilemas éticos vivenciados por enfermeros y presentados en publicaciones de enfermería. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000600019>.
- Morrone, B. (2008). *Dando Luz al lado oscuro de las nueve lunas. El contradictorio caso de las mujeres argentinas: poderosas para ley. Sin derechos en escenarios sanitarios*. Mar de Plata: Ediciones Suárez.
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es*. Madrid: Masson.
- Nodding, N. (1986). *Caring: a feminine approach to ethics and moral education*. Los Angeles: Univ. Of California Press, Berkeley. Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?hl=es&lr=&id=vkMkLi6pnMYC&oi=fnd&pg=PR11&dq=Caring:+a+feminine+approach+to+ethics+and+moral+education&ots=NquhtiP8fR&sig=H2OFDzYizmJW1xzYFifJGj0bdjQ#v=onepage&q=Caring%3A%20a%20feminine%20approach%20to%20ethics%20and%20moral%20education&f=false>.
- Organización de Naciones Unidas (ONU). (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas.
- Organización de Naciones Unidas (ONU). (1976). *Carta Internacional de Derechos Humanos*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas.
- Organización de Naciones Unidas (ONU). (2000). *Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: El derecho al nivel de salud más elevado que pueda alcanzarse*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas.
- Oxford. (s.f.). *English Dictionary. Disciplina*. Disponible en: http://www.askoxford.com/concise_oed/discipline?view=uk.
- Padilla, D. y Silva Cuitiva, S. (2007). *Dilemas y Toma de Decisiones Éticas del Profesional de Enfermería en Unidades de Cuidado Intensivo*. Disponible en: https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-102/dilemas_y_toma_decisiones/.
- Páez Pinilla, N. (1998). *Bioética en Enfermería*. Cuadernos de Bioética. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/1998/4/36/815.pdf>.
- Parra Vargas, M. (2011). *Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos*. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35861>.
- Pattison, S. (2001). *Are nursing codes of practice ethical? Nursing Ethics*. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/096973300100800103>.
- Pautassi, L. (2006). "El empleo en salud en la Argentina. La sinergia entre calidad del empleo y calidad de la atención". En Rico y Marco (coord.): *Mujer y Empleo. La Reforma de la Salud y la Salud de la Reforma en Argentina*. Buenos Aires: CEPAL/GTZ/Siglo XXI.

- Pereyra, F. y Micha, A. (2015). Ocupaciones del cuidado y condiciones laborales: el caso de la enfermería en el área metropolitana de Buenos Aires. 12º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo. Buenos Aires: ASET.
- Pérez, M., Ramírez, N. y Ruíz, L. (2012). Dilemas Éticos en Enfermería. Disponible en: <https://prezi.com/l56olysbkmp/dilemas-eticos-enf/>.
- Perich, E. (s.f.). CIE Liderazgo para el cambio en la enfermería Caribe Y América Latina. Experiencia Argentina. Disponible en: <http://www.facultar.org.ar/download/asistencial/ponencialiderazgoargentina.pdf>.
- Pineda, E.B. (1994). Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3132>.
- Pino Armijo, P., San Juan Hurtado, L. y Monasterio, M.C. (2014). Implicancias éticas en el manejo del niño gravemente enfermo atendido en una Unidad de Paciente Crítico Pediátrica. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/263671866_Implicancias_eticas_en_el_manejo_del_nino_gravemente_enfermo_atendido_en_una_Unidad_de_Paciente_Critico_Pediatrica
- Platón. (1992). República, Libro VII. Madrid: Editorial Gredos.
- Potter, V. (2000). Temas Bioéticos para el Siglo XXI, Vídeo conferencia en el Congreso Mundial de Bioética, organizado por la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI), Gijón, España, del junio 20 al 24 de 2000. Traducción de Daniel Otero para la Revista Latinoamericana de Bioética, Universidad Militar “Nueva Granada”, Bogotá, Colombia, Número 2, páginas 150-157.
- Prieto Parra, G.I. (2007). Perspectiva bioética del cuidado de enfermería. Revista Enfermería Universitaria. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria>.
- Ramírez Perdomo, C.A. y Perdomo Romero, A.Y. (2013). Evaluación de la Calidad del Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/42182/46025>.
- República Argentina (1995). Ley de Educación Superior. Disponible en: <http://secgial.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/docs/Ley-24521-de-Educacion-Superior.pdf>.
- Riquelme, G. (2006). La relación entre educación y trabajo: continuidad, rupturas y desafíos. Disponible en: <http://servicios.abc.gov.ar/lainstitucion/revistacomponents/revista/archivos/anales/numero05/archivosparaimprimir/8.riquelme.pdf>.
- Robb, I.H. (1921). Nursing ethics: For hospital and private use. Cleveland, OH: E.C. Koeckert.
- Rodríguez Abrahantes, T. y Rodríguez Abrahantes, A. (2018). Dimensión ética del cuidado de enfermería. Revista Cubana De Enfermería. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2430/383>.

- Ruiz de Gauna, P., González Moro, V. y Morán-Barrios, J. (2015). Diez claves pedagógicas para promover buenas prácticas en la formación médica basada en competencias en el grado y en la especialización. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181315000078>.
- Ruíz del Bosque, A. (2013). Participación familiar en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Opinión de enfermería. Revista de Enfermería CyL. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/88/79>
- Samaja, J. (2005). Epistemología y metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. Disponible en: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/3383/fischetticuyo06-23.pdf.
- Santos, J., Lima, M., Klock, P., y Erdmann, A. (2012). Conceptions of nurses on management of care in an emergency department-descriptive exploratory study. Brazilian Journal of Nursing, 11.
- Schön, D. (1992). La formación de profesionales reflexivos. Barcelona: Paidós.
- Sepulveda Carrillo, G.J. (2016). Formación en ética para el ejercicio de la enseñanza y la práctica del profesional de enfermería. Comité Local de Ética. ACOFAEN 2010. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/327356120_Formacion_en_etica_para_el_ejercicio_de_la_ensenanza_y_la_practica_del_profesional_de_Enfermeria_Comite_Local_de_Etica_ACOFAEN_2010.
- Siles González, J. (2000). Antropología, historia y enfermería. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5079>.
- Siurana Aparisi, J. C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006>.
- Soto Fuentes, P., Reynaldos-Grandón, K., Martínez-Santana, D., y Jerez-Yáñez, O. (2014). Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2684/3407>.
- Suárez, V.M., Téllez, E, Jasso, M.E. y Hernández, M.E. (2002). La bioética y la praxis de la enfermería. México: Arch Cardiol.
- Tamayo y Tamayo, M. (2004). Proceso de la Investigación Científica. México: Limusa.
- Tauro, N. et.al. (2007). Juramento para graduados. El producto de una reflexión colectiva. Disponible en: https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/10362_27-1-Bioetica.pdf.
- Terry, L. (2007). Ethics and Contemporary Challenges in Health and Social Care. En Leathard, A. & McLaren, S. (Eds.). Ethics. Contemporary Challenges in Health and Social Care. Great Britain: MPG Books Ltd. Bodmin, 19–33.

- Thompson IE, Melia KM, Boyd KM. *Nursing Ethics*. 3th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1994.
- Thompson, I.E., Melia, K.M. y Boyd, K.M. (1994). *Nursing Ethics*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Torralla, F. (2000). Constructos éticos del cuidar. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-intensiva-142/constructos-éticos-cuidar-10017627-articulos-especiales-2000>.
unirioja.es/download/articulo/5198870.pdf.
- Urra, E., Muñoz, A., y Peña, J. (2013). El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfermería universitaria*. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000200004&lng=es&tlng=es.
- Vergara Quintero, M. (2008). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad, Hacia la Promoción de la Salud. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf>.
- Villarreal Cantillo, E. y Visbal, G. (2013). Dilemas éticos. *Revista Científica Salud Uninorte*. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4666>.
- Winfield, C., Melo, K. y Myrick, F. (2009). Meeting the challenge of new graduate role transition: Clinical nurse educators leading the change. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19346825>.
- Ynoub, R. (2012). “Problematizar”: El Nudo Argumental del Proceso de Investigación. Disponible en: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1455/Problematizar_Ynoub.pdf?sequence=1.
- Ynoub, R. (2014). Cuestión de método. Aportes para una metodología crítica. Disponible en: https://issuu.com/cengelatam/docs/ynoub_cuestion_de_metodo_issuu
- Young, P., Hortis De Smith, V., Chambi, M.C. y Finn, B.C. (2011). Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Revista médica de Chile*. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000600017>.