

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE



Facultad de Ciencias del Ambiente y la Salud

Licenciatura en Enfermería

“Las representaciones sociales de persona en los registros de enfermería”

Informe final de Tesis para optar al título de Licenciada en Enfermería

Neuquén, agosto 2020

Estudiante:

- Moretti Luciana María Belén (legajo N° 125060) e-mail: lubemoretti@gmail.com.
Tel. 299-6211233

Directora:

- Lic. María Araceli Cárdenas. E-mail: mailearaceli@yahoo.com.ar

Co-directora

- Esp. Griselda Fanese. E-mail: griselda.fanese@gmail.com

Fecha de aprobación del plan de tesis: 12/08/2019

Fecha de finalización de la tesis: 09/08/2020

Índice

Resumen.....	5
Abstract	5
1. Introducción	7
2. Problema, objetivo y fundamentación.....	8
3. El estado del arte.....	11
4. Marco teórico	15
5. Propuesta metodológica	20
5.1 Contextualización	20
5.2 Tipo de estudio y estrategia	22
5.3 Determinación del universo población y muestra	22
5.4 Técnicas de recopilación, procesamiento y tratamiento de los datos.....	24
6. Análisis.....	28
6.1. Las dimensiones de la persona.....	29
6.1.1 Necesidad psicológica/ social/ espiritual	29
6.1.2 Necesidad neurológica	45
6.1.3 Necesidad respiratoria	49
6.1.4 Necesidad cardiovascular/ termorregulación.....	51
6.1.5 Necesidad digestiva/ genito-urinaria	53
6.1.6 Necesidad motora/ higiene y tegumentos.	57
6.1.7 Síntesis	62
6.2. Campos semánticos asociados a la persona	64
6.2.1 Denominaciones:	64
6.2.2 Caracterizaciones.	68
6.3. Participación.....	71
6.3.1 Enfermería.....	71
6.3.2 La persona	74
6.3.3Ambas (la persona y enfermería).....	78
6.3.4 Otros.....	80
6.3.5 Inespecífico	80

6.4. Terapéutica.....	81
6.5 Individualidad y uniformidad	90
6.6 La observación permanente.....	93
7. Conclusiones	95
Glosario de términos de Enfermería	100
Glosario de términos de términos del análisis del discurso.....	101
Abreviaturas	102
Bibliografía	103
Anexos	107
Anexo I.....	107
Anexo II.....	109

Resumen

La persona es la razón de ser del cuidado enfermero y constituye un concepto metaparadigmático de esta disciplina. La concepción que las y los profesionales tengan de ella, influirá directamente sobre el cuidado brindado. Por ello, en la presente investigación se buscó conocer cuáles son las representaciones sociales de persona en los registros de enfermería.

Se recopiló un total de 101 registros de dos sectores de internación en el Hospital Horacio Heller de la ciudad de Neuquén. Se propuso una metodología cualitativa con un enfoque hermenéutico, recurriendo al análisis del discurso como estrategia de análisis e interpretación. Como resultado, se ha detectado un caleidoscopio de representaciones sociales, siendo prevalente una idea de persona biológica, dócil, normalizada y subordinada al personal sanitario. Sin embargo, se detecta también la emergencia de cierta autonomía y de aspectos afectivos, relacionales y emocionales.

Como conclusión, podemos decir que comprender las representaciones sociales sobre la persona receptora de los cuidados enfermeros, resulta fundamental para vislumbrar el posicionamiento de los y las profesionales en la relación terapéutica, e incluso con respecto a los marcos teóricos y la filosofía del cuidado. Con ello, se podrá contribuir a una deconstrucción estructural de dichas representaciones en beneficio de un mejor cuidado integral y del crecimiento disciplinar. Además, reflexionar sobre la información y las construcciones discursivas utilizadas en los registros, puede servir para optimizar el tiempo.

Palabras clave: representaciones sociales, persona, registros de enfermería, análisis del discurso.

Abstract

The person is the *raison d'être* of nursing care and constitutes a meta-paradigmatic concept of this discipline. The conception that professionals have of it will directly influence the care provided. For this reason, in this research we sought to know what are the social representations of the person in the nursing records

A total of 101 records were collected from two hospitalization sectors at the Horacio Heller Hospital in the city of Neuquén. A qualitative methodology with a hermeneutic approach was proposed, using discourse analysis as a strategy for analysis and interpretation. As a result, a kaleidoscope of social representations has been detected, with the prevailing idea of a biological

person, docile, normalized and subordinate to health personnel. However, the emergence of a certain autonomy and of affective, relational and emotional aspects is also detected.

In conclusion, we can say that understanding the social representations about the person receiving nursing care is essential to envision the position of professionals in the therapeutic relationship, and even with regard to theoretical frameworks and the philosophy of care. With this, it will be possible to contribute to a structural deconstruction of those representations for the benefit of a better integral care and of a disciplinary growth. Furthermore, reflecting on the information and the discursive constructions used in the nursing records can serve to optimize the time and space devoted to this task

Key words: social representations, person, nursing records, discourse analysis.

1. Introducción

A lo largo de la formación académica en enfermería, es frecuente la reflexión sobre los conceptos que fundamentan la práctica enfermera y que sirven de base para las teorías disciplinares, tales como persona, enfermería, cuidado y salud. Sin embargo, también se suele insistir en que persiste dentro de las instituciones sanitarias un paradigma tecnocrático, centrado en la fisiopatología y en la medicalización. Por ello, resulta fundamental reforzar esa reflexión en función de las prácticas que se realizan, el modo de llevarlas a cabo, las relaciones interpersonales y las representaciones sociales que perduran en las instituciones, a fin de problematizarlas, modificarlas y mejorar el cuidado enfermero en su conjunto. En esta investigación se propuso indagar sobre las representaciones sociales de persona que subyacen a los registros de enfermería, desde el metaparadigma¹ de enfermería.

El presente informe se organiza en seis grandes partes, sin incluir a esta introducción. En la sección 2 se presentará la pregunta de investigación, el objetivo propuesto y la fundamentación de una y otro. En la sección 3, se hará una breve descripción de otras investigaciones halladas, vinculadas al tema de interés de la presente, y que constituyen el estado del arte. Podemos mencionar que, si bien se hallaron algunos artículos que revisan el tema a abordar en este trabajo, resultó difícil encontrar investigaciones que indagaran sobre el análisis discursivo de los registros o sobre las representaciones sociales de persona que posee el personal de enfermería.

La sección 4 estará destinada a una revisión del marco teórico. En la sección 5, tras realizar una contextualización del efector de salud seleccionado, se detallarán los aspectos metodológicos: el tipo de estudio propuesto, la definición del universo de investigación, la selección de una muestra, las técnicas de recolección, y el análisis e interpretación de los datos

En sección 6 se presentará el análisis detallado de los datos, y finalmente en la sección 7 daremos cuenta de las discusiones y conclusiones finales. Hacia el final de este trabajo, se incluyen un breve glosario y un listado de abreviaturas empleadas en el corpus estudiado, además de la correspondiente bibliografía y una sección de anexos.

¹ Si bien el término paradigma refiere al conjunto de prácticas y saberes que hacen a una ciencia, el metaparadigma comprende aquellos conceptos y fenómenos más básicos e inherentes a la disciplina. Es el nivel filosófico y conceptual superior que define, en nuestro caso, a la enfermería como tal, y que deben estar presentes en los distintos modelos y teorías. Para enfermería, los conceptos metaparadigmáticos son: persona, entorno, salud y cuidados enfermeros. (Alligood y Tomey, 2011).

2. Problema, objetivo y fundamentación

El **problema de investigación** abordado fue el siguiente:

¿Qué representaciones sociales de persona están presentes en los registros de enfermería en los sectores de cuidados progresivos en internación de adultos (sectores 12 y Cuidados Críticos) del Hospital Horacio Heller en el segundo semestre del año 2019?

Objetivo

-Conocer cuáles son las representaciones sociales de persona en los registros de enfermería.

Fundamentación

Las representaciones sociales son conceptos e imágenes que las personas tienen del mundo. Son sociales porque se construyen, se transmiten y se adquieren a través de la socialización. Constituyen una forma de conocimiento de la realidad, y como tal son un condicionante de las relaciones que las personas establecen, las decisiones que toman y las acciones que realizan. En el ámbito del cuidado de la salud, conocer las representaciones que los agentes tienen sobre el sujeto de atención es relevante, ya que permite explicar el posicionamiento de los mismos frente a los procesos de atención.

Existen distintas perspectivas para posicionarse frente al usuario de los servicios de salud. Es frecuente referirse a la persona como un sujeto holístico, es decir, como un ser integral, atravesado por distintas áreas constitutivas, interdependientes entre sí. Vincular esta idea con el cuidado implica que el mismo también será integral, y por ende tan relevante será atender las necesidades biológicas como las espirituales o las psíquicas. Sin embargo, en las instituciones de salud el cuidado tradicionalmente ha adoptado un enfoque patocéntrico y biologicista.

Otro factor a tener en cuenta, además de la concepción holística de la persona, es la importancia que ha adoptado la noción de autonomía. Hoy en día, la misma es especialmente reconocida y visibilizada, y ha generado cambios en la relación entre los profesionales de la salud y las personas, muchas veces con dificultades de adaptación. Esto repercute sobre el enfoque que se

adopte, el cuidado que se planifique y desarrolle, y la caracterización que hagamos de los sujetos (por ejemplo, referirnos a quien se niega a tomar la medicación como “un mal paciente”).

Los registros de enfermería constituyen un género discursivo particular en el cual los y las profesionales dan cuenta del proceso de cuidado, y, por lo tanto, es una herramienta fundamental del mismo. Permite la toma de decisiones, la continuidad del proceso de atención y la evaluación tanto de los resultados obtenidos, como de la calidad general del cuidado. Entre sus principales funciones está la de ser constancia escrita del ejercicio profesional y de los lineamientos éticos que guían el mismo, la de ser instrumento jurídico, y la de ser una herramienta que permite evaluar y modificar la práctica, disminuyendo su variabilidad. (Ortiz Carrillo y Chávez, 2006).

En la práctica de los registros, en estos muchas veces se suelen priorizar los aspectos biológicos y patológicos de la persona -e incluso limitarlos a ello-, así como al cumplimiento de lo procedimental y de las indicaciones médicas. Analizar los registros como discursos permite conocer las representaciones que dominan en las enfermeras y los enfermeros acerca de los sujetos de cuidado, puesto que dichas representaciones tienen el potencial de incidir en la práctica profesional, lo que queda de relieve en los registros mismos. Incluso es posible que, en relación al concepto de persona, surja en el personal de enfermería un doble discurso: el teórico, incorporado en la formación profesional, y el que emerge de la práctica misma y que se refleja en los escritos.

La construcción de estos registros no es ajena a la concepción que el personal de enfermería tenga de la persona receptora de los cuidados, así como del propio rol de cuidar. Existen distintas perspectivas paradigmáticas, con sus consecuencias prácticas, respecto a lo que es y a lo que conlleva el cuidado enfermero. Se puede mencionar desde la perspectiva biologicista, en la cual el enfermero o la enfermera genera las acciones y el usuario ocupa un lugar pasivo y dependiente; hasta una visión del cuidado integral e individualizado, en la cual el personal construye una relación de confianza, valora las narrativas y vivencias de la persona y fomenta una participación activa por parte del usuario.

En relación a esto, Valverde (2007), por ejemplo, sostiene que muchas veces “debido al enfoque economicista del sistema sanitario, a las condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería y a la falta de formación de éstos en lo relacional y lo filosófico” (p.8), se tiende a una práctica del cuidado centrada en el profesional, en lugar de una práctica centrada en el usuario y su experiencia. Esta visión determinará el desarrollo del cuidado enfermero, y se verá reflejada en su posterior registro.

Por lo expuesto, se puede sintetizar, por un lado, que resulta relevante problematizar la idea de *persona* que el personal de enfermería posee. La definición de *persona* pertenece al metaparadigma de la disciplina, es decir, que es uno de los conceptos fundamentales que sustentan la práctica enfermera, y con razón, pues la persona da razón de ser a la profesión. Sin sujeto de cuidado, no existiría el cuidado enfermero.

Por otro lado, partiendo de la noción de que todos los discursos están determinados por las representaciones mentales que atraviesan a quien los emite, se puede afirmar que el análisis discursivo aporta una herramienta interesante para dilucidar la concepción de persona que el personal de enfermería posee. Los registros de enfermería, puntualmente, son un tipo de discurso que sirve de instrumento de comunicación profesional y como constancia del quehacer enfermero, además de ser un documento legal y una herramienta de investigación, con lo cual constituyen un material relevante para cuestionar qué visión sobre el sujeto de cuidado queda plasmada en ellos.

Para concluir, tomando los criterios de Polit y Hungler (2006), abordar este problema de investigación es importante, en primera instancia, para la teoría- práctica de enfermera, ya que la misma cuenta en su metaparadigma con una definición de persona que guía el proceso de cuidado. Las definiciones teóricas, al constituir una forma de conocimiento y una visión del mundo, repercuten en las prácticas de cuidado. Por ello, es importante estudiar las representaciones que subyacen a nuestros discursos, ya que los mismos reflejan un posicionamiento que trasciende los enunciados teóricos y que repercute sobre las prácticas, tanto individuales como institucionales.

Además de la importancia del problema, las autoras mencionadas proponen evaluar la posibilidad y la viabilidad de llevar a cabo determinada investigación. En este caso, el abordaje de los registros de enfermería no requirió de procedimientos ni materiales dificultosos o costosos, ni el acceso a los mismos se vio imposibilitado, por lo cual la investigación resultó viable. Previo a realizar la investigación, se contactó a la Jefa de División de Enfermería del Hospital Horacio Heller, quien se mostró interesada en el proyecto. Asimismo, se trata de un problema susceptible de ser investigado mediante la aplicación de métodos del análisis del discurso.

Finalmente, como estudiante no solo de la Licenciatura en Enfermería, sino también de la Licenciatura en Letras, me encontré especialmente motivada por el abordaje de los registros como construcciones verbales ideológicas que inciden en las creencias de los sujetos, esto es, como representaciones sociales que se manifiestan en las actitudes individuales y en las prácticas

profesionales, por su potencial de referencia y representación con respecto a los sujetos de atención. El tema de investigación captó particularmente mi interés, pues permite abordar mis dos campos de formación y profundizar no solo en la reflexión sobre las representaciones presentes en la práctica de enfermería, sino también en los textos y en lo que ellos entrañan y revelan. Considero este trabajo como una buena oportunidad para aunar ambas disciplinas, mediante la problematización de discursos usuales en la práctica de la enfermería.

3. El estado del arte

Mireia Tarruella Farre (2011) afirma que los artículos científicos vinculados al estudio de los registros de enfermería se interesan por la elaboración de textos adecuados y seguros, pero ninguno de ellos aborda el problema desde su aspecto comunicativo, ni desde las ciencias del lenguaje, ni tampoco se ha trabajado, según ella, sobre la posición del emisor a partir de lo que escribe, y en vinculación con la profesión y en la relación con el usuario (p. 20).

En proximidad a los lineamientos de la presente investigación, existen dos publicaciones de esta autora: “Deixis personal e identificación del emisor en la documentación clínica de los profesionales de enfermería”, de 2014 pero relacionado a su tesis de doctorado, realizada en 2011 y titulada “Anàlisi comunicativa i pragmàticadels registres d’infermeria”. La autora recurre al análisis lingüístico de las hojas de enfermería desde la pragmática y la teoría de la comunicación. Sostiene que “lo que el profesional escribe y cómo lo hace puede caracterizar, total o parcialmente, la visión que tiene del mundo” (2014, p. 3). En consonancia con las motivaciones de la presente investigación, a Tarruella Farre le interesa la visión que los enfermeros reflejan en los escritos sobre la profesión, los profesionales y los usuarios.

Para dicha investigación, la autora construyó un corpus de 1.320 enunciados pertenecientes a distintas instituciones, en formato tanto manuscrito como informático, en catalán y en español, recopilados en una base de datos informática elaborada especialmente. El análisis que realizó se orientó en función de requisitos legales, profesionales y de seguridad tanto para la persona como para enfermería. Está centrado especialmente en el estudio de la deixis personal², que permite identificar -en el discurso- al emisor y su responsabilidad en los hechos, pero también su relación

² La deixis es un fenómeno lingüístico en el que cierta información contextual está codificada en el sistema de la lengua. La deixis personal, por ejemplo, “señala a las personas del discurso, presentes en el momento de la enunciación y las ausentes en relación a ella. En español funcionan como déicticos de este tipo los elementos que forman el sistema pronominal (...) y los morfemas verbales de persona” (Calsamiglia y Tusón, 2001, p. 117-118). Por ejemplo, “yo”, “nosotros”, “vos”, “ustedes”.

con el usuario, pues implica un posicionamiento respecto al contexto y los demás actores del acontecimiento comunicativo. Si bien el principal interés de la autora gira en torno a la identificación del emisor, también hace referencia a la identificación del sujeto de atención. Resalta la importancia de la intencionalidad de quien escribe en función del destinatario para el cual elabora su discurso, que en este caso se correspondería con el colectivo enfermero.

De las muchas conclusiones a las que llega la autora, se pueden destacar las siguientes:

-Respecto del emisor, del análisis de los registros se desprende de estos una falta de claridad en la asunción de la responsabilidad por las acciones llevadas a cabo, a partir de que las posibilidades de identificar al emisor son variadas. Además, refiere que la intención aparente en la mayoría de los casos es simplemente la de cumplir con el deber de registrar y que “parece como si el emisor, en la mayoría de los casos, mantuviera un diálogo interno” (2011, p. 290).

-Respecto de la persona, la autora manifiesta que algunas de las expresiones presentes en los enunciados estudiados muestran el posicionamiento del profesional frente al sujeto de atención. Sostiene que el profesional debe interesarse no solo por los aspectos biológicos, sino también por la respuesta humana en el proceso de salud-enfermedad. Ello queda de manifiesto en una escritura que revela el tipo de relación entre el profesional y el usuario (2011). Este hecho se vuelve doblemente significativo al considerar que el propio texto puede condicionar la visión respecto de la persona de los otros miembros del equipo de salud. Por ello, sostiene que los enunciados deben tender a la objetividad o plasmar literalmente las palabras del usuario, transmitiendo así una relación de cooperación.

La autora plantea que, si bien algunos de los enunciados analizados muestran los aspectos no físicos de la persona, estos son poco explorados y descriptos someramente. Reflexiona sobre el hecho de que el profesional selecciona qué considera necesario dejar por escrito y qué no, y señala que, al no dejar constancia de las distintas dimensiones humanas, se reduce la visión holística de la persona. En términos de seguridad, la autora considera esto una falta grave (2011).

De acuerdo a los enunciados analizados, señala que los enfermeros se basan muchas veces solo en lo que la persona manifiesta -o no- espontáneamente. Añade que el uso de formas pasivas resalta la acción por sobre quien la realiza, aunque se trate del propio usuario, de modo que en el discurso la acción en sí se vuelve más importante que la persona y su experiencia.

En relación al análisis de los registros de enfermería, resulta pertinente mencionar la investigación de tesis llevada a cabo en la Universidad Nacional del Comahue por Robledo

(2011) y titulada “Registros de Enfermería. Hospital de Área El Bolsón.”. Tuvo como objetivo investigar el uso de los registros de Enfermería y de la información dispuesta en ellos. Utilizó un cuestionario y una lista de cotejo con motivo de identificar los pasos del proceso de cuidado que en efecto se registran.

Entre los resultados obtenidos, se puede destacar que, respecto a la valoración, la autora de la tesis observó un registro total de los datos objetivos, pero no así de los subjetivos. Asimismo, observó que los registros no detectan una evaluación en función de explicitar necesidades satisfechas o insatisfechas, con lo cual otras etapas del Proceso de Atención de Enfermería – PAE- (diagnóstico y proposición de objetivos) también presentaron un bajo porcentaje de registro. La mayoría de los enfermeros refirió que dejan asentadas las acciones de enfermería vinculadas al área física, mientras que solo el 30% lo hace respecto a aspectos psicosociales. Estas conclusiones concuerdan con las obtenidas por Tarruela Farre (2011) (ver también Ortiz Carrillo y Chávez, 2006).

Otra propuesta de análisis desde los aspectos lingüísticos es la de Forteza Fernández (2003), en su artículo “Estudio lingüístico-comunicativo de los planes de cuidado de enfermería como género: perspectivas didácticas”. Se trata de un estudio basado en la lingüística sistémico-funcional de M.A.K. Halliday y la teoría de los géneros, en el cual se analizaron los planes de cuidado de enfermería como género discursivo. El objetivo fue determinar los componentes del mismo, así como las tres metafunciones del lenguaje definidas por esta teoría: la conceptual, la interpersonal y la textual. Para ello se recurrió a sesenta y tres modelos de planes de cuidado, en inglés. Como resultado se identificaron tres estadios fundamentales en el desarrollo de los planes, vinculados a las fases del PAE –Proceso de Atención de Enfermería– y a las regularidades presentes a nivel de la cláusula, como unidad de sentido de la lengua comunicativa. El autor concluye que el estudio significa un avance en el conocimiento del lenguaje científico en las ciencias médicas, y lo vincula positivamente con la enseñanza del inglés en la educación médica superior.

Forteza Fernández (2003) sostiene que estos documentos sirven al personal de enfermería como guía en el proceso de atención, y que los mismos se adecuan a patrones estructurales, de estilo y de contenido, en función de un destinatario específico. Es significativo también cómo, a nivel conceptual, se observan valores y supuestos ideológicos propios de la sociedad en cuyo marco se desarrolla la atención sanitaria -por ejemplo, la idea de “cliente”. Describe, asimismo,

condicionamientos institucionales con respecto a la forma de redacción de los diagnósticos y la pertinencia de los mismos, sumado a la NANDA³ como rectora de la realización textual. Esto no es irrelevante, considerando las tendencias a estandarizar el lenguaje de enfermería que muestran algunas investigaciones. Finalmente, Forteza Fernández destaca que, a través del plan de cuidados como género discursivo, también se reflejan y establecen relaciones de poder entre una institución que impone normativas, el personal de enfermería que posee el conocimiento y que diseña el plan de cuidados materializado en el texto, y la persona que debe atenerse al mismo.

Hasta ahora se ha hecho referencia a artículos que abordan el discurso y los registros de enfermería. El otro gran tema de interés para el presente trabajo de investigación es las representaciones sociales de persona. A este respecto, se halló una sola publicación que lo investigara en forma práctica, problematizando las definiciones teóricas. Se trata de la tesis doctoral de J. C. Francisco del Rey (2008) “De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional”.

Esta investigación parte de la preocupación por la relación entre la teoría de la enfermería y la práctica. Se centra en las influencias sobre la práctica enfermera y en identificar las concepciones teóricas que están implícitas en la misma, en relación a los conceptos paradigmáticos (cuidado, persona, salud y entorno). La autora refiere haber observado que los estudiantes de Enfermería son capaces de aplicar los modelos teóricos y el proceso de atención, pero que luego, a lo largo de la trayectoria profesional, dejan de mantener un modelo como referente conceptual y el proceso de atención como guía de su práctica. En relación a dicha tesis, para la presente investigación son de particular interés los hallazgos respecto del concepto de persona.

La autora refiere que una de las complejidades de atender las necesidades de cuidado, implica reconocer a la persona como protagonista de su propio proceso e individualizar la atención. Ello requiere valoración, reflexión y toma de decisiones en función de los problemas que se detecten. Se puede vincular esta situación con cómo ha ido cambiando la relación entre los profesionales de la salud y los sujetos de atención, en función de centrarse en las necesidades de las personas -y no tanto en las enfermedades- así como en el concepto de autonomía.

El estudio se desarrolló con una metodología de diseño cualitativo, a partir de un cuestionario auto-administrado validado por un grupo de expertos y una prueba piloto. Fue construido según

³ Refiere a una taxonomía de diagnósticos de enfermería postulada por la North American Nursing Diagnosis Association, de uso extendido a nivel global, como propuesta de estandarización de los mismos.

una metodología de análisis de contenido y grupos de discusión. Respecto puntualmente del concepto de persona, en dicho cuestionario se propusieron diez dimensiones, a las cuales los participantes debían asignar un puntaje. La autora interpretó a partir de los resultados obtenidos, que según la concepción de la población enfermera estudiada, la persona “está compuesta por aspectos físicos, intelectuales y emocionales, con necesidades fisiológicas y psicológicas y con la capacidad y responsabilidad para decidir” (p. 287).

4. Marco teórico

Aproximarse al estudio de las representaciones sociales no siempre resulta una tarea sencilla, ya que las mismas han sido definidas y abordadas por múltiples disciplinas y desde distintos enfoques. Botero Gómez et al (2008) explican que, más allá de los desacuerdos epistemológicos y metodológicos, la noción de representación social es entendida como “la manera en que las personas conocen, interpretan, se apropian y actúan la realidad” (p. 28). Tanto para la Sociología como para la Antropología, las representaciones sociales se relacionan con los hechos concretos de la vida de las personas. Para la primera desde la interacción social y la construcción de esquemas de clasificación adquiridos social e históricamente; para la segunda, teniendo en cuenta la cultura y la dimensión simbólica que hacen a la interpretación de la vida cotidiana, las estructuras y las prácticas sociales. (Botero Gómez et al, 2008).

Uno de los principales referentes en la teoría de las representaciones ha sido Serge Moscovici, quien la postuló dentro de la Psicología Social. Su enfoque busca integrar las dimensiones individual y social desde los aspectos cognitivos, entendiendo las representaciones sociales como parte del conocimiento construido socialmente en la interacción y la comunicación. El mismo repercutirá sobre las decisiones y acciones de las personas. Botero Gómez et al. (2008) resumen que se las puede definir como “una forma de conocimiento práctico (...) que conecta a sujeto con objeto” y que “se usan para actuar en el mundo y con los otros” (p. 44).

Destacan que no son estáticas, sino que están en un continuo proceso de construcción social, en vinculación con las transformaciones de la propia sociedad y bajo el influjo de la memoria social. Este proceso de construcción de las representaciones se da gracias al lenguaje como modo tanto de transmisión como de reproducción del contenido presente en esa memoria colectiva, y como introducción de nuevos elementos (p. 47).

Resulta importante recalcar que las representaciones no son simples reflejos de la realidad, sino un mecanismo socio-cognitivo que permite interpretarla, a la vez que funcionan como guías para “las acciones y relaciones sociales” (Abric, 2001). Por ello, entre las funciones que cumplen, también está la de justificar los comportamientos y definir la identidad de grupo, y por ende perpetuar las diferencias entre los distintos grupos.

Abric (2011) propone tres grandes etapas en el estudio de las representaciones sociales: 1) Identificar el contenido 2) Estudiar las relaciones entre elementos (estructura) 3) Determinar el núcleo central. Destaca que, dada la complejidad de su composición como objeto de estudio, resulta necesario combinar diferentes metodologías a fin de lograr abarcar las tres etapas. Se puede decir que el presente estudio se enfocó en la primera etapa, esto es, conocer el contenido de las representaciones sociales presentes en los registros de enfermería.

Puede haber contradicciones en las representaciones y por lo tanto en la ideología de las personas. Raiter (2010) sostiene que para estudiar las representaciones sociales que una persona posee -y que posee, por extensión, la comunidad a la que pertenece-, no resulta conveniente interrogarla de forma directa, sino que “se debe realizar análisis de discurso sobre la producción lingüística, que deberá ser representativa del emisor y/o de la comunidad” (p. 15). Esta última afirmación se relaciona con el enfoque de la presente investigación.

En relación al concepto de persona, la pregunta sobre cómo definir a quien recibe el cuidado enfermero no es nueva y mucho se ha reflexionado al respecto. Mary Ellen Doona (1979), comentando los postulados de J. Travelbee, dice, en referencia a la enfermería psiquiátrica específicamente pero extensible y necesario para todos los ámbitos del ejercicio disciplinar, que la persona es un ser único e integral, fuertemente determinado por sus características y procesos psíquicos además de físicos. Los cuidados, en consecuencia, deben tener en cuenta esas características y esos procesos, y ser desarrollados *con* la persona, no *sobre* ella (p. 9).

Muy pertinente resulta, a los fines de la presente investigación, la aclaración que realiza esta autora en el prefacio con respecto a la típica denominación de “paciente”, cuyo origen etimológico remite al sufrir, pero cuyo significado original “ha perdido valor” (p. 1). Hoy en día se reflexiona sobre este término, y se considera que puede connotar un sentido de pasividad en el que la persona es mera receptora de las decisiones y el accionar de los agentes de salud. El reconocimiento de la autonomía de la persona implica una participación activa en el proceso de salud-enfermedad y una relación de simetría, no de poder, con el personal sanitario. Francisco

del Rey (2008) refiere que las relaciones entre los profesionales de la salud y la comunidad en general se están transformando, justamente, a partir de que las necesidades de los ciudadanos se han vuelto prioritarias en la atención, y, en consecuencia, la participación de las personas basada en su autonomía resulta fundamental (p. 17).

Por otro lado, es destacable que Travelbee dijera que entre los objetivos de la relación persona a persona, la enfermera debe ayudar al “paciente” a percibirse como agente activo en sus experiencias vitales, así como a encontrar un significado a la enfermedad, lo cual resalta la relevancia de los aspectos subjetivos de la persona. Señala que “las enfermeras dan por sentado que 'el paciente como un todo' es el factor más importante en su vida profesional. Sin embargo, el comportamiento de algunas revela que se concentran más en partes del paciente” (Doona, 1982, p. 139); es decir, que no siempre corresponde su accionar con el enfoque descripto.

Con respecto a la teoría enfermera, Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette y Major (1996) señalan tres grandes paradigmas que han repercutido sobre la enfermería, continuados en el tiempo, pero superpuestos e interrelacionados, entendiéndose por paradigma una forma de comprender el mundo que influye sobre los contenidos disciplinares (p. 3). A continuación, se presentará solamente el concepto de persona presente en los mismos.

El paradigma de la categorización inicia con Nightingale, quien considera a la persona como paciente, y, si bien reconoce sus distintos componentes -incluyendo lo intelectual, lo emocional y lo espiritual- y su responsabilidad en las conductas sobre la salud, con respecto a la relación enfermera-paciente posiciona a este último en un rol más bien pasivo, siendo la enfermera quien toma las decisiones y posee el control de la situación. Posteriormente, la enfermedad física se vuelve el centro, considerada como un evento ajeno al entorno y a las condiciones socioculturales. Es la era de la medicina técnico-científica, y la persona no es vista como un agente activo. La totalidad del individuo tiende a fragmentarse y estudiarse por separado (paradigma biomédico o tecnocrático).

El paradigma de la integración, sucesor del anterior, amplía la visión al contemplar la interacción entre un fenómeno de salud-enfermedad específico con el contexto y el momento determinados en los que ocurre. Este paradigma busca dar respuesta a las necesidades de la persona, quien es reconocida como participante activa en su salud y es comprendida en la interrelación de todas sus dimensiones, así como en la relación adaptativa al entorno (histórico, político, etc.).

Finalmente, el paradigma de la transformación surge a partir de los años '70 del siglo XX. Parte de considerar cada hecho o fenómeno como único. Las personas son reconocidas en su derecho y su deber a participar en las acciones de planificación y protección de la salud a nivel colectivo e individual (Kérouac et al, 1996). La persona es contemplada como un ser único y en su complejidad, como un todo global integrado por múltiples dimensiones y por la interacción con el medio, mayor a la suma de sus partes. La cultura, creencias y prioridades de la persona cobran especial relevancia en este paradigma.

Estos paradigmas no son exclusivos de la Enfermería. Desde la filosofía, Estrada Mesa (2015) ofrece una aproximación al pensamiento de M. Foucault. Este autor explica cómo desde la modernidad, la influencia de la clínica y la medicalización de la vida han contribuido a “construir una idea del hombre a partir de una concepción organicista” (p. 331). Explica que, con el nacimiento de la clínica, la mirada sobre el individuo coloca a éste como escenario de la enfermedad, ligada a un cuerpo “lábil y precario [que]se inserta dentro de una trama de ideales que pretenden forjar una estructura somática sana, limpia, fuerte y productiva” (p. 344). Esta visión se relaciona con al paradigma de la categorización.

En relación a los registros de enfermería, Ortiz Carrillo y Chávez (2006) resaltan su relevancia como parte del cuidado, en cuanto a evidencia escrita del mismo. Las autoras sostienen que son la herramienta fundamental para que se visibilice la labor de enfermería, al avalar su trabajo, justificar el recurso humano, resguardar legalmente al profesional y servir de fuente de información y comunicación para garantizar la continuidad del cuidado (p. 1).

Asimismo, definen el registro como una herramienta que permite evaluar la responsabilidad profesional y la calidad de los cuidados, no solo a nivel científico-técnico, sino también humano y ético, en tanto reflejan la práctica individual y los deberes colectivos para con el usuario. En este punto acuerdan otros autores, como por ejemplo Bautista et al (2016), quienes señalan que los registros “son vitales para la orientación y la toma de decisiones en el cuidado del paciente por otros profesionales” (p. 2).

Ortiz Carrillo y Chávez (2006) también sostienen que en los registros debe plasmarse cada una de las etapas del proceso de cuidado, incluyendo todo lo que se valoró, pensó e intervino sobre el usuario. Los registros permiten evaluar la especificidad de los cuidados y hacer visible la tarea de enfermería también en los aspectos emocional, social, intelectual y educativo, así como en “la relación dialógica y la interacción recíproca entre enfermero y sujeto de cuidado” (p. 4). Incluso

señalan que, de acuerdo con la literatura, los errores más habituales incluyen la omisión de los aspectos emocionales, socioeconómicos y espirituales.

Es de utilidad también el artículo de revisión de Valverde (2007) “Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería”, enfocado en la conceptualización del cuidado. Sostiene que el personal de enfermería tiende a centrarse en el profesional que ejerce y no en quien recibe el cuidado, lo que vincula a un sistema sanitario con enfoque economicista, a las condiciones laborales y a la falta de formación en lo filosófico y lo relacional. Esta visión a su vez se relaciona con un predominio de las necesidades del profesional y con los paradigmas de salud-enfermedad. Menciona, entre otros, como ejemplos de esta realidad, las siguientes situaciones:

-El concepto de que “el paciente da trabajo”, que juzga a las personas según cuánto soliciten la atención de la enfermera, siendo una valoración positiva que pasen desapercibidos. Esto deja de lado la consideración de los motivos y las experiencias que llevan a los sujetos a una mayor o menor demanda de la atención.

-La noción de que los “pacientes” “se portan mal”. Esto ignora los aspectos psicosociales de la experiencia de la persona, siendo su comportamiento una expresión de la situación particular que está atravesando, y no precisamente una fuente de conflicto a corregir por el personal. Ha llevado también a catalogar a las personas de “buenos” o “malos” “pacientes”, según si su comportamiento es lo esperado y exigido por el personal.

-Situaciones de confusión o malentendidos en la comunicación con las personas, en las cuales se exige que respondan según las expectativas y voluntad del profesional, incluso sin dar indicaciones claras y con falta de supervisión.

-La contraposición entre dar indicaciones y tomar las decisiones por el sujeto, o pretender de él una participación activa en su propia salud. Esto último requiere una adecuada formación y poder reflexionar sobre los significados que trae el padecimiento a la persona.

-La tendencia a valorar la experiencia de la enfermedad como “buena” o “mala”, desde la perspectiva del profesional, y muchas veces de acuerdo con una conveniencia laboral, descentrándose de los significados y las vivencias de la persona como eje de la relación terapéutica.

La autora propone como nuevo enfoque recurrir a la narrativa de la experiencia de la enfermedad, a fin de significarla y establecer la relación terapéutica. El rol del personal de enfermería en este caso está en ayudar a construir esa narrativa. Resulta crucial también poder

comprender los significados que la persona le da a su situación de salud, y los comportamientos que se desprenden de aquellos. Lo fundamental “no es qué enfermedad tiene el paciente sino su experiencia de ésta” (p. 14). Resalta la importancia de afrontar el cuidado con humildad, sin presuponer que la “verdad” científica del profesional es más “verdad” que la percibida por el propio usuario.

En síntesis, a nivel teórico, la construcción metaparadigmática de persona ha ido transformándose, dando cada vez mayor relevancia a las vivencias, la visión holística, la autonomía y el rol activo de la persona en el proceso de salud enfermedad. Sin embargo, estas construcciones teóricas no siempre se ven plasmadas en la realidad, donde surgen prácticas y discursos centrados en la perspectiva y las necesidades profesionales, en lo biológico y lo patológico, y que ubican a la persona en la pasividad y la adecuación a los requerimientos profesionales.

El metaparadigma de persona forma parte de las representaciones sociales de enfermería, que son dinámicas y complejas. Las mismas construyen la identidad profesional y son una base para la relación terapéutica. Los registros como construcción discursiva y elemento de comunicación, entonces, permiten acceder a la visión del mundo, individual y comunitaria, de quien los escribe.

5. Propuesta metodológica

5.1 Contextualización⁴

A fin de presentar la propuesta metodológica y operativa de la presente investigación, se desarrollará en primer lugar una breve contextualización del efector de salud seleccionado (Hospital Horacio Heller) y algunas consideraciones en relación con el modelo de registro de enfermería empleado en el mismo.

El Hospital Dr. Horacio Heller se localiza en el barrio Melipal, en la ciudad de Neuquén. Dependiente del Ministerio de Salud de la provincia, está ubicado en la zona sanitaria Metropolitana, en calidad de hospital cabecera de zona. Además, tiene bajo su servicio un área programa comprendida por los barrios circundantes. Este hospital sirve de referencia del área

⁴ La información consignada en este apartado fue aportada por Jefa de División de Enfermería del Hospital Horacio Heller y obtenida de la página web del dicho nosocomio.

Oeste de la Zona Sanitaria I, a la vez que refiere⁵ al Hospital Dr. Castro Rendón. Se trata de un efector de nivel de complejidad VI⁶ y segundo nivel de atención⁷.

Este hospital adopta un sistema de atención por cuidados progresivos. Ello significa que las áreas de internación en general se organizan por las necesidades asistenciales y de cuidados de los sujetos de atención, y no por especialidades médicas. De este modo, existen sectores de cuidados mínimos, intermedios y progresivos para neonatología, pediatría y adultos. De acuerdo con la evolución clínica y de salud del sujeto de atención, podrá reubicarse en uno u otro sector.

Con respecto al personal, cuenta con 222 agentes de enfermería. La capacidad de internación del hospital es de 28 camas para el Sector 12 (cuidados mínimos), 30 para el Sector 10 (materno-infancia, en donde 18 camas corresponden a tocoginecología y 12 a pediatría), 30 para el Sector 8 (cuidados intermedios), 8 para el sector de Cuidados Críticos, 10 para Neonatología, 6 camas de parto en Centro Obstétrico y 6 para Emergencias.

Con respecto al formato de registro de enfermería que se utiliza actualmente en el Hospital Horacio Heller, puede señalarse lo siguiente:

-El registro de enfermería empleado consta de una planilla modelo articulada en función de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería –PAE-. Esta fue desarrollada hace cinco años en el sector de Cuidados Críticos, y hace tres años se trasladó al resto del hospital.

-El hospital adhiere a la teoría de necesidades de Virginia Henderson⁸. El modelo de registro utilizado fue desarrollado a partir de la misma. Para ello, las necesidades postuladas por Henderson fueron resumidas y agrupadas, a los fines de facilitar el registro.

-El único sector que no utiliza esta planilla es el Centro Obstétrico. En Pediatría se habían propuesto modificaciones al registro, pero no se están implementando y aún se utiliza el mismo modelo.

⁵ “La referencia constituye un procedimiento administrativo asistencial mediante el cual un establecimiento de salud (de acuerdo al nivel de resolutivez que le corresponda), transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutivez” (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011, p. 12)

⁶ El nivel de complejidad de un efector de salud depende del tipo, cantidad y desarrollo de las actividades que se realizan en el mismo. Para el nivel VI se incluyen las especialidades médicas básicas, especialidades quirúrgicas, consultorio e internación, servicios auxiliares de diagnóstico, anatomía patológica y electrodiagnóstico, entre otros.

⁷ El segundo nivel de atención es capaz de dar respuesta al 10 a 15 % de problemáticas, las cuales pueden requerir internación y/o atención médica especializada.

⁸ Virginia Henderson (1897-1996) fue una teórica de la Enfermería que propuso una taxonomía de catorce necesidades básicas en las cuales se centra el cuidado enfermero. Identificó las funciones de la enfermería como “ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o su recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios” (Henderson 1964, en Allgood y Tomey, 2011, p. 56). Su teoría es de uso extendido en nuestro medio.

-Con respecto a los sectores seleccionados para esta investigación, en Cuidados Críticos (CC) la redacción se realiza en computadora, mientras que en el sector de Cuidados Mínimos (Sector 12) se redacta en forma manuscrita.

-El modelo de registro consta de una página para completar por cada turno. En primera instancia ofrece un acápite a rellenar con datos de referencia (nombre y apellido, edad, fecha, diagnóstico médico, número de historia clínica, antecedentes, alergias y el turno correspondiente). A continuación, sigue el cuerpo de la hoja, estructurado en función de las etapas del PAE, proponiendo cuatro grandes secciones: 1-Valoración; 2-Diagnóstico de enfermería prioritario, planificación e intervenciones; 3-Evaluación de resultados; 4- Observaciones/medicación administrada.

-La valoración, a su vez, está dividida en seis apartados para la recolección y la interpretación de datos. Dichos apartados son:

- 1- Necesidad psicológica/social/ espiritual
- 2- Necesidad neurológica
- 3- Necesidad respiratoria
- 4- Necesidad cardiovascular/ termorregulación
- 5- Necesidad digestiva/ genito-urinaria
- 6- Necesidad motora/ higiene y tegumentos

5.2 Tipo de estudio y estrategia

La presente investigación consistió en un estudio cualitativo, descriptivo y transversal en el tiempo. Se adoptó una perspectiva hermenéutica, en cuanto interpretación del sentido de los objetos enfocados para su estudio.

5.3 Determinación del universo población y muestra

En esta investigación se trabajó con los registros de enfermería como unidad de análisis. A fines de indagar respecto de la representación social del metaparadigma de enfermería, se tomaron como criterios de inclusión:

-Registros realizados en los sectores de cuidados progresivos en internación de adultos del Hospital Horacio Heller (sector Cuidados Críticos y sector 12 -Cuidados Mínimos).

-Registros recientes en el tiempo: Se incluyeron los registros realizados desde la última semana previa al inicio de la recolección, en adelante. La misma se realizó desde el 11 de septiembre hasta el 30 de octubre de 2019.

- Registros pertenecientes a distintos turnos (mañana, tarde y noche).
- Registros legibles.

Al mismo tiempo, se tomaron como criterios de exclusión:

- Registros que resultaran ilegibles.
- Registros que no pertenecieran a los sectores de cuidados progresivos seleccionados.
- Registros que correspondieran a fechas anteriores a la última semana previa al inicio de la recolección.

Como explican Polit y Hungler (2006), en los estudios cualitativos se suelen utilizar métodos de muestreo no probabilísticos, ya que el objetivo no está en lograr una generalización estadística de los datos obtenidos, sino en recabar la mayor información sobre el fenómeno indagado, acorde a la emergencia de categorías durante la investigación. El tamaño de la muestra suele ser menor a los estudios cuantitativos, y no es tanto la cantidad de individuos como la información obtenida lo fundamental. Esto no quiere decir que no se busque representatividad en la muestra, sino que la misma suele requerir de la selección del investigador en función de la calidad y la suficiencia informativa. Del mismo modo, dadas las características emergentes de este tipo de estudios, es habitual que se utilice una técnica de muestreo inicial, pero que en el desarrollo de la investigación se apliquen otras, en función de la información obtenida.

Asimismo, es importante resaltar que en la investigación cualitativa se suele trabajar con un criterio de saturación del dato, es decir, que la recolección de información continúa hasta que la misma se repite sistemáticamente y resulta detallada y completa. Cuando el investigador no encuentra nueva información, concluye con la recolección de la misma, de acuerdo con los objetivos perseguidos.

La selección de la muestra suele realizarse en forma seriada, es decir, que los miembros se eligen progresivamente en función de la información que ya se ha recolectado. Las motivaciones del muestreo, en investigación cualitativa, están determinadas por los objetivos propuestos y por la información obtenida en el desarrollo de la investigación. En la presente investigación se recurrió a un muestreo intencional, finalizando la recolección cuando se alcanzó la saturación

del dato, es decir, cuando ya no se encontraron estructuras o información distinta de las ya obtenidas de los registros antes recolectados.

5.4 Técnicas de recopilación, procesamiento y tratamiento de los datos

La recolección de datos fue realizada durante los meses de septiembre y octubre de 2019, mediante la lectura y transcripción de los registros de los sectores seleccionados.

En cuanto al procesamiento de los registros, Urra, Muñoz y Peña (2013) proponen el análisis del discurso (AD) como uno de los abordajes metodológicos posibles dentro de la investigación en ciencias de la salud. Refieren que “el discurso se considera algo más que el lenguaje oral o escrito; se refiere a cómo se usa el lenguaje en la realidad de los contextos sociales” (p. 50) visibilizando todo lo que esconden las interacciones comunicativas. Sostienen que la lengua representa y reproduce el mundo, las conductas sociales y las relaciones interpersonales, manteniendo y perpetuando los roles sociales y las relaciones de poder. Un claro ejemplo es la hegemonía del discurso biomédico sobre el holístico, que privilegia ciertas formas de comprender la realidad y de actuar sobre ella. Así, las autoras definen el discurso, en sentido amplio, como el uso del lenguaje en relación a los paradigmas cultural, social y político.

El AD se presenta, entonces, como una herramienta metodológica hábil para analizar y comprender las prácticas discursivas que se dan en la vida social. Se basa en métodos principalmente cualitativos que describen las estructuras y estrategias de los distintos tipos de discurso. Este enfoque coincide con la propuesta del presente proyecto.

Cassany (2006) explica cómo todos los discursos tienen un contenido literal y otro oculto, que corresponde, por un lado, a todo aquello que podemos interpretar a partir de las palabras, pero que no está explícito en ellas, y por el otro, a todo el contenido vinculado al punto de vista del emisor, su ideología e intencionalidad (p. 52). Señala que todo discurso tiene ideología, entendida esta como “la mirada completa de cada uno sobre la realidad, su conceptualización mental y las actitudes y valores que de desprenden de ella” (p. 93).

Santander (2011) coincide con Cassany (2006) en que es importante el AD en cuanto a que los discursos no son inocentes ni transparentes, sino que son opacos, puesto que “el lenguaje muestra, pero también distorsiona y oculta, que a veces lo expresado refleja directamente lo pensado y a veces sólo es un indicio ligero” (Santander, 2011, p. 208). Muchas veces ese indicio, lo que

podemos inferir del discurso, puede ser más significativo que el contenido literal; de esta forma el discurso es el espacio en el que se reproducen las representaciones.

Santander manifiesta que “el lenguaje no se considera solamente un vehículo para expresar y reflejar nuestras ideas, sino un factor que participa y tiene injerencia en la constitución de la realidad social” (p. 209). Esta concepción contempla el discurso como un modo de acción en la sociedad. Este hecho, sumado a que los discursos tienen existencia material y por lo tanto son observables empíricamente, se vincula a una línea de pensamiento que sostiene que el conocimiento del mundo radica en los discursos antes que en las ideas. Santander caracteriza el análisis del discurso como un enfoque cualitativo dentro del paradigma de la interpretación, y abocado no a las intenciones del sujeto que produce un discurso (qué quiso decir), sino a las acciones que se realizan a través del mismo (por ejemplo, la reproducción de ciertas representaciones sociales).

Señala que una investigación en el marco del AD puede estar definida por una hipótesis, o guiada por un objetivo general. En este último caso, que fue el adoptado en la presente investigación, sostiene que la investigación deberá seguir una lógica más bien inductiva. Con la meta de dar respuesta al problema de investigación, se procede a partir de una base de orientación dada por la teoría, a una búsqueda empírica ante los textos que permita ir logrando una construcción “emergente” del conocimiento. De este modo es posible que surjan en el transcurso de la investigación categorías de análisis nuevas o no previstas, para interpretar el corpus (p. 113).

Una observación importante que realiza el autor, es que no existe una técnica ideal o preferente en el AD, sino que existen distintas propuestas de análisis más o menos útiles de acuerdo a los objetivos enunciados, el enfoque y las motivaciones del estudio. Destaca, sin embargo, la relevancia de que el análisis sea coherente con las categorías conceptuales, es decir, “que los conceptos teóricos y los analíticos de la investigación estén relacionados con el objeto de estudio y que se apoyen mutuamente para la ejecución del análisis” (Santander, 2011, p. 217).

Calsamiglia y Tusón (2001), por su parte, explican que la práctica discursiva, si bien es heterogénea, está regulada por normas tanto del orden de la lengua como sistema, como del orden sociocultural. El discurso tiene la facultad de construir relaciones de poder entre las personas, así como puede constituir la identidad social de las mismas. Dado que el discurso es un objeto empírico, estas autoras coinciden con Cassany (2006) en que su abordaje implica necesariamente contemplar su contexto de producción, con lo cual el análisis nunca es exclusivamente lingüístico, sino que se interrelaciona con otros componentes de la situación discursiva general.

En este marco conceptual, es significativa la noción de inferencia, comprendida como los procesos mentales que realizamos para “interpretar de forma situada los mensajes que recibimos” (Calsamiglia y Tusón, p. 186), es decir para contextualizar los significados implícitos -lo presupuesto- a partir de los indicios que el enunciador nos deje en el discurso. Cuando hablamos de presuposiciones, podemos referirnos tanto a un sentido lógico, es decir, aquel significado que no está explícito pero que “se desprende necesariamente del significado de las palabras” (p. 190), o -en un sentido pragmático y de mayor interés para el AD-, que depende del conocimiento previo compartido por los hablantes y de los elementos presentes en el contexto de la comunicación.

En la presente investigación, se recurrió al AD como técnica de análisis e interpretación de los datos obtenidos. La unidad de análisis fue la hoja o registro de enfermería de las áreas de internación por cuidados progresivos de adultos del Hospital Horacio Heller (Sector 12 y Cuidados Críticos). Para ello, se trabajó con categorías provenientes de teorías de la enfermería, de teorías del discurso y de teorías de las representaciones sociales. A nivel general, las categorías principales son:

Categorías teóricas:

-Representaciones sociales: Entendidas como las imágenes o conceptos sobre los distintos elementos del mundo y las relaciones entre los mismos; dichas imágenes son socialmente construidas y transmitidas a través de los discursos, y sirven de base para los comportamientos de los sujetos.

-Persona: Por persona nos referimos a un ser holístico, comprendido por distintas dimensiones interdependientes. La persona es autónoma e individualizada, con una experiencia particular y única de los procesos que la atraviesan. Este trabajo se centró en la persona que cumple el rol de destinataria de los cuidados de enfermería, por lo que también podremos referirnos a ella como sujeto de cuidado o de atención.

A lo largo de esta investigación se buscó caracterizar la relación entre ambas categorías (las representaciones sociales y la persona). Para ello, a nivel operativo se trabajó con las siguientes categorías, proyectadas a partir del modelo de registro utilizado en el Hospital Horacio Heller, y que responden al concepto de persona vinculado al mismo.

Categorías operativas:

- Dimensiones constitutivas de la persona:

En este caso, se tomaron los seis grupos de necesidades presentes en el modelo de registro.

- 1- Psicológica/social/ espiritual: Comprende los sentimientos, las emociones, las percepciones, los pensamientos, las vivencias, los aspectos interrelacionales, los valores, las creencias y las costumbres.
- 2- Neurológica: Se vincula con el funcionamiento del sistema nervioso, a partir de sus manifestaciones.
- 3- Respiratoria: Aspectos vinculados con el funcionamiento del sistema respiratorio.
- 4- Cardiovascular/ termorregulación: Aquí se enlistan las manifestaciones del funcionamiento cardíaco y vascular, sumado a la capacidad de mantener la temperatura corporal dentro de los valores considerados normales.
- 5- Digestiva/ genito-urinaria: Se conjugan en este apartado la necesidad de alimentarse y de eliminar⁹.
- 6- Motora/ higiene y tegumentos: Refiere a aspectos vinculados con la movilidad del cuerpo, la higiene corporal y el estado de piel, cabello y uñas.

- Campos semánticos asociados a la persona:

Grupos de palabras relacionadas entre sí por su significado. Esta vinculación puede devenir del sentido literal de las palabras, pero también de un “mundo de referencia” en particular, es decir, que adquieren relación en una situación comunicativa específica, en función de los conocimientos previos y de los esquemas mentales de los hablantes (Calsamiglia y Tusón,2001). En esta investigación se abordaron principalmente las denominaciones que reciben el sujeto de cuidado y su caracterización (sus atributos).

- Participación:

Refiere a quién realiza las acciones de cuidado en el registro, partiendo de la noción de agentividad de las acciones. Para ello se comprende al agente en un sentido amplio, como el participante que causa la acción o el proceso al que se haga referencia (Ghio y Fernández, 2005). Se consideraron en principio cuatro posibilidades de realización de la agentividad:

⁹ En el modelo de Virginia Henderson, “eliminar es la necesidad de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo” (Riopelle, Grodin y Phaneuf, 1993, p. 19)

- La persona
- La enfermera o el enfermero
- Ambas
- Inespecífico.

A partir del análisis realizado, se identificó una quinta posibilidad de realización para esta categoría: – Otros.

- La dimensión terapéutica:

Se consideraron aquí los aspectos específicos del cuidado enfermero (orientado a las necesidades) y los aspectos medicalizados (orientados a la enfermedad y el cumplimiento de indicaciones). Se buscó reflexionar sobre la relevancia de cada uno. Incluye los diagnósticos, las intervenciones y las observaciones propios de enfermería o de las indicaciones médicas.

Para realizar el análisis, en primer lugar, se identificaron los enunciados de acuerdo con las categorías operativas propuestas. En segundo lugar, se procedió a la desagregación de dichos enunciados, es decir, se procedió a extraer los pasajes identificados en el texto y a agruparlos de acuerdo con las categorías propuestas.

Para ello, se recurrió a una tabla en la cual se plasmaron los datos para su organización y para el análisis integral. Al aplicarla, la tabla fue modificada con respecto a la versión propuesta inicialmente, con el fin de realizar los ajustes necesarios para optimizar su uso en el análisis. En la sección “Anexos” pueden verse ambas versiones.

En tercera instancia, se procedió a la reagregación de los datos, es decir, a reagruparlos en un nuevo texto que integrara las regularidades obtenidas. Esta etapa fue parte de la tarea de interpretación y reflexión que se llevó a cabo durante toda la investigación, buscando reconstruir las matrices de sentido que integran las representaciones discursivas de persona. En esta tarea de análisis, asimismo, se identificaron dos categorías emergentes, que denominamos “observación permanente” e “individualidad y uniformidad”.

6. Análisis

Los registros han sido referenciados con los índices “12” o “CC”, según provengan del Sector 12 (Cuidados Mínimos) o de Cuidados Críticos, respectivamente, seguido de un número que los

individualiza, del 1 al 74 para el primero, y del 1 al 27 para el segundo. Los enfermeros y las enfermeras recurren en su escritura a múltiples abreviaturas, por lo cual al final del presente trabajo se ha consignado un listado de las abreviaturas y siglas halladas en el corpus analizado y sus significados, para referencia del lector o la lectora¹⁰.

6.1. Las dimensiones de la persona

6.1.1 Necesidad psicológica/ social/ espiritual

En los registros analizados, podemos observar información de índole variada, que iremos detallando a continuación:

-Edad¹¹

Este elemento lo encontramos a partir de la consignación directa de la cantidad de años (CC.3, CC.15, CC.16, CC.22 y CC.23), en la referencia de la etapa del ciclo vital que se encuentra transitando la persona -por ejemplo, “adulto mayor”, “adulta joven” o “geronte” (12.23, 12.45, CC.1, CC.5, CC.10, CC.13, CC.20, CC.25)-, o ambos en CC.8. En estos casos, se circunscribe a la persona a un grupo etario particular, asignándole con ello ciertas características generales, que a nivel psicosocial podrían -o no-representar a la persona en cuestión. En el caso de CC.7 se recurre al término “añosa”, el cual resulta impreciso y menos técnico (comparando sobre todo con CC.8, que refiere a la misma persona, y en el cual se consigna “adulta joven de 54 años”).

-Días de internación

Encontramos este dato explicitado en 12.45, 12.50, CC.6, CC.10, CC.13, CC.25, CC.20, CC.25 y CC.27. Por ejemplo, “adulto cursando el quinto día de internación” o “curso internación prolongada”. Incluir esta información permite pensar en cierta continuidad de una historia de internación, y contextualizar la experiencia ligada a la misma en su dimensión temporal.

¹⁰ A su vez, en el presente informe se optó por la transcripción textual de los registros de enfermería, con lo cual es posible que se encuentren faltas ortográficas o gramaticales en los mismos.

¹¹ Otros registros dan cuenta de la edad en el apartado superior destinado a los datos filiatorios y de referencia.

-Actividades de la persona

Encontramos referencias a ciertas actividades de la persona, como mirar televisión, conversar con su compañero o compañera de habitación, descansar, o simplemente su ubicación (“en su unidad”). Son actividades indefinidas en su inicio y duración. Un ejemplo aparece en 12.69: “Sale al patio, socializa con sus compañeros”.

En 12.3, 12.33, 12.35, 12.50, 12.53, 12.69 y 12.74, se utiliza el verbo “deambular” para referir a que la persona circula dentro de la habitación, o por fuera de ella en los espacios disponibles (pasillo y patio interno). Es un verbo que el diccionario virtual de la Real Academia Española¹² define como “andar, caminar sin dirección determinada”, indica ir sin rumbo ni propósito. Como contrapartida, en 12.65 observamos “camina”, que connota un sentido distinto, da idea de una actividad dirigida, con un objetivo. Nótese los sentidos del mismo hecho de caminar, con sus connotaciones de actividad no solo desde lo físico, sino también desde lo intelectual y quizás de entretenimiento o dispersión.

-Inicio del turno

En este apartado nos referiremos a dos contextos posibles que dan inicio al registro: el comienzo del turno de enfermería o el ingreso de la persona al sector. En el primer caso, los registros comienzan con información descriptiva y de carácter general, que sirve a modo de marco, y se vale, principalmente, de dos tipos de estructuras sintácticas. La primera, en la que la persona es sujeto oracional o núcleo de una construcción nominal (por ejemplo, en 12.11, “usuario duerme en la unidad”, o 12.3, “Pcte en la unidad en reposo tranquilo”). La segunda estructura, en la que se constituye como objeto de una oración que tiene por sujeto a quien escribe, resaltando la acción de enfermería por sobre la de la persona (por ejemplo, en 12.6: “14 hs rbo usuario en su unidad despierto”).

Estas descripciones, en muchos casos, resaltan la ubicación de la persona, su actividad o estado de vigilia, su estado general (como en CC.5: “en mal estado general”) y la información que ya hemos mencionado. También encontramos en algunos casos datos como el motivo de la internación, si se encuentra en aislamiento o conectada al monitoreo cardiológico continuo, o la presencia de barandas de contención.

¹² Versión 23.3 en línea: <https://www.rae.es/>.

Podemos destacar en CC.21: “6 hs rco usuario secuelado TEC grave usuario hipoactivo, requiere cuidados continuos de enfermería para suplir sus necesidades básicas (...)”. En este enunciado vemos una explicitación, si bien general, de las intervenciones de enfermería como acciones de cuidado y como suplencia de las necesidades básicas, que el sujeto de cuidado no puede cumplir. En este contexto, la necesidad psicológica/ social/ espiritual se verá particularmente comprometida.

Si bien en los dos sectores estudiados encontramos las mismas estructuras introductorias, e incluso el mismo tipo de información en términos generales, los registros difieren principalmente en que la valoración realizada en el Sector 12 es más concisa y breve, muchas veces con una sola entrada informativa. Mientras que en CC vemos, por un lado, una primera entrada más detallada, y por el otro, un seguimiento a lo largo del turno, con precisión horaria.

Otra diferencia interesante es que para el sector 12 podemos detectar, reiteradamente, que el espacio designado para la necesidad psicológica/ social/ espiritual se utiliza para consignar una observación general al inicio del turno. Lo vemos, por ejemplo, en que consta el horario de inicio del turno, mientras que para las otras necesidades la escritura comienza en un horario posterior, correspondiente a la valoración propiamente dicha. Incluso tenemos quizás, en la necesidad psicológica/ social/ espiritual dos referencias horarias próximas: una del inicio del turno y otra del momento de la valoración. Podemos mencionar como ejemplo a 12.63: “hs 6 recibo pte en su unidad, en reposo, dormido” y “hs 8 CSV parámetros estables. Mirando TV. Con VI”. En este caso, para la necesidad que estamos analizando en este apartado, el registro inicia a las 6:00 horas, con una observación general, y continúa a las 8:00 horas con información valorativa, mientras que para las otras necesidades, el registro inicia a las 8:00 horas. En relación a estas observaciones, 12.2, 12.23 y 12.31 no presentan referencia horaria.

Si bien también observamos en CC datos de carácter general como los mencionados, lo cierto es que las estructuras iniciales se repiten en los apartados correspondientes a las otras necesidades, como modo de observación general en cada una de ellas (lo cual implica, por ejemplo, dejar constancia de la “recepción” en cada una de las necesidades). Esta característica textual de los registros aparenta una valoración fragmentada de cada necesidad, cuando en realidad se realiza en conjunto, de manera simultánea.

Con respecto a los casos de ingreso al sector, vemos las mismas construcciones sintácticas ya descritas, pero además se suele brindar información de la procedencia del sujeto de cuidado, la

forma de desplazamiento del mismo y sus acompañantes, e incluso el motivo de la internación (12.5, 12.9, 12.22, 12.19, 12.29, 12.34, 12.37, 12.56, 12.66, CC.1, CC.15 y CC.27).

Mencionaremos dos ejemplos:

-12.19: “recibo paciente desde la guardia traído por camillero en silla de ruedas y familiar. Sin indicaciones médicas. Se acondiciona en unidad”. Aquí vemos aspectos generales del ingreso de la persona al sector.

-12.56: “15 hs ingresa usuaria de guardia c/ acompañante hermana y policía”. En este caso, además de los datos locativos, se complementa con información contextual respecto de los acompañantes que quedarán con ella. La presencia policial, atípica pero no explicada, sugiere que previo a la internación y quizás relacionado con ella, han acontecido hechos violentos, contra su integridad física o la de terceros. Hay una dimensión de la vida extra-hospitalaria que no se consigna aquí (posiblemente recuperable de otros textos de la historia clínica). Los sucesivos registros recopilados sobre la misma persona (12.57, 12.58, 12.59 y 12.60) también darán cuenta del acompañamiento policial, además del familiar.

-Intervenciones de otros profesionales

Dentro de la información general, podemos ver también la intervención de personal distinto de enfermería, como el personal médico y residente que realiza evaluaciones, indicaciones e intervenciones. Lo vemos en CC.1, CC.3, CC.5, CC.11, CC.18, CC.21, 12.26, 12.3 y 12.74.

Ejemplos de algunos de estos enunciados son:

“Es evaluada por Dra... quien actualiza indicaciones”,

“Usuario que es evaluado por cirugía, quien realiza curación de escara” y

“Pcte deambula pasillo interno con ayuda de residente”.

Incluir la intervención de otros profesionales no se explica en el marco de una valoración ni de una constancia del accionar enfermero. En este tipo de enunciados, enfermería se constituye en el hacedor de un registro en cierto modo más amplio que el del propio ejercicio profesional. Además, la información suministrada no es técnica ni específica de la necesidad.

-Acciones de enfermería

Respecto de las acciones de enfermería, si bien luego profundizaremos en este aspecto en general, podemos mencionar que, para esta necesidad puntual, las acciones registradas son la de recibir al sujeto; la de registrar cambios posturales de la persona (“se lo sienta al pie de la cama”, “se lo rota de decúbito”); la valoración general; el control de signos vitales; el acondicionamiento de la persona; la explicación de los procedimientos (CC.27) y la acción de avisar al equipo médico en caso de necesidad.

-Elementos terapéuticos

Dentro de la información general y de carácter descriptivo, vemos la presencia de elementos terapéuticos, como el monitor cardiológico continuo (MCC), el plan de hidratación parenteral, los drenajes, el aporte de oxígeno, y la vía de tratamiento farmacológico (12.16, 12.36, 12.38, 12.41, 12.48, 12.62, 12.63, CC.17, CC.24). Estos elementos apuntan a un problema fisiopatológico, no específico de la necesidad psicológica/ social/ espiritual. Esto refuerza la idea de que este tramo del registro es utilizado para una observación general, tal como postulamos previamente.

En relación lo terapéutico, también encontramos en los registros la respuesta de la persona en los siguientes casos:

-CC.11: “cumple con tto indicado”, enunciado que retomaremos más adelante, pero que ahora podemos señalar que no es específico del registro de la necesidad que estamos analizando.

-CC.2: “acepta tto sin dificultad”. Mencionar la aceptación del tratamiento por parte de la persona, connota considerar el consentimiento (y con ello la autonomía del sujeto de atención). Sin embargo, aquí se agrega como complemento el sintagma preposicional “sin dificultad”, lo que introduce una perspectiva que contempla al tratamiento indicado como indispensable, y la aceptación de la persona como un objetivo.

-CC.3: “se lo observa negativo al tratamiento” y “refiere que no quiere dializarse tiene turno a las 9 hs, se comunica a Dra. de guardia.”. Aquí tenemos una apreciación respecto de la actitud de la persona hacia el tratamiento (entendemos que se trata del tratamiento por indicación médica) y la diálisis. En el primer enunciado, se parte de la perspectiva de quien escribe. En el segundo, surge la voluntad explícita de la persona. Las nociones de consentimiento y autonomía subyacen a lo escrito, pero se centraliza en el tratamiento como punto de referencia antes que en la vivencia del sujeto de cuidado. No se profundiza al respecto de esto último y se registra el

aviso al equipo médico. Incluye un aspecto de la subjetividad al retomar la voz de la persona en discurso indirecto (se citan sus palabras), con respecto a su bienestar y a su voluntad, y se aporta el dato contextual de la proximidad del turno. El aviso a la médica de guardia, por otra parte, permite interpretar que la negativa del sujeto ante una terapia indicada es vista por enfermería como una situación problemática.

-Datos relacionados con otras necesidades.

También encontramos información vinculada con otras necesidades, como en:

12.52: “ubicado” (inferimos que significa “ubicado en tiempo y espacio”);

CC.11: “reactiva al llamado de enfermería”, (ambos enunciados relacionados con la funcionalidad neurológica);

CC.2 “ingiere cena”;

CC.3 “orientado lucido en reposo, pero con episodios de nauseas”;

CC.8 “lúcida, vigil”;

CC.17 “en regular estado hemodinámico (...) comunicación confusa, con escasa ingesta vía oral”;

CC.18 “respuestas incoherentes por momentos (...) se mantiene vigil (...) dialogo desorientado por momentos”;

CC.24 “mejor estado hemodinámico (...) hemodinámicamente estable”. Además, hay referencias al control de signos vitales.

-Sueño, vigilia y calidad del sueño.

Encontramos enunciados que refieren al ciclo de sueño-vigilia y a la calidad del sueño. En algunos casos, esta información aparece como contextual, como en 12.28, “7 hs. Somnoliento al momento de la valoración”; o sujeta a una rutina de procedimientos, como en CC. 2 “se lo despierta para control”; en CC.10 “8 hs. se lo despierta”; en CC.11 “dormida reactiva al llamado de enfermería al despertarla”, en CC.6 “usuaria despierta a estímulos luego continua descansando”, o en CC.26 “20 hs se lo intenta despertar pero se encuentra bajo sueño profundo”. Podemos detectar una rutina hospitalaria y una priorización de los procedimientos por encima de

los tiempos de descanso de la persona sujeto de cuidados (por ejemplo, en CC.10: “12 hs se lo despierta, tranquilo comunicativo. Refiere que ‘anoche no pudo dormir’”).

En relación a la somnolencia o “tendencia al sueño”, que vemos en algunos registros (12.28, 12.59, CC.5, CC.17, CC.27), con frecuencia se hace referencia a los estados de vigilia de la persona. También se hace una valoración, en algunos casos, de la calidad del descanso, con adjetivos como “buen” y “regular”, valorándolo en términos subjetivos, generales y poco específicos, desde una perspectiva de enfermería (12.31, 12.55, 12.68, CC.8, CC.11, CC.15, CC.26), salvo algunas ocasiones en que se explicita la voz de la persona, considerando con ello su propia experiencia y subjetividad. Por ejemplo:

CC.10 “refiere que ‘anoche no pudo dormir’”,

CC.25 “se dispone a descansar, comenta ‘que no durmió nada en la noche’” e “intranquila por no poder conciliar el sueño” y

12.65 “refiere haber descansado bien, aunque sufre constantemente de pesadillas”.

Consignar el discurso de la persona deja ver una interacción efectiva con enfermería, una comunicación referida al bienestar. Por último, en CC.3 y CC.11, “se favorece al descanso” y CC.15 “logra conciliar el sueño”.

Vemos con ello la contemplación de una necesidad que, en el modelo de registro propuesto, no cuenta con un apartado propio, y se puede interpretar que es debido a esta razón que los enfermeros o las enfermeras incluyen esos datos en la parte del registro dedicada a la dimensión psicosocial. Si bien la necesidad de referencia puede relacionarse con aspectos psíquicos, no resulta, en la mayoría de los casos, explícita esta relación, por lo cual lo consideramos como un aspecto general.

-Lo anímico y lo actitudinal

Además de la información presentada hasta el momento, en los registros encontramos abundantemente la presencia de dos adjetivos que caracterizan a la persona de manera subjetiva y poco técnica, como parte de la valoración. Esos adjetivos son “tranquilo/a” y “colaborador/a” y se interpretan como una manifestación de satisfacción de la necesidad psicológica/ social/ espiritual, aunque apuntan a aspectos anímicos o actitudinales de la persona que no son detallados. Los mismos aparecen en otros registros asignados a la valoración de la necesidad neurológica. En 12.18 vemos “relativamente tranquila”, y en CC.11 “se la observa más tranquila”, apreciación

desde enfermería en razón de una alteración (o intranquilidad) previa, y que -según sugiere el enunciado- en cierto grado se mantiene.

La idea de tranquilidad, si bien desde lo anímico puede implicar cierta paz o bienestar emocional, a nivel actitudinal remite a la pasividad y a la docilidad. Evaluado de manera externa y sin implicar directamente la subjetividad de la persona, puede ser un dato aparente, indicador de orden y quietud.

Respecto de “colaborador/a”, en particular, se trata de un adjetivo deverbal¹³ derivado del verbo “colaborar”. En su estructura temática¹⁴ selecciona un agente (quien colabora), un beneficiario (quien recibe la colaboración) y puede incluir el objeto o tema de la colaboración (en qué recibe colaboración el beneficiario). En muchos casos, en los registros estudiados esos componentes no están especificados, pero podemos inferir que el beneficiario es enfermería, el personal de salud o la institución hospitalaria. Al tema podemos relacionarlo con las acciones, procedimientos y requisitos institucionales, que se proponen o demandan (la valoración o la higiene, por ejemplo). De hecho, en los casos en los que sí se especifican estos elementos, vemos la colaboración “con los procedimientos” o simplemente “con enfermería”. La referencia a la colaboración responde, entonces, a las necesidades profesionales e institucionales, y no remite a una necesidad del sujeto de atención. No obstante, la idea de “colaborar” con las mismas se representa en los registros como una manifestación de satisfacción en la necesidad psicológica/ social/ espiritual.

Esto mismo podemos interpretar en 12.68: “colaborador dentro de sus posibilidades”. En este enunciado se restringe la acción o actitud de “colaborar”, en función de una aparente limitación de la persona. Desconocemos en qué aspectos o qué abarca esa limitación (física o de otro tipo, aunque posiblemente física). El centro del sentido está en la respuesta de la persona a los requerimientos profesionales.

De manera similar, en CC.19: “paciente que no colabora con procedimientos debido a su estado”, vemos que esa falta de colaboración requiere ser justificada, lo que la sitúa en un lugar esencial, como un parámetro valorativo básico.

¹³ Un adjetivo deverbal es aquel que se forma a partir de un verbo, gracias al proceso morfológico de formación de palabras conocido como “derivación” (Di Tullio, 2005, pp. 40-41). En nuestro caso, el adjetivo “colaborador/a” se forma a partir de la adición del sufijo -dor/a al verbo “colaborar”.

¹⁴ “El papel temático es una unidad semántica que indica cuál es la participación del argumento en el estado de cosas descrito por el predicado” (Di Tullio, 2005, pp. 102). En nuestro caso, por ejemplo, el verbo “colaborar” selecciona una entidad que realiza la colaboración (el agente), otra que se beneficia por la colaboración (el beneficiario) y aquello sobre lo cual se realiza la colaboración (el tema).

Lo mismo vemos en CC.11: “mantiene colaboración en los procedimientos de enfermería dentro de sus posibilidades obedece ordenes logra responder preguntas simples, pero le cuesta por su contextura física”. En este caso, además, pareciera que la colaboración está en “obedece órdenes” y “responder preguntas”. La referencia a las órdenes y el empleo del verbo “obedecer”, claramente sitúa a enfermería en un rol de poder y autoridad sobre la persona, y establece una relación jerárquica. No resulta clara la relación entre cierta dificultad o esfuerzo (implícita en el verbo “logra”) para responder a las preguntas y la contextura física. Sin embargo, la referencia a la contextura física es clara en relación a la posibilidad de la obediencia a las órdenes, lo que representa a la persona sujeto de cuidado en un rol pasivo.

Como vemos, el lexema "colaborar" aparece también en su forma verbal. Por ejemplo, en 12.11, “colabora a la locomoción”. Se trata de una oración cuyo sujeto es la persona; no obstante, la perspectiva sigue siendo la necesidad de enfermería, al igual que ocurre con la forma adjetiva del lexema. En este caso, además, se plantea una visión subordinada de la persona, donde el agente de la locomoción es enfermería, ya que en este enunciado queda representado el enfermero como quien mueve a la persona y quien recibe la colaboración. Aun cuando efectivamente se incluye el objeto de la colaboración, comprobamos que el centro sigue siendo la necesidad del profesional o de la institución.

Similar es el caso de CC.2: “se lo sienta al pie de la cama colabora”. En este enunciado se observa un cambio de posición sobre la persona (que es representada como pasiva). Otros registros en los que aparece este lexema en su forma verbal, son 12.24, 12.28, 12.31, 12.39, 12.42, 12.55, 12.59, 12.65, 12.74, CC.2, CC.8, CC.10, CC.13, CC.14, c.15, CC.17, CC.19 y CC.25, con la forma negativa en CC.5 “no colabora” (en el registro se observa un “mal estado general”, con compromiso del nivel de conciencia). Finalmente, en CC.27 encontramos la nominalización¹⁵ “poca colaboración”, que, en el mismo sentido ya expresado, ubica al profesional en el centro del sentido del registro y al sujeto de cuidado como accesorio.

En 12.35, 12.53 y 12.56 se evalúan “buena disposición a la valoración”. En este caso, también se parte de una necesidad de enfermería, en consideración de la respuesta de la persona a una práctica profesional. Pero, a la vez, se contempla su subjetividad, mostrando su acuerdo con la valoración. Respetar el consentimiento, como ya dijimos, es respetar la autonomía. Similar es CC.12: “se la observa predispuesta ante los procedimientos”.

¹⁵ La nominalización es la transformación de un verbo -u otra clase de palabra- en un sustantivo. En este caso, del verbo “colaborar” obtenemos “colaboración”.

En vinculación con el análisis que hemos realizado, en el artículo de Clara Valverde (2007), se menciona una experiencia de observación, según la cual los profesionales identificarían a las personas como “malos pacientes” cuando “hace lo que quiere y lo que le da la gana”, “Se niega a hacerse la prueba”, “Si no quiere tomar la medicación, ¿qué hace aquí?”, “no colabora”, “Si no me hace caso... que luego no se me queje”; y como “buenos pacientes” cuando “siempre dice que sí”, “¡Qué bueno es! No llama nunca”, “no hace preguntas”, “No protesta nunca”, “No se queja”, “Es colaborador”, “Siempre hace lo que se le dice sin preguntar” (p. 9), elementos que podemos relacionar con las ideas de colaborar-colaborador/a y de tranquilo/a.

-Aspectos emocionales

Resulta pertinente en la valoración de esta necesidad del sujeto de cuidado, la contemplación de los estados de ánimo y las emociones. Así, en 12.11 encontramos la referencia “animada”; en 12.39, en 12.53 y en 12.56: “buen ánimo”; en 12.42: “excelente ánimo”, en 12.56 “serena”, en CC.4 “de buen humor” y en CC.11 “buen ánimo general”. Si bien se trata de una caracterización subjetiva y no específicamente técnica, da cuenta de un aspecto psicológico.

En 12.24, encontramos, con mayor detalle, “tranquila, comunicativa refiere sentirse ‘menos enojada’, ‘no le gustó que la trajeran del otro hospital para acá’”. En estos enunciados se recupera la voz de la persona, incluyendo citas respecto de sus emociones (con las propias palabras del sujeto, e incorporando los motivos del mismo). Estos datos amplían la noción del vocablo “comunicativa”, aspecto al que nos referiremos más adelante. Quizás podríamos pensar, incluso, en un aspecto vincular con enfermería que escucha y recopila sus emociones. Incorporar la descripción de la propia persona de sus sentimientos, es un modo de plasmarlos de manera fidedigna y desde su propia perspectiva.

A continuación consignaremos registros en los que los aspectos emocionales se vieron alterados:

-En 12.26, nos encontramos con “se observa angustiada”. Se trata de una construcción impersonal, por lo que la entidad que “observa” no aparece de manera explícita. Sin embargo, podemos decir que la evaluación es realizada desde la perspectiva de enfermería. Se detecta una

manifestación específica de esta necesidad, sin ahondar en detalles ni fundamentar. Así mismo, no hay registradas acciones de cuidado enfermero dirigidas a la angustia, ni un seguimiento de dicho estado emocional. Por lo tanto, el aspecto psíquico de la persona aparece solamente de manera descriptiva, sin intervenciones y sin explicación del sentido de “angustia”, el término es usado en su sentido común, no técnico.

-En 12.71: “Pte se despierta, refiere que se está ‘volviendo loca’ se altera, se levanta, sale afuera a fumar”. Aquí se incluyen ciertos elementos narrativos, en un contexto de internación por salud mental. Se expresa una serie de acciones llevadas a cabo por la persona, vinculadas a su estado anímico. Respecto de “se altera”, es una percepción subjetiva de enfermería y no se ofrecen elementos para una interpretación no subjetiva del término.

-En 12.72 “se angustia, llora, dice que se quiere matar, se quiere ir de alta, se llama a ESM- vienen a verla y hablar c/ella”. Hacia el final del turno, tenemos una secuencia narrativa que recupera aspectos anímicos alterados, las manifestaciones de los mismos y la voz de la persona en discurso indirecto (esto es, se reproducen las palabras del sujeto), refiriendo deseos autodestructivos y deseos de marcharse. Es posible reflexionar respecto de la autonomía y la voluntad de la persona en relación a la internación, pero la prioridad es su protección, en este caso de ella misma. Podríamos pensar en una forma de autocuidado de la persona al pedir ayuda. El rol de enfermería es descriptivo y de intermediario, su intervención está en avisar, mientras que la acción directa queda en manos del Equipo de Salud Mental (equipo médico).

-En 12.74: “Angustiada, llora y solicita permanecer con compañía para que la ayude a movilizarse”. Inferimos que el acompañamiento no es rutinario, sino que la persona lo requiere. Manifiesta no solo la necesidad de asistencia, sino que el sujeto es representado con voluntad o posibilidad de elegir a su asistente. Vemos aspectos emocionales, aunque el diagnóstico médico en este caso es de origen físico.

-Aspectos comunicacionales

En 12.10. 12.11, 12.13, 12.24, 12.28, 12.42, 12.53, 12.54, 12.65, 12.66, 12.73, 12.74, CC.1,

C.2, CC.3, CC.10, CC.10, CC.13 y CC.25 encontramos la caracterización de “comunicativa/o”. Aquí también se recurre a un adjetivo derivado de una forma verbal, en muchos casos sin explicitar los argumentos que seleccionaría, es decir, con quién se establecería la comunicación y al respecto de qué. Sólo queda implícito el sujeto que comunica, que es la persona al cuidado del enfermero o de la enfermera. Se infiere que la comunicación se da con el personal de enfermería (salvo quizás CC.10 que especifica “a su entorno”). Este dato relativo a la comunicación es un dato subjetivo, poco específico, que sin embargo pareciera consignarse de manera positiva como signo deseable. Podría pensarse, nuevamente, en una valoración actitudinal de la persona. Si consideramos la distinción entre los aspectos verbales y no verbales de la comunicación, este dato resulta poco claro y particularmente centrado en la percepción y la perspectiva de quien escribe el registro. En 12.59, 12.60 y CC.17 se caracteriza a la persona como “poco comunicativa”.

Además de esta caracterización, las interacciones comunicativas entre enfermería y la persona aparecen plasmadas a partir de los propios discursos de los sujetos de cuidado, como por ejemplo en el enunciado 12.65: “refiere haber descansado bien, aunque sufre constantemente de pesadillas”, en el que se recupera su experiencia y su padecimiento mediante un diálogo presupuesto.

Observamos en CC.15: “refiere ‘que tiene fobia de estar solo y encerrado’”. Aquí se cita la voz de la persona, expresando temores vinculados a la experiencia de la internación, lo cual es significativo para la necesidad vinculada a aspectos psicológicos, independientemente de la patología que sufra el sujeto. Sin embargo, el registro respecto de esta vivencia es meramente descriptivo. En el mismo apartado, pero en momentos más avanzados del turno, vemos las referencias “tranquilo” y “buen descanso”, que podrían apuntar a la satisfacción de la necesidad psicológica.

En CC.25: “manifiesta ‘sentirse incómoda por dolor en piernas’”, “que no durmió nada en la noche”, “despierta con crisis de llanto por manifestar ‘sentirse una inútil porque no pudo mantenerse parada’”, “angustiada por manifestar ‘que le informaron que un hijo está preso en Roca’”. En este registro encontramos múltiples aspectos vinculados a las emociones, tanto a la vivencia en el proceso de salud-enfermedad y la experiencia en la internación como a elementos del mundo externo y afectivo de la persona. Esta valoración, además, no se centra en la perspectiva de enfermería como en casos anteriores, sino que recupera manifestaciones físicas (llanto) y el relato de la persona.

Además, encontramos en 12.2 la voz de la persona en el enunciado: “No refiere sentir molestia alguna”, y en 12.27: “No refiere sentir malestar alguno”. Estas construcciones pueden resultar ambiguas en su sentido literal, (“no refiere” implica no expresar, que es distinto a manifestar no sentir algo), pero se tiende a interpretar como “refiere no sentir”. Esto es, la no manifestación es interpretada por el enfermero o la enfermera como un no sentir. En CC.24, por el contrario, leemos: “refiere dolor en las articulaciones”, enunciado en el cual la voz de la persona es registrada sin ambigüedades en la expresión de un síntoma. Sin embargo, este enunciado se vincula con aspectos físicos, no psicológicos, sociales o espirituales.

En CC.26: “Solicita papagayo y permanece sentado en la silla al costado de la cama, manifiesta querer un cigarrillo los cuales están en su camisa, luego de un rato se recuesta y se duerme”. En este caso, la interacción no refleja aspectos emocionales ni de la experiencia subjetiva, sino que se deja plasmadas las demandas de la persona. De manera similar, en 12.50 encontramos: “23 hs pcte pide medicación SOS”.

En CC. 27, la interacción que podemos recuperar es “se le explica procedimientos”. En este caso se recupera una necesidad educativa de la persona en relación a aspectos institucionales y procedimentales. Ello muestra cierto respeto por la experiencia de la persona y su derecho a ser informada. Esta interacción aparece de manera unidireccional, ya que desconocemos la recepción, la comprensión o el acuerdo de la persona sujeto de cuidado, lo que mantiene cierta centralidad en el o la profesional y sus intervenciones. De hecho, este enunciado continúa con “el mismo poca colaboración tendiente al sueño”, que revela una necesidad de colaboración por parte del profesional antes que una necesidad del sujeto de cuidado.

Como vemos, el registro de la comunicación entre la persona y enfermería es variado, e incluye aspectos emocionales, perceptivos, relacionados a lo terapéutico, al cuidado o a otras necesidades -distintas a la psicológica/ social/ espiritual-.

En algunos casos, el aspecto comunicacional surge también desde lo valorativo, como constancia de si el sujeto de cuidado responde a las preguntas que enfermería realiza. Se precisa en algunos casos la “coherencia” de las respuestas, lo que sugiere una evaluación antes funcional que interactiva. En CC.8, CC.15 y CC.25 se habla de “interrogatorio”, lo que remite a una jerga policial que posiciona a la persona en un rol de “interrogado”, estableciendo claramente las relaciones de poder.

En algunos casos, quizás debido al estado de gravedad de la persona, también se encuentran formas infructuosas de la comunicación, por ejemplo:

CC.5: “responde con sonidos incomprensibles, quejumbrosa”;

CC.17: “comunicación confusa” y “poco comunicativa”;

CC.22: “no presenta respuestas verbales al interrogatorio por presentar TQT no se observa conectado con el medio externo no responde con movimientos coordinados, responde a estímulos dolorosos irregular”; y

CC.23: “poco reactivo a estímulos verbal y táctiles, apertura ocular espontanea sin obedecer órdenes simples”.

En estos casos, los aspectos comunicativos en la relación enfermera-persona son considerados desde la subjetividad y las necesidades de enfermería, y desde la funcionalidad física, de manera descriptiva sin profundizar en lo relacional.

-Lo socio-afectivo

Pensar en lo comunicativo también es relevante en cuanto a los aspectos relacionales más amplios de la persona y a la consideración de su mundo afectivo. Esto lo observamos, por ejemplo, en 12.4: “charlando”; en 12.39: “conversa con compañero de unidad”; en 12.42: “conversando con su acompañante”; en 12.11: “conversa con compañera de unidad”; en 12.65: “conversa con su hermano”; en 12.69: “socializa con sus compañeros”. Este último incluye el lexema “socializa”, que da cuenta de una vinculación. Los “compañeros” serían otras personas internadas, agrupadas en una suerte de colectivo, un conjunto relacionado por su situación y su rol dentro de la institución. Esto revela una representación más compleja del sujeto de cuidado, que ya no remite únicamente a la relación con el enfermero o enfermera.

Además, en distintos registros vemos, consignada de manera básica y sintética, la presencia familiar o afectiva, como acompañamiento o como visita (12.10, 12.29, 12.34, 12.35, 12.36 12.19, 12.42, 12.44, 12.48, 12.11, 12.46, 12.48, 12.56, 12.57, 12.58, 12.59, 12.60, 12.66, 12.70, 12.72, 12.74, 12.30, 12.32, 12.31, CC.3 CC.5, CC.6, CC.7, CC.9, CC.14, CC.11, CC.13, CC.15, CC.16, CC.17, CC.18, CC.19, CC.21, CC.22, CC.23, CC.25 , CC.26, CC.27). En algunos casos, se valora la interacción a través de la referencia a que “mantiene diálogo fluido” o “mantiene buen vínculo afectivo”.

En 12.21, por el contrario, vemos la construcción “sin familiar”. No se desprende de los registros que el acompañamiento familiar sea una generalidad, por lo que la especificación de su ausencia puede ser una contemplación de los aspectos socio-afectivos de la persona como dato

significativo y específico de la necesidad psicológica/ social/ espiritual. Lo mismo ocurre en 12.23, en 12.21, 12.45: “sin acompañante” y en 12.62: “no recibe visitas”.

En este punto podemos reflexionar respecto del verbo recibir que detectamos en los registros. El Diccionario virtual de la Real Academia Española¹⁶ aporta distintas acepciones del mismo.

Se recuperan aquí algunas de ellas:

- “Dicho de una persona: Hacerse cargo de lo que le dan o le envían”
- “Dicho de una persona: Admitir a otra en su compañía”
- Dicho de una persona: Admitir visitas, ya en día previamente determinado, ya en cualquier otro cuando lo estima conveniente.

En los registros de enfermería recopilados, vemos dos usos de este verbo: empleado por enfermería en la forma de *recibir* a la persona (por ejemplo, “recibo usuaria”), y desde la persona, quien "recibe visitas".

La idea de *recibir* implica una suerte de desplazamiento, desde un lugar externo o diferente del sujeto receptor, hacia este. En el caso de enfermería que “recibe”, la fórmula se emplea al inicio del turno. Es decir que, en la realidad, la enfermera o el enfermero es en efecto quien se “desplaza” desde el exterior (en un sentido físico, pero también organizativo y simbólico) de la institución, a ocupar su rol en el sector, intercambiando ese espacio con el o la colega que en ese momento finaliza su turno. La posición y el rol de la persona que ya está internada es estática en este punto. El sentido de “recibir”, en este caso, implica hacerlo “de otro profesional” que traspasa la responsabilidad de cuidado de las personas que tuviera a su cargo hacia quien ingresa a la guardia. Visto de este modo, es “hacerse cargo de lo que le dan”: en este sentido, la persona sujeto de cuidados se ve cosificada, ya que es traspasada de un profesional a otro. Quien escribe se posiciona desde la localidad del lugar que ocupa dentro de la institución, apareciendo la persona siempre como una entidad externa.

En el caso de la persona que "recibe visitas" (quizás también en un primer ingreso, cuando se recibe a la persona que viene de afuera), vemos la segunda y la tercera acepción que hemos recuperado del diccionario. Aquí sí se la ubica semánticamente en el interior de la institución, acogiendo a las visitas, sin pérdida de subjetividad de ninguna de las partes.

Respecto de la presencia familiar, vemos en 12.12: “rbo usuaria al cuidado de su fliar”. Aquí cobra un sentido aún más importante, ya que se ubica a la familia en un rol activo y central con

¹⁶ Versión 23.3 en línea: <https://www.rae.es/>.

respecto a la situación que la persona atraviesa. Podríamos preguntarnos qué alcance tiene la palabra “cuidado” y qué intervenciones implica con respecto al familiar. En todo caso, inferimos que no se trata de un cuidado técnico ni profesional, sino de cuidado en un sentido más general de asistencia y resguardo. También vemos este sentido en 12.65: “6 hs usuaria durmiendo en la unidad al cuidado de su madre”.

De modo similar, en 12.33: “despierta con familiar a su cuidado”. Aquí, la presencia del familiar aparece de manera ambigua en la distribución de los términos, en tanto la interpretación literal es que la persona cuida de su familiar, mientras que la interpretación contextual es la inversa - que el familiar es agente del cuidado y la persona receptora del mismo. No vemos este tipo de participación en los registros de CC, posiblemente debido a restricciones de acceso y permanencia de otras personas, propias del sector, y a las limitaciones de los horarios de visita.

En CC.3, encontramos el enunciado “recibe visita de la flia, quien viene a dialogar con médico, pacte se lo ve más tranquilo”. Este enunciado refiere que la familia interactúa con el médico, lo que deja ver la participación familiar en este momento del proceso salud-enfermedad. En cuanto a la representación de la persona, surge como parte de un grupo social y afectivo (la familia), que cumple un rol participativo en el proceso de salud-enfermedad.

Por otro lado, en cuanto a lo comunicativo y a lo relacional, encontramos en CC.10: “responde en forma coherente al interrogatorio simple pero se dificulta la comunicación por hipoacusia”. El registro refiere “que usa audífono pero que no lo tiene porque se le rompió” y “recibe visita de familiares con los que mantiene diálogo fluido”. Se da cuenta de la interacción con la persona, expresando una dificultad en el evento comunicativo. Al emplear una construcción impersonal (con "se"), no queda explícito quién experimenta la dificultad, si enfermería, la persona o ambas. Si bien el problema se le atribuye a una característica de la persona (la hipoacusia), la misma no tiene impedimentos para comunicarse con su familia, lo que puede sugerir que la dificultad radique antes en el o la profesional.

Un párrafo aparte merece 12.51, registro en el cual encontramos los siguientes enunciados:

“7 hs paciente en unidad en reposo. Duerme. 8 hs

Despierta. A la espera de madre.

8.30 hs ingresa madre, aviso a ESM, se retira de salida transitoria para tramite en banco.

10.35 hs regresa de salida con madre. Aviso”.

La persona sobre la cual se registra se encuentra internada por “SM” (salud mental). En el registro se da cuenta de su actividad de manera narrativa, desde que se despierta, sale y regresa. En cuanto a la secuencia de ingreso de la madre, podemos observar el rol de enfermería de avisar al equipo médico, y la especificación de que la persona se retira en “salida transitoria” para realizar un trámite. Este enunciado sugiere que la internación quizás no sea voluntaria. La expresión “salidas transitorias”, la exigencia de acompañamiento familiar, la justificación de su “retiro” y el “aviso”, esto es, las selecciones léxicas operadas y el campo semántico construido, evocan un contexto de privación de la libertad. Se repite incluso en el apartado “Evaluación de resultados”, dejando constancia exacta de su salida y regreso. Esta información es de carácter general, no es específica de la necesidad psicológica/ social/ espiritual.

6.1.2 Necesidad neurológica

A partir del análisis de los registros recopilados, podemos observar en éstos información de distinto tipo. Intentaremos dar cuenta de la misma en los siguientes párrafos. En la valoración encontramos tanto aspectos específicos de la necesidad, como aspectos generales o vinculados a otras necesidades.

-Valoración específica

En términos generales, encontramos abundancia de elementos adjetivos que caracterizan de manera técnica el estado neurológico de la persona. A diferencia de la necesidad psicológica/ social/ espiritual, en la que los datos generales quizás superaban a los específicos, en este caso prevalece la valoración neurológica.

La principal diferencia entre los registros correspondientes al Sector 12 y los correspondientes al sector CC, es que los primeros suelen ser más acotados, con una valoración neurológica más básica (encontramos términos como “lúcido/a”, “vigil”, “orientado en tiempo y espacio”, “reactivo/a”). Mientras que en el segundo se aporta mayor cantidad de datos a nivel técnico y apuntando al funcionamiento fisiológico (incluyendo, por ejemplo, la valoración de Glasgow¹⁷, el nivel de conciencia, la apertura ocular, reactividad pupilar y la presencia de foco motor).

¹⁷ La escala de coma de Glasgow es un sistema de puntaje que evalúa el nivel de conciencia, partiendo de tres parámetros: apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora.

Podemos destacar en 12.24 el enunciado “sin alteraciones sensorio-perceptivas, aunque refiere no acordarse los motivos de su internación.” Aquí se registra también, y recuperando de manera indirecta la voz de la persona, una afectación de la memoria.

-Valoración general

A la valoración específicamente neurológica, se suman elementos subjetivos más amplios, muchos de los cuales ya hemos analizado para la necesidad psicológica/ social/ espiritual, por lo que no profundizaremos en ellos. Entre elementos, nos encontramos con las caracterizaciones “colaborador/a” o “colabora”, “tranquilo/a”, “intranquila”, “comunicativo/a”, “poco comunicativa” y “no se comunica”.

Esta situación lleva a pensar, por un lado, en el entrecruzamiento de las necesidades y la dificultad, para ciertos datos, de circunscribirlos a una u otra. Y, por otro lado, incita a reflexionar sobre una dificultad o confusión desde el modelo de registro y su llenado. De cualquier modo, asignar un dato a la necesidad neurológica en lugar de asignarlo a la psicosocial, revela, en principio, una inclinación a interpretar estos aspectos desde lo fisiológico (en este sentido, la funcionalidad neurológica).

Por ejemplo, en CC.4, CC.9 y CC.26: “responde con oraciones claras y armadas”; en 12.52: “responde”; en CC.20: “no responde a anamnesis usuario que se encuentra en estado estuporoso”; en CC.22: “reponde según estímulos doloroso”; en 12.59: “somnolienta, abre los ojos, responde a indicaciones verbales, constaste con “si”/”no”. Impresiona no conectada con su entorno”; en 12.53: “conducta organizada. Dialogo coherente”; en 12.42: “lenguaje conservado.”; en 12.65 y 12.69: “dialogo coherente, lenguaje conservado”; en 12.71: “pte con dialogo incoherente”, y la caracterización de “quejumbrosa” o “verborrágica”. En estos casos, vemos una valoración del aspecto comunicativo, no desde la dimensión social, sino desde un lugar funcional. En este sentido, en la representación de la persona prevalece la dimensión física por sobre la vincular.

Respecto de la comunicación, podemos destacar algunos casos interesantes. Por ejemplo, en 12.3 y 12.67 se aclara “comunicativo al diálogo”, inferimos, con enfermería. Este detalle sugiere que se valora desde la perspectiva de enfermería (con quien se sostendría ese diálogo) y que la comunicación no verbal no es tenida en cuenta. En la idea de “diálogo”, sin embargo, hay un componente relacional, una interacción. También lo vemos en 12.24: “buena disposición al diálogo”.

En 12.15, 12.33, 12.45 y 12.50 vemos la construcción “se comunica verbalmente con enfermera”. Aquí se especifica tanto el tipo de comunicación (verbal), como el destinatario de la acción (enfermería). Se trata de una acción general que se da a lo largo del turno, no un evento puntual. Es un aspecto actitudinal que no connota el mismo intercambio que “diálogo”, pero que parte de la persona, quien moviliza la acción.

Observamos, también, en CC.5: “responde con sonidos incomprensibles, con apertura ocular al dolor, no acata órdenes simples”; enCC.22, “sin acatar órdenes, no conectado con el medio” (vinculado a un nivel de Glasgow 8/15) y en 12.21, “responde a órdenes simples de enfermería”. Vemos que se evalúa el nivel de conciencia y la capacidad neurológica de respuesta, pero se filtra en el registro la idea de que la persona recibe y cumple órdenes del o la profesional. Ello constituye un aspecto relacional jerárquico, que deja percibir lo que el profesional espera de la persona, de manera similar a lo que se pudo analizar en la necesidad anterior. Sugiere una representación de la persona no solo como pasiva, sino como participante en un reparto de roles de poder y autoridad tradicionales.

Además de los elementos valorativos ya mencionados, encontramos otra información de carácter aún más general:

En 12.66: “pcte con síndrome de Down”. La inclusión aquí de esta característica, se puede inferir que responde a una relación que hace el profesional enfermero del desarrollo intelectual de la persona sujeto de cuidado.

En 12.32: “refiere chuchos de frío.” Este registro recupera la voz de la persona en un síntoma. Se evidencia el uso indirecto de las palabras del sujeto en una caracterización no técnica, sino coloquial.

También vemos información sobre el estado general, la vía de tratamiento, el estado de vigilia, la valoración de la movilidad y de la piel, la ubicación de la persona, la evaluación médica, las visitas y la presencia familiar, la administración de analgesia, el uso de barandas de seguridad y la dependencia del accionar de enfermería.

-Dolor

La valoración del dolor, en general, se incluye en esta necesidad. Se presenta de dos formas principales. Por un lado, enunciando su presencia o ausencia desde el punto de vista de

enfermería (12.6, 12.19, 12.29, 12.48, 12.32, 12.74, CC.10, CC.13, CC.15, CC.24), y por otro lado, se recupera la voz de la persona (12.5, 12.39, 12.42). Ejemplos de lo primero son: “sin algia”, “sin dolor espontaneo”, “sin signo de dolor”, “algia al movilizarla”. Ejemplos de lo segundo: “no refiere dolor” o “no refiere algias”¹⁸. Puede incluirse la ubicación del dolor (por ejemplo, 12.7: “con dolor abdominal”). En CC.25 vemos ambas formas, en los enunciados “con dolor en miembros inferiores” y “comenta ‘que disminuyo dolor’”.

En algunos casos, se realiza un seguimiento del sujeto en relación con el dolor. Por ejemplo, en 12.11: “7 hs (...) No refiere dolor. (...); 10 hs refiere dolor (8/10)¹⁹ (...); 13 hs no vuelve a manifestar dolor”. Encontramos, sin ambigüedades, la voz de la persona, de manera indirecta, expresando no solo la presencia de dolor, sino también su medida. La consignación del dolor es meramente descriptiva y no incluye acciones específicas al respecto. La consideración del dolor como un aspecto neurológico, sumado al no registro de intervenciones de cuidado enfermero dirigidas al mismo, se relaciona con una representación de la persona vinculada a su dimensión física, ya que no se registra la relación de este síntoma con su bienestar integral.

-Aspectos anímicos

Además de los aspectos generales, neurológicos y comunicativos, vemos la presencia de elementos anímicos en los siguientes casos:

En 12.58: “pcte que presenta episodios de llanto”; en 12.22: “Pte enojada cuando habla con psiquiatras”; en 12.28: “buen ánimo”; en 12.43: “angustiada, llora dice que su hijo cumple años en el mes de octubre pero no recuerda el día y le gustaría compartir ese día con él”; en 12.67: “refiere angustia por la situación en la que vive”; en 12.53: “pte ansioso, refiere que no puede dormir”; en 12.56: “usuaria que ingresa en crisis llanto fácil edema ocular de llorar.

Balbucea y no se entiende lo que dice”. En estos casos se describe la situación anímica de la persona, cómo se siente, la manifestación física de su estado emocional y, recuperando su discurso, el registro da cuenta de los motivos de esa angustia. Suponemos un momento de interacción, de vinculación y escucha por parte de enfermería, y la imposibilidad de una comunicación efectiva en 12.56. El registro de estos elementos aquí -y no en la necesidad psicológica, social y espiritual-, lleva a pensar en la representación de estas situaciones por parte

¹⁸ Esta forma puede tener cierta ambigüedad, pero se interpreta como “refiere no tener”.

¹⁹ “8/10” hace referencia a un modo de objetivar el dolor a partir de escala del 1 al 10, siendo el 10 el nivel máximo.

del enfermero o la enfermera como alteraciones neurológicas, o en una posible confusión en la aplicación del modelo de registro.

6.1.3 Necesidad respiratoria

En términos generales, la información consignada es específica de esta necesidad. En el Sector 12 encontramos una valoración general y básica del funcionamiento fisiológico del aparato respiratorio, en términos técnicos, con distinto nivel de detalle o cantidad de datos, pero de manera breve y concisa. Por ejemplo, en 12.1: “Buena mecánica respiratoria adecuada saturación aa”; en 12.14: “eupneica a aire ambiente”; o en 12.27: “buena mecánica respiratoria, BEAB, buena SatO2 A/A”. Por otro lado, el registro 12.9 no consigna ningún dato y en 12.24 solamente se consigna “23 hs Realizo CSV.” Además, en algunos registros se hace un seguimiento al final del turno, en relación a lo valorado previamente. Por ejemplo, en 12.11: “sin cambios en el patrón respiratorio”.

El sector de CC se diferencia, principalmente, en el mayor detalle y la profundidad de la valoración realizada con respecto a la necesidad analizada aquí, con gran contenido médico técnico. Incluye referencias a la conexión al monitor continuo, a la posición, a la auscultación y a la valoración de la mecánica ventilatoria y de las secreciones que se aspiran. Además, en todos los registros se hace un seguimiento de lo valorado a lo largo del turno.

La valoración de la necesidad respiratoria en los registros es principalmente descriptiva. Además de los aspectos funcionales específicos de esta necesidad, también se da cuenta del aporte de oxígeno suplementario (y en algunos casos, de su ausencia) como elemento terapéutico, de la aspiración de secreciones y de los esquemas de nebulizaciones. Vemos, entonces, el registro de algunas intervenciones que remiten a lo terapéutico y al cumplimiento de indicaciones médicas.

Un aspecto interesante que podemos destacar en distintos registros es el manejo de la oxigenoterapia y la subjetividad de la persona al respecto. Detallaremos los siguientes casos:

-12.62, 12.63 y 12.64 son registros consecutivos sobre la misma persona. En relación a la necesidad respiratoria, en 12.62 y 12.63 encontramos los enunciados “pte eupneico, con aporte de oxigenoterapia según necesidad” y “pte sin aporte de oxígeno, se coloca él mismo según necesidad. Buena saturación AA”, respectivamente. Lo interesante aquí es la autonomía de la persona en el manejo del aporte de oxígeno como elemento terapéutico, lo cual implica una

representación activa del sujeto de cuidado, de su autoconocimiento y su participación en el propio proceso de salud-enfermedad. En cambio, en 12.64 se consigna “paciente que debe permanecer con O₂, pero él se saca continuamente la cánula nasal”. En este caso, encontramos dos oraciones ligadas por la conjunción adversativa “pero”. En la primera oración, el predicado -lo que se dice de la persona- expresa una obligación por parte de la misma hacia la terapéutica. En la segunda, el predicado da cuenta del incumplimiento de dicha obligación, lo que es reforzado por el adverbio "continuamente"-que indica reiteración en la acción-. Independientemente de la indicación médica, lo cierto es que no se deja asentada la valoración de la necesidad y del requerimiento de oxígeno por parte de la persona, sino que se da cuenta de un comportamiento reprobable de la misma, de forma que el enunciado configura un enjuiciamiento de la conducta del sujeto.

-Algo similar, aunque con menor precisión, encontramos en CC.2: “eupneico se saca oxígeno para cenar no desatura” y “se coloca cánula nasal con oxígeno a bajo flujo taquipneico al esfuerzo”. En estos enunciados, el uso de la tercera persona y las acciones de los verbos sugieren la representación en el registro de cierta autogestión por parte de la persona en el manejo del aporte de oxígeno.

-En CC.26, por otra parte, leemos: “usuario que presenta mala mecánica ventilatoria utilizando músculos accesorios con aporte de oxígeno por bigotera, presentando a la auscultación ruidos patológicos agregados (...) mantiene saturometría aire ambiente (...) refiere que no le coloque la cánula (...) se niega a colocarse bigotera, refiere que no la necesita que puede respirar bien”. A diferencia de lo que veíamos en 12.64, aquí sí surge una valoración de la necesidad. Además, el registro da cuenta de la voluntad de la persona, de su autopercepción y de su reafirmación como sujeto de decisión en relación a las terapéuticas. En el predicado “no le coloque”, la primera persona ("yo") junto con el pronombre dativo “le”, indican cierto accionar de enfermería sobre el otro. Sin embargo, en la forma verbal “colocarse”, la persona es representada en una acción autónoma.

Finalmente, podemos mencionar brevemente la presencia de enunciados de carácter más general, no específicos de la necesidad respiratoria, y que son similares a otros ya referidos en las necesidades anteriores. En CC.14: “18 hs recibe visitas”; en “17hs queda en la unidad acompañado de familiares”; en CC.20: “23:15 evalúa Dr...”; en CC.21: “11 hs recibió atención de kinesiología” y en CC.24: “se la rota de decúbito”.

6.1.4 Necesidad cardiovascular/ termorregulación

Al igual que en los casos anteriores, podemos observar una valoración más detallada y profunda en el sector de CC que en el Sector 12. Con respecto a este último, encontramos elementos que describen, de manera general, básica y técnica, el funcionamiento fisiológico de la necesidad cardiovascular y de termorregulación, con distinto nivel de precisión. Por ejemplo, en 12.2 el registro refiere simplemente “parámetros con valores estables”. Aquí el término “estables” es ambiguo, ya que no resulta claro si se refiere al mantenimiento de los parámetros (por ejemplo, con respecto al turno anterior) o si el profesional lo emplea como equivalente a “normales”.

Encontramos, también, las construcciones “al csv se encuentra con parámetros dentro de los normales” (12.2, 12.26, 12.43, 12.44) y “csv estables” (12.6). Vemos nominalizada -esto es, convertida en sustantivo- una acción que inferimos fue realizada por quien escribe el registro el control de signos vitales-. Se destaca el estado de la persona, y no el proceso de la acción o quién la llevó a cabo. Si bien se interpreta que quien escribe es quien realizó el control, podría no haberlo sido. La referencia a los signos vitales o parámetros “estables”, en algunos casos se complementa con la precisión de los mismos. Por ejemplo, en 12.14: “al csv se encuentra afebril, normotenso, normocárdica (...) Pte con SV estable”. También vemos las formas “parámetros estables”, “paciente con parámetros vitales estables” y “pte estable”.

En algunos casos, incluso se combinan los enunciados “csv estables” y “afebril”. Al ser la temperatura un signo vital, revela lo inespecífico que términos como “csv” o “parámetros” pueden resultar. Podemos pensar en una confusión dada por el modelo de registro, ya sea en su llenado, o en la combinación de estas dos necesidades -la cardiovascular y la termorregulación-. Igualmente, se recurre a lexemas precisos y técnicos para la valoración. Por ejemplo, “normocárdica/o”, “afebril”, “normotenso/a”, “normofígmica/o”, “taquifígmico/a”, “taquicárdico/a”, “hemodinámicamente estable”, “hipotensa”.

Como datos generales, en 12.18 encontramos “regular estado general” y “TTO VO”. Entendemos que “estado general” trasciende a la necesidad específica. También, 12.46 añade “no refiere sentir malestar”; 12.68 “cumple tto”; CC.3 “evaluado por Dra...”; CC4 “tto según prescripción médica”; CC.11 “con buena sat de oxígeno (...) es evaluada por Dr. (...) se realiza acondicionamiento pte brindo higiene parcial con cambio de ropa de cama queda con pañal se realiza cambio catarsis +(...) recibe visita de la flia”; 12.1 “diuresis +” y “catarsis -”; 12.22 “Pte con tto VO”; CC.21 “Dr...realiza curación de escarectomía”, y el acondicionamiento en la unidad.

También encontramos la valoración de las mucosas y del estado de hidratación (por ejemplo, 12.33 “mucosas rosadas, piel hidratada”). Podemos ver la presencia de información específica de otras necesidades, diferentes de la cardiovascular/ termorregulación, como en señalamos también para las necesidades analizadas previamente.

En relación a los parámetros valorados, cuando uno de ellos no se encuentra entre los valores considerados normales, en algunos casos no vemos acciones al respecto, pero en otros se da intervención al equipo médico. Por ejemplo, en 12.21 “22:30 hs se realiza CSV pte febril 39,2 °C, normofigmico, normotenso, se avisa a Dr. Clínico médico” o en CC.2 “se avisa a clínico de turno e indica antihipertensivo”. El aviso al médico encargado lo ubica en un rol de responsabilidad y autoridad por encima del enfermero o la enfermera. Esta relación jerárquica se replica en una prevalencia de las terapéuticas de tipo médico, por sobre los cuidados enfermeros. De este modo, en el registro la persona se constituye como receptora de un tratamiento médico antes que como sujeto de cuidado.

Otro tipo de información que encontramos en esta necesidad, es la ausencia, la presencia y las características (con mayor o menor detalle) de los accesos venosos. Podemos sumar algunas intervenciones relacionadas con los mismos, como su cambio o la heparinización.

En 12.31, además de la valoración específica de la necesidad, el registro incluye “ref. dolor (...) Paciente se mantiene sin dolor.” Sobre este aspecto nos podemos remitir a lo ya analizado en el apartado sobre la necesidad neurológica. La falta de detalle sobre las condiciones del dolor, lleva a reflexionar sobre su inclusión en este apartado puntualmente, quizás ante el desconocimiento de cuál sería el sitio más adecuado para su referencia en el modelo propuesto, o dado que algunos datos trascienden a la taxonomía propuesto por el modelo de registro, en tanto afectan a la persona en su globalidad –lo cual no se evidencia en el registro de estos datos-.

En este aspecto, el sector CC se diferencia del 12 principalmente en el grado de detalle de la valoración efectuada y en el seguimiento horario de la misma, tanto en el caso de los parámetros normales como en el caso de los alterados. Esto incluye la conexión al MCC, la evaluación del trazado del ECG en algunos casos, los accesos venosos y los planes de hidratación, y algunos aspectos del examen físico, como la evaluación de la perfusión periférica y la presencia de edemas. Vemos también el control de la glucemia, si hay signos de flebitis, de precordialgia o ingurgitación yugular, y la presencia de una fístula para diálisis en CC.15. Además, encontramos intervenciones mayores, dada la criticidad del estado de salud de la persona en algunos casos.

Finalmente, el registro 12.9 no consigna datos respecto de esta necesidad.

6.1.5 Necesidad digestiva/ genito-urinaria

-Información general

En este caso, así como en las necesidades analizadas previamente, también vemos en los registros la presencia tanto de información de carácter general, como de información más específica, siendo la segunda prevalente. Por ello, antes de adentrarnos en los aspectos particulares para las necesidades contenidas en este apartado, retomaremos brevemente estos elementos generales:

- Contextura física. Por ejemplo, en CC.3: “6 hs Recibo usuario de contextura física medio”. Esta evaluación se basa en la subjetividad de quien escribe el registro, y permite identificar una representación de la persona a partir de un modelo de corporalidad que se adopta como referencia.
- Ubicación y estado de vigilia de la persona.
- Intervención de otros profesionales, como en CC.3: “Evaluado por Dra...”
- CC.8 “24 hs usuaria que se la acuesta en su unidad poco colaboradora.” Vemos una acción de enfermería sobre la persona y la caracterización ya analizada de “poco colaboradora”.
- CC.14 “queda tranquila en su unidad... 14 hs sin cambios relevantes...16 hs mantiene parámetros”.
- CC.19 “se encuentra con regular estado”
- 12.68 “22 hs usuario que se moviliza por sus propios medios” este dato suele incluirse en la necesidad motora.

-Necesidad de alimentarse (nutrición)

En razón de la necesidad digestiva propuesta en el modelo de registro, encontramos enunciados vinculados a la necesidad de alimentarse. A propósito de ello, la valoración en los registros se remite a la constancia de las ingestas de la persona a lo largo del turno, el tipo de dieta indicada, la tolerancia gástrica a los alimentos y el examen físico de la región abdominal. Como hemos visto hasta ahora, el Sector 12 se diferencia de CC, principalmente, en que se realiza una valoración más detallada, que incluye, entre otras cosas, el control y corrección de la glucemia,

la valoración de la capacidad deglutoria, la valoración del débito gástrico y la presencia de sondas nasogástricas.

Con respecto a la ingesta, en ocasiones se la clasifica mediante adjetivos subjetivos como “buena”, “adecuada”, “mala”, “regular” o “escasa”. Además, se precisa si se trata del desayuno, el almuerzo, la cena o la merienda, o incluso su contenido. Estos elementos parten de la propia concepción del enfermero o la enfermera respecto de la normalidad de la alimentación, tanto en sus cantidades como en sus momentos, a la vez que permiten reconocer una rutina hospitalaria respecto de las comidas. Con ello, podemos identificar una representación de la persona como sujeta al ritmo y los alimentos que no solo la institución provee, sino que el equipo médico indica, y se evalúa la satisfacción de esta necesidad en función de la adecuación de la persona a estos parámetros.

No obstante, podemos detectar en algunos registros la subjetividad de la persona en relación al modelo de alimentación al que nos referimos en el párrafo precedente. Por ejemplo, en CC.25: “no ingiere desayuno por referir ‘que el yogurt le hace doler el estómago y la maicena está muy caliente’; y en CC.1: “Usuario que refiere no tener apetito. Ingesta -” .En estos registros se recupera la subjetividad de la persona en su vinculación con los alimentos, y su voluntad de no ingerirlos. La representación de la persona se complejiza en el contraste entre el deber de sujetarse a las pautas profesionales e institucionales, por un lado, y la individualidad y la autonomía, por el otro.

Respecto de la tolerancia a los alimentos, como manifestación del funcionamiento fisiológico en la necesidad digestiva, podemos destacar dos registros. Por un lado, en 12.17 leemos "Almuerzo no tolera tuvo 1 vómito alimenticio lo constato", y por el otro lado, en 12.18: "16 usuaria con regular ingesta. Manifiesta náuseas y vómitos". Ambos enunciados se diferencian en que en el primero el uso del verbo “constatar” implica una verificación por parte de enfermería, expresando cierta desconfianza de la persona o una invalidación de su palabra en caso de que lo haya manifestado. Mientras que, en el segundo, se recupera los dichos de la persona respecto de un síntoma y un signo, sin necesidad de verificar lo manifestado. Con ello, en los registros surgen diferentes representaciones respecto de la legitimidad de la voz de la propia persona sujeto de cuidado respecto del proceso de salud-enfermedad que ella misma se encuentra atravesando.

Respecto del examen físico, podemos destacar en CC.22 el enunciado: “no impresiona dolor a la palpación”. En este caso, la selección del verbo “impresiona” reconoce, por un lado, la valoración desde la perspectiva de enfermería, y por el otro lado, la limitación de la propia

percepción de quien escribe el registro para evaluar un síntoma en una persona con un deterioro neurológico severo. Es decir, que, en la representación, la persona aparece como la autoridad para identificar el síntoma, y al no poder hacerlo, la apreciación del mismo no podrá ser absoluta.

Finalmente, podemos destacar en 12.61 el enunciado: "presenta desnutrición severa". Es una oración descriptiva en la que se realiza un diagnóstico nutricional, inferimos, en base a la observación general, sin datos que lo sustenten. De modo similar, en CC.15 se consigna: "se observa pérdida de masa corporal", resultando imprecisa la determinación de esta afirmación. Estos enunciados permiten revelar un modelo de corporalidad presente en las representaciones sobre las personas sujetos de atención.

-Eliminación.

En este apartado, encontramos, asimismo, enunciados vinculados a las funciones de eliminación. Para el Sector 12, esta información en general se consigna de manera sintética mediante el uso de dos sustantivos técnicos (diuresis y catarsis) y los signos "+" y "-". En algunos casos, también se agrega información locativa o instrumental, que brinda mayor precisión respecto de la independencia en la satisfacción de esta necesidad ("en sanitario", "en chata", "en orinal", "en papagayo" y "en baño"). A su vez, encontramos otras situaciones que se circunscriben a la función de eliminación, como son la presencia y ubicación de drenajes, y en algunos casos las características del débito en los mismos. Para mencionar algunos ejemplos, en 12.31: "drenaje aspirativo flanco derecho" o en 12.32: "Presenta drenaje aspirativo con debito serohemático escaso (...) Cambio sachet de drenaje descarto débito serohemático 40 ml".

En relación a la diuresis y la catarsis, en 12.65 vemos "diuresis + refiere dificultad para evacuar intestino". Se recupera la voz de la persona en relación a una manifestación de dependencia en esta necesidad. 12.4, 12.19, 12.25 no aporta datos.

Los registros del sector de CC difieren notablemente en la extensión, detalle y seguimiento. La valoración incluye presencia o ausencia de sondas vesicales, e incluso una apreciación sobre el control de esfínteres y el ritmo diurético. Observamos con frecuencia la constancia del descarte, características y cuantificación de la orina. También se da cuenta de la presencia de pañal y la higiene perianal. Además, en CC.5 consta una toma muestra de orina. Finalmente, se da cuenta del balance de ingresos y egresos, que es de carácter rutinario y no implica a la persona de manera directa.

Un caso especial es el de CC.15. “5,30 hs continúa sin orinar. Refiere ‘que no orina’. Deposition - También comenta ‘que el lunes se dializa’”. En este registro, se incluye la voz de la persona para dar cuenta de una situación interpretada por el enfermero o la enfermera como “anormal”, pero que forma parte de la “normalidad” en la vida del sujeto de atención, y un aspecto que trasciende el motivo de internación actual. También permite pensar cierta autogestión de la salud en general, en relación a la diálisis. Por otro lado, vemos una situación similar en CC.16: “Usuario que no presenta diuresis –, se encuentra a la espera de ser dializado”, con la diferencia de que en este caso no surge la subjetividad de la persona.

En CC.26²⁰ encontramos el enunciado: “sin micción por el momento. Se le avisa a la Dra... y se le consulta colocar sonda vesical por lo que manifiesta que el paciente esta negado a todo procedimiento invasivo que lo deje así que él en su momento se despertará y pedirá orinal”. Aquí podemos detectar distintos elementos que remiten una representación medicalizada de los sujetos de atención, así como a cierta subestimación de la subjetividad de la persona en el registro. En primer lugar, ante la detección de un signo de alarma, como puede ser la falta de diuresis por un tiempo prolongado, la intervención de enfermería se remite, por un lado, a informar al personal médico a cargo, y por el otro, a sugerir una práctica médico-invasiva. Con ello, se destaca este tipo de intervenciones por sobre otras de cuidado. Además, este enunciado da cuenta de una posible generalización o rutinización de esta práctica invasiva –la colocación de una sonda vesical-.

En segundo lugar, el enunciado citado, como parte del registro, constituye una forma de justificar el accionar de enfermería, respaldándolo en la decisión médica, pero no puntualmente en la voluntad de la persona, ya que la subjetividad de esta no es tenida en cuenta de manera directa, sino en referencia a los dichos de la médica sobre ella. De este modo, se coloca a la médica en una posición jerárquica y decisoria superior, no solo en relación con enfermería, sino también con la persona sujeto de cuidado.

Finalmente, la expresión “está negado a” refiere no solo la negativa de la persona a las prácticas invasivas, sino que evoca una representación de las mismas como necesarias en la atención hospitalaria. “Estar negado a” se utiliza para expresar que una persona no es capaz, o no desea, reconocer una realidad (aquí, lo imprescindible de las prácticas médicas). Expresado de este modo, la subjetividad y la autonomía de la persona, no obstante se las respete, parecieran cuestionadas en el discurso. Los fragmentos “que lo deje así” y “en su momento se despertará y

²⁰ Ver lo analizado en la necesidad respiratoria respecto de la negativa a la oxigenoterapia para este mismo registro.

pedirá el orinal”, constituyen en el registro la contrapartida del intervencionismo sobre el cuerpo del otro, sujeto de atención, presentan una no intervención que es la admisión de los tiempos y el accionar propios de la persona. Las representaciones del sujeto de atención contienen tanto una visión medicalizada y subordinada a los profesionales, como la posibilidad de revelarse a las intervenciones, en la autonomía sobre el propio cuerpo.

-Asistencia familiar.

Para finalizar el análisis de la necesidad digestiva-genitourinaria, podemos destacar que, en algunos casos, surge en los registros una asistencia en la satisfacción de estas necesidades, tanto por parte de enfermería como por parte de los familiares de la persona. Por ejemplo, en 12.10: “acompaña a sanitario” y “coloca chata”; en CC7: “12 hs Buena ingesta VO asistida”; en CC.10: “12:30 hs ingiere almuerzo casi en su totalidad con asistencia de familiar”; enCC.13: “ingiere regular cantidad de desayuno con reflejo deglutorio conservado y buena tolerancia, con asistencia de enfermería”; en CC.12:“00 hs se le ofrece agua”; y en CC.25: “Ingesta escasa de almuerzo con asistencia de familiar (...) Ingesta regular de merienda con asistencia de familiar”. Estos elementos presentan a la familia como partícipe del cuidado, y permiten identificar en las representaciones, la dimensión socioafectiva de la persona, la integralidad de la misma y su vida extra-hospitalaria.

6.1.6 Necesidad motora/ higiene y tegumentos.

En el registro de la necesidad motora/ higiene y tegumentos, se consignan tanto datos específicos como datos vinculaos a otras necesidades. Entre estos últimos encontramos la presencia de accesos venosos, la diuresis, la catarsis, el sueño y el reposo, una intervención sobre el dolor aplicando hielo local, la intervención médica y de otros profesionales, referencias inespecíficas al autocuidado en 12.2 y 12.27, la posición, ubicación y actividad de la persona y la colocación de una sonda nasogástrica.

Respecto de la valoración específica, se abordan, por un lado, aspectos relativos a la movilización de la persona, y por el otro a la higiene y el estado de piel y mucosas. Por ello, presentaremos el siguiente análisis en dos subapartados –movilidad e higiene-. Como hemos señalando previamente para las necesidades ya desarrolladas, en el sector CC en general

encontramos una valoración más detallada y profunda, con distintas referencias o intervenciones a lo largo del tuno, que en el Sector 12.

-Movilidad

Con respecto a la movilidad, en términos generales, se busca dar cuenta del nivel de independencia de la persona en el desarrollo de la misma. Por ello, encontramos registros en los que la movilización aparece como independiente o sin dificultades, y otros en los que la persona requiere algún tipo de asistencia, -ya sea de otra persona o de un instrumento-, o presenta alguna dificultad para moverse. Estas caracterizaciones son meramente descriptivas, enunciando la movilización de manera general y no como un evento específico.

La independencia se enuncia tanto mediante predicados verbales, como mediante sintagmas nominales –es decir, construcciones sintácticas cuyo núcleo es un sustantivo-. Algunos ejemplos de enunciados que encontramos son "se moviliza sin dificultad motora", "se moviliza por sus medios", "movilización independiente" o "se moviliza sin dificultad". En el sector de CC podemos ver, en algunos casos, que esta descripción se limita a la movilidad de las extremidades.

Con respecto a la dependencia de la persona en la necesidad motora, algunos ejemplos de los enunciados que dan cuenta de ello son:

“Se moviliza c/ dificultad motora c/ andador”,

“movilización reducida”,

"no se moviliza por sus propios medios" y

"movilización independiente reducida a causa de episodios disnea de esfuerzo".

En éste último caso, se incluye el motivo que dificulta la movilización. Por otro lado, también podemos encontrar acciones de asistencia por parte de enfermería o de familiares de la persona.

Por ejemplo:

12.58; “pcte que se moviliza con ayuda de familiar”,

12.36: "Se moviliza c ayuda al sanitario";

12.11: "colabora su pareja en su movilización"; y

12.58: “pcte que se moviliza con ayuda de familiar”.

La valoración de la movilidad se constituye como un parámetro de la dependencia o independencia general de la persona. En la representación del sujeto de cuidado, permite pensar

en un sujeto de necesidades, y en una relación de asistencia indistintamente del tratamiento médico y la patología.

Respecto de la dependencia o independencia en la satisfacción de esta necesidad, encontramos distintas posibilidades en los registros. Así, en CC.11 leemos el enunciado:

“mantiene rotación con ayuda de enfermería”. En este caso, se da cuenta de la asistencia recibida centrando el protagonismo del evento en la persona. Una situación distinta es la que observamos en CC.25: “se la sienta al borde de la cama. Se la intenta parar al costado de la cama pero no mantiene estabilidad. Se la recuesta y se la deja en decúbito lateral izq.”. Aquí la persona aparece como objeto del accionar externo sobre su cuerpo. En el primer ejemplo, la representación sobre la persona contiene una idea de autonomía, a pesar de requerir asistencia, mientras que, en el segundo ejemplo, la persona está representada en un carácter pasivo y cosificado.

En algunos casos, se deja constancia de que la persona se moviliza al sanitario, lo cual, además de dar cuenta de un aspecto vinculado a la necesidad motora, permite caracterizar un aspecto en la satisfacción de otras necesidades (higiene y eliminación), lo cual amplía la idea de independencia y de integralidad de las necesidades.

Aparte de las consideraciones sobre la dependencia o la independencia, surge en el registro de la movilidad, otro tipo de contenido. Un caso especial es el de 12.67: “Paciente no vidente, se moviliza con andador”. En este enunciado, se presenta una caracterización general de la persona. La denominación “no vidente” parte de la representación de una falta, caracterizando al sujeto en la ausencia del sentido de la vista, como a un ser incompleto o imperfecto en relación a sus capacidades físicas. Se presenta esta característica como esencial a la persona.

Similar es lo que vemos en 12.68: "pte que se moviliza por sus propios medios con pérdida de la visión". A diferencia de enunciado anterior, en este segundo caso se resalta la independencia de la persona en la movilidad, mientras que la “pérdida de visión” sugiere, por un lado, que la misma podría ser parcial, y por el otro una representación de la ceguera como accesorio, algo que le sucede al sujeto, y no esencial.

Otro caso especial se da en CC.11: "moviliza sus cuatro miembros con cierta dificultad por obesidad y por debilidad tono muscular disminuido refiere”. Quien escribe el registro asocia una dificultad en la movilización autónoma con una característica física, basada en un modelo de corporalidad que forma parte las representaciones sobre la persona. Si bien la obesidad es un diagnóstico nutricional que parte de distintos datos, aquí la valoración es visual y preliminar, lo que le da cierta subjetividad a su determinación, y sugiere una idea modelo de corporalidad como

referencia. Por otro lado, también se incluye un aspecto de la autopercepción de la persona, en tanto las características “debilidad tono muscular disminuido” no son objetivadas por el o la profesional. Este modelo de corporalidad presente en las representaciones surge también en CC.1: "usuario de contextura obesa", en CC.8 “se observa movimientos de extremidades con dificultad x su estado de obesidad” y en CC.12:

"22 hs recibo a usuaria obesa”.

Finalmente, podemos mencionar que encontramos en los registros referencias a otras actividades como “se sienta al borde de la cama” o “deambula²¹”, y la rotación de decúbito. Asimismo, en el apartado correspondiente la necesidad motora, se registran también algunos datos más generales, como la presencia de barandas de seguridad, el reposo y la tracción en miembros inferiores. Un caso particular encontramos en CC.5: “6 hs Usuaría que la recibo dormida, con contención mecánica de miembros superiores”. En este enunciado se hace referencia aquí a la práctica de inmovilizar los miembros de la persona a través de la sujeción de los mismos. Desconocemos el contexto que motivó dicha intervención, y en el registro no se aclara si se mantiene o se remueve la contención de los miembros superiores. No obstante, esta práctica en sí misma implica imponer sobre la persona una limitación externa y subyugar su cuerpo. Con ello, la representación que surge de la persona, no es tanto como sujeto autónomo, sino como cuerpo subordinado.

-Higiene y valoración de piel y mucosas.

Respecto de la necesidad de higiene, en los registros de enfermería se realiza una valoración de la misma de manera general y sin recurrir a elementos específicamente técnicos. Se consignan enunciados como "regular estado higiénico", "mala higiene corporal", “regular higiene corporal” y “presenta adecuada higiene corporal”, por ejemplo. La valoración de la higiene responde a una representación que sirve de referencia y que remite a un juicio de valor respecto de la persona, en función de su correspondencia con ese parámetro higiénico.

La valoración del estado de higiene, de la piel y de los tegumentos la encontramos con mayor frecuencia en CC que en el sector 12.

²¹ Respecto de “deambula”, ver el análisis realizado previamente en la necesidad psicológica/ social/ espiritual, página 30.

Un caso particular encontramos en 12.24: “refiere necesitar elementos de higiene. Me comunico con voluntarios”. En este enunciado, la información respecto de la necesidad de higiene no parte de un juicio subjetivo de enfermería, sino que se recupera la voz de la persona como manifestación de un requerimiento en la necesidad de higienizarse. Vemos, además, una acción en primera persona por parte de la enfermera dirigida a resolver la falta manifestada, lo cual constituye una acción de cuidado específica, individualizada e independiente. Con ello, la persona se ve representada como un sujeto de cuidado enfermero.

Respecto de la piel, los registros consignan datos valorativos como la presencia de sudoración, de palidez, de edemas y de lesiones, características de las heridas, la hidratación de la piel y el estado de las mucosas y el uso de colchón antiescaras. Además, surgen intervenciones específicas como la curación de heridas y colocación de vaselina. Un ejemplo que podemos destacar es CC.20 "usuario que se lo recibe en aislamiento de contacto con barandas de contención elevadas, dormido, + tracción de MII (...) observo piel integra, con hipoperfusión periférica y signos de artritis en MS de regular aseo personal, con halitosis (...) adopta posición estuporoso”. En este ejemplo, resulta llamativa la valoración “regular aseo personal”, que sugiere una responsabilidad de la persona en su propia higiene, mientras que, al encontrarse estuporoso y con tracción del miembro inferior, correspondería a enfermería la tarea de suplencia o asistencia en la satisfacción esta necesidad, lo cual no surge en el registro. Es decir, que se realiza un juicio negativo sobre la persona, responsabilizándola por una falta que es función específica del personal de enfermería suplir. Con ello, la persona no se ve representada como un sujeto receptor de cuidados específicos e integrales.

En relación con las distintas intervenciones que surgen en virtud de la necesidad de higiene, con frecuencia se recurre en los registros a construcciones impersonales o nominales que no explicitan quién realiza efectivamente la acción, con lo cual no se refleja de manera clara la independencia o dependencia de la persona en su propia higiene. Por ejemplo, “se realiza baño prequirúrgico” o “baño en cama”, respectivamente. En algunos casos, podemos encontrar un accionar externo sobre la corporalidad de la persona, que aparece en un rol pasivo o subordinado. Por ejemplo, en CC.7: “se le realiza baño general” o CC.9: “colabora rotándose de decúbito”.

Por otro lado, podemos destacar en CC.13: “9 hs no se realiza higiene general porque usuaria ‘dice que tiene frío y q no tiene ganas de bañarse hoy’. Se la acondiciona en unidad”. En ese caso, se da cuenta de la no realización de la higiene en función de la voluntad expresa de la persona, esto es, el respeto a su autonomía. Nos obstante, en la noción de “acondicionar”, surge una acción

sobre la persona –y no *con* la persona-. El acondicionamiento del sujeto en la unidad –la cama- se encuentra con frecuencia en nuestro corpus, si bien no resulta técnico, remite quizás a un parámetro institucional y profesional que determina cuáles son las condiciones adecuadas en las que la persona debe encontrarse. Podemos decir que, en el enunciado referido, se contraponen una representación de la persona a la vez autónoma para decidir y subordinada a las pautas y el accionar de enfermería en el acondicionamiento.

Finalmente, 12.25 no aporta datos.

6.1.7 Síntesis

Para finalizar el análisis de la categoría “Dimensiones de la persona”, podemos decir que hemos realizado un amplio recorrido de cada una de las necesidades propuestas por el modelo de registro utilizado en el Hospital Horacio Heller. Una primera situación que podemos destacar, es el entrecruce entre las necesidades. Como hemos ido señalando en cada caso particular, en todos los apartados correspondientes a cada necesidad particular, encontramos datos referidos a las otras. Esto puede sugerir, por un lado, cierta confusión o desconocimiento respecto del correcto llenado del modelo, pero por el otro, que existen datos de difícil clasificación para esta taxonomía. Es importante destacar que si comprendemos a la persona como es un ser integral, no obstante la identificación de sus áreas constitutivas resulta de utilidad para comprenderla y abordar sus necesidades puntuales, estas dimensiones están íntimamente relacionadas, son interdependientes y se influyen unas sobre las otras²².

El modelo de registro propone cierta fragmentación de los sujetos en base a los sistemas anátomo-fisiológicos y las necesidades de la persona. El espacio destinado a los aspectos biológicos es considerablemente mayor que para las necesidades psicológicas, sociales y espirituales, agrupadas en un solo apartado. En efecto, la valoración de lo biológico en el corpus recopilado prevalece por sobre la valoración los aspectos no físicos de la persona, no solo en espacio y extensión, sino también en el abordaje técnico de los parámetros valorados y en las intervenciones terapéuticas mayoritarias.

²² Un ejemplo de esta correlación lo vemos en 12.39, que consigna para la necesidad respiratoria “8 hs eupneico. Buena mecánica respiratoria. Adecuada SpO2 con requerimientos de O2 (...) 12 hs sin cambios” y para la necesidad motora “8 hs movilización independiente reducida a causa de episodios disnea de esfuerzo”.

El apartado destinado a las necesidades psicológica, social y espiritual se utiliza para dar cuenta de aspectos generales. Vemos, por ejemplo, que se usa de manera extensa en el sector 12 para asentar una observación general del inicio del turno. Además, encontramos en abundancia y con frecuencia, elementos que no son específicos de los aspectos psicológicos, sociales o espirituales. En ningún caso se observó una valoración técnica y detallada, y no encontramos dato alguno respecto de la espiritualidad. Aun así, sí detectamos referencias específicas en relación a la socialización, lo afectivo, los aspectos anímicos y emocionales, y algunos actitudinales, tanto en este apartado puntual, como en otros (especialmente, el correspondiente a la necesidad neurológica).

En los registros se recurre ampliamente a las nociones de tranquilidad, colaboración y comunicación para caracterizar a la persona desde la perspectiva y las necesidades profesionales e institucionales. Con ello, la persona se inserta en un rol subordinado y pasivo. Se acciona sobre su cuerpo y se le imponen rutinas y procedimientos hospitalarios generalizados. Podemos incluso apreciar una cadena jerárquica que desciende del equipo médico a enfermería, y de enfermería a la persona. En muchos casos la persona se ve despersonalizada desde el mismo inicio del turno al “pasarla” de un profesional a otro que la “recibe”. Esta cosificación del sujeto de atención puede leerse también el accionar sobre su cuerpo.

Sin embargo, también vemos algunas referencias a la voluntad y autonomía de la persona, y a la participación familiar. Por ejemplo, aceptar o negar ciertos procedimientos, o la familia como agente de algún tipo de cuidado o como asistente en las necesidades. Respecto de la autonomía, esta no siempre es valorizada, pero sí es respetada. Es signo de la individualidad de la persona, junto con algunas referencias a la vida extra-hospitalaria e intervenciones de cuidado independientes de los procesos fisiopatológicos. La vemos, también, en algunos casos de autogestión de la terapéutica.

Por otro lado, las múltiples valoraciones que recaen sobre la persona, en ocasiones remiten a la propia percepción y subjetividad del personal de enfermería. Ello revela un modelo de corporalidad, de comportamiento y de satisfacción de las necesidades que no está explicitado, pero que sirve de parámetro para evaluar determinadas situaciones como inadecuadas, problemáticas o anormales. En esta línea, una de las intervenciones menos específicas, pero aun así habitual, es el “acondicionamiento”, es decir, disponer a la persona y su unidad en ciertas condiciones deseables dentro de la institución.

Finalmente, a partir de lo expuesto, podemos afirmar que las dimensiones constitutivas de la persona que emergen en los registros recopilados, son principalmente la biológica, la psicológica y la social, con amplia centralidad de la primera.

6.2. Campos semánticos asociados a la persona

En esta categoría, que hemos nombrado de manera amplia “Campos semánticos asociados a la persona”, nos propusimos recuperar denominaciones y atributos dados a la persona a lo largo de los registros, como modo de indagar sobre los significados asociados a la misma. Para ello, hemos analizado principalmente las estructuras adjetivas que caracterizan a la persona internada, algunas de las cuales ya han sido mencionados 6.1. Podemos reunirlos en los siguientes apartados:

6.2.1 Denominaciones:

Nombrar es dar le entidad a las cosas. Podemos decir que el modo en que nos referimos a la persona sujeto de cuidado está vinculado a determinada representación que tengamos de la misma, sus características y los roles que ocupa. Hemos visto, en el cuerpo de los registros, las siguientes denominaciones:

-Paciente en: 12.2, 12.3, 12.4, 12.5, 12.7, 12.8, 12.10, 12.13, 12.14, 12.15, 12.19, 12.20, 12.21, 12.22, 12.23, 12.25, 12.26, 12.27, 12.29, 12.30, 12.31, 12.34, 12.38, 12.40, 12.43, 12.44, 12.45, 12.46, 12.51, 12.55, 12.58, 12.60, 12.62, 12.63, 12.64, 12.71, 12.72, 12.73, CC.2, CC.14, CC.17, CC.19 yCC.24.

-Usuario/a en: 12.1, 12.6, 12.9, 12.11, 12.12, 12.16, 12.17, 12.18, 12.24, 12.28, 12.35, 12.36, 12.37, 12.39, 12.41, 12.42, 12.47, 12.48, 12.49, 12.52, 12.53, 12.56, 12.57, 12.59, 12.65, 12.66, 12.67, 12.69, 12.74, CC.3, CC.4, CC.8, CC.9, CC.10, CC.12, CC.13, CC.15, CC.16, CC.18, CC.20, CC.21, CC.23, CC.25, CC.26 yCC.27.

-Alternancia usuario/usuario/paciente en: 12.32 12.33, 12.50, 12.54, 12.61, 12.68, 12.70, CC.1, CC.5, CC.6, CC.7, CC.11 y CC.22.

-Por su nombre: Los registros poseen un encabezado con datos de referencia en donde encontramos el nombre y apellido de la persona. Sin embargo, al interior del registro en un único caso observamos una predicación de la persona utilizando su nombre para referirse a ella, en 12.71. Se trata de un segmento narrativo que da cuenta de una situación concreta ocurrida con la persona y que involucró a su compañera de habitación: “L... se pone agresiva con ella (...) L... no acepta inyectables”, en donde “L” reemplaza aquí el nombre de la persona a fines de preservar el anonimato.

Las denominaciones *paciente* o *usuario*, si bien ambas refieren a la persona que recibe la atención del sistema de salud, tienen connotaciones diferentes. En un estudio realizado por Takauti Saito, Campos Pavone Zoboli, Cabral Schweitzer y TanakaMaeda (2013) “User, Client or Patient? Which term is more frequently used by nursing students?”, se indagó sobre el uso de los términos *paciente*, *usuario* y *cliente*²³ por estudiantes de enfermería y los significados que asociaban a los mismos. Los resultados fueron diversos. En el caso de *paciente*, se le asoció:

- El sentido de tener paciencia y esperar a que los profesionales de la salud intervengan.
- Encontrarse atravesando una situación de enfermedad y requerir cuidados individualizados.
- Persona que establece un vínculo de intimidad y respeto con la institución.

Simplemente como el término más extendido y de uso tradicional para referirse a la persona que requiere atención sanitaria, especialmente en contexto hospitalario.

- Persona pasiva en el proceso de atención sanitaria.

Dicen las autoras que “the use of this term may implicitly suggest a passive and hierarchically lower position in relation to the professional” (p. 176).

Del mismo modo, en relación a los significados de *paciente*, Lemus Alcántara, Hamui Sutton, Ixtla Pérez y Mayaen (2017) en “Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud”, explican que la noción *paciente* anticipa la mirada del personal de salud sobre el sujeto. Refleja la visión institucional sobre la salud bajo la rectoría del Estado, que en su discurso construyó el imaginario donde salud-atención dependen del conocimiento especializado, la experticia técnica y el respaldo jurídico; afirmando el dominio de un selecto grupo, responsable de operar normas de atención (...) La atención a la salud en las sociedades capitalistas encuentra en la noción paciente, dos rasgos esenciales, pasividad e individualidad.

²³ Este último lo dejaremos de lado, por no encontrar ningún uso en los registros recopilados.

Útiles para operar la homogeneización y encuentra en el objetivismo del SS²⁴, el complemento para cosificar al sujeto (p. 100).

Vemos entonces, a grandes rasgos, que el término *paciente* es el que resulta más habitual, lo incorporamos de la vida cotidiana y tiene una larga historia. Se puede asociar a la necesidad de atención sanitaria ante la enfermedad, lo cual implica un tipo especial de relación con el personal interviniente. Esta relación estará signada por la intimidad y una asignación de roles fundamentada en el conocimiento técnico-científico especializado. Es una relación jerárquica que ubica a la persona en posición de subordinación y pasividad frente al profesional que actúa e interviene.

Con respecto a la noción de *usuario/a*, Takauti Salto et al (2013) señalan que remite a quien utiliza un servicio público o privado, y que su sentido pareciera ser más amplio que *paciente*, trascendiendo la concepción pasiva de la persona. Este vocablo remitiría a una perspectiva de la atención sanitaria no solo como un bien de consumo, sino también como un derecho humano y social (p. 179). En relación a los resultados obtenidos en el estudio realizado por Takauti Salto et al (2013), los estudiantes relacionaron este término con:

El carácter holístico de la persona y su integralidad tanto en salud como durante la enfermedad, considerándolo como receptora tanto de tratamientos curativos como preventivos, y de la promoción de la salud.

-Quien hace uso del sistema de salud, integrando las nociones de cliente y de paciente.

-Superación de la idea de pasividad y subordinación que trae *paciente*, implica el respeto por la autonomía en la toma de decisiones.

-Ciudadano sujeto de derechos en relación al acceso a los servicios de salud y la atención sanitaria.

Sin embargo, Lemus Alcántara et al. (2017) explican que, a pesar de algunas de las connotaciones expresadas por los estudiantes en el artículo de Takauti Salto et al (2013), la noción de *usuario* está ligada a la de *cliente*. El empleo de estos términos surge con la implementación de medidas de organización y de evaluación de la calidad de la atención propia del mundo empresarial y la lógica del mercado. Lemus Alcántara et al (2017) sostienen que

²⁴ Sistema de salud.

hablar de *usuario*, no ubica a la persona en el centro de la atención (p. 100). Se diferencia de *paciente* en que reconoce la capacidad de la persona de elegir productos y servicios, sin problematizar la relación jerárquica entre el sujeto de atención y los profesionales, y sin reflejar las posibilidades reales de las personas para efectivamente elegir. Reflexionan que “usuario y cliente otorgan, sólo en el discurso, otro estatus al sujeto que enfermó. Lo presentan como uno que tiene más control sobre su atención, pero, sólo es parte de una ficción tan elaborada que se confunde con la realidad. Mientras la atención se mantiene como mera aspiración.” (p. 101).

En nuestro medio se problematiza la noción de *paciente*, en cuanto al rol pasivo y subordinado que le asigna a la persona, constituyendo la idea de *usuario/a* la alternativa más difundida. Por ello, consideramos que su empleo, sin dejar de contemplar lo señalado por los autores citados, puede al menos sugerir una reflexión respecto del rol de la persona en la institución de salud, y la voluntad de desplazarse de la posición tradicional a una más activa o protagónica por parte de la persona.

Vemos en los registros recopilados que el uso de ambos términos es similar en proporciones generales, siendo mayor la elección de *paciente* en el Sector 12, y la de *usuario/a* en CC. Con respecto a ello, cabría preguntarse si la selección de uno u otro lexema se corresponde con una diferencia en la visión general del registro que lo emplea, al menos con respecto a la pasividad y subordinación frente a un rol más autónomo. El carácter general y prioritariamente descriptivo de los registros, no permite brindar una respuesta absoluta, única y certera al respecto para cada caso individual. Si bien podemos detectar datos que se corresponden con una visión de *paciente* o de *usuario* cuando se emplea cada uno²⁵, en otros casos no se da dicha coincidencia²⁶. En términos generales, no se observan grandes diferencias entre los registros que emplean una u otra forma, con respecto a la representación de la persona en su autonomía o su subordinación a los profesionales.

Con respecto a los registros que utilizan ambas denominaciones, no se pudo observar de manera clara un patrón que explique esta alternancia. Como señalan Takauti Salto et al (2013)

²⁵ Como quizás cierta consideración de la autonomía o de la voluntad de la persona, por ejemplo, en CC.26: “refiere que no le coloque la cánula (...) se niega a colocarse la bigotera, refiere que no la necesita” o en 12.69: “buena disposición a la valoración”, ambos registros utilizan la denominación *usuario*.

²⁶ Por mencionar solamente un ejemplo, 12.2denomina a la persona “paciente” y, sin embargo, consigna: “realiza el autocuidado”.

“it is obvious that the employment of any of these terms does not eliminate the use of the others. A mix of the three terms can be observed frequently in healthcare services, and professionals are mostly unaware of their representations, or how they complement or oppose each other”. Las distintas denominaciones que se emplean para designar a la persona acaban siendo usadas como sinónimos, a pesar de las connotaciones diferentes de cada una de ellas. La denominación *paciente* es quizás la más automática, ya que es la que incorporamos a nivel social en general, mientras que *usuario/a* requiere un ejercicio reflexivo, por lo que no es extraño que alternen ambas formas (particularmente si consideramos el tiempo y las circunstancias de escritura con que cuentan los profesionales, muchas veces limitado).

6.2.2 Caracterizaciones.

-Anímico-actitudinales

Dentro de las caracterizaciones de la persona en los registros de enfermería, encontramos términos relativos a aspectos actitudinales, relacionales o anímicos: “colaborador/a”, “comunicativo/a”, “tranquilo/a”. Los mismos ya fueron profundizados en la sección del análisis destinada a las necesidades psicológica y neurológica, por lo que a continuación solamente detallamos su distribución en los registros recopilados:

-Tranquilo/a, intranquila: 12.3, 12.4, 12.6, 12.7, 2.8, 12.9, 12.13, 12.4, 12.15, 12.16, 12.18, 12.23, 12.24, 12.30, 12.32, 12.35, 12.36, 12.39, 12.41, 12.42, 12.44, 12.48, 12.54, 12.55, 12.62, 12.65, 12.70, 12.72, 12.74, CC.1, CC.2, CC.3, CC.4, CC.7, CC.8, CC.9, CC.11, CC.10, CC.13, CC.14, CC.15, CC.17, CC.19, CC.22, CC.24, CC.25, CC.26.

-“Comunicativa/o”: 12.3, 12.7, 12.8, 12.10, 12.11, 12.12, 12.13, 12.14, 12.24, 12.26, 12.28, 12.42, 12.29, 12.30, 12.41, 12.44, 12.47, 12.51, 12.53, 12.54, 12.59, 12.60, 12.61, 12.62, 12.63, 12.65, 12.66, 12.67, 12.68, 12.70, 12.73, 12.74, CC.1, C.2, CC.3, CC.10, CC.11, CC.13, CC.17, CC.18, 12.25, 12.58.

- “Colaborador/a”: 12.3, 12.13, 12.60, 12.73, CC.2, CC.3, CC.4, CC.7, CC.11, CC.18, CC.24, 12.1, 12.4, 12.23, 12.45, 12.62, 12.50, 12.58, 12.70, CC.11, CC.14. Si consideramos los casos en los que aparece la forma verbal, el sentido aportado por este lexema se encuentra también en

12.24, 12.28, 12.31, 12.39, 12.42, 12.55, 12.59, 12.65, 12.74, CC.2, CC.8, CC.10, CC.13, CC.14, CC.15, CC.17, CC.19 y CC.25, CC.5.

En relación con las caracterizaciones de la persona, también podríamos pensar que al referir que el sujeto de atención “obedece” a las órdenes o a las indicaciones de enfermería, indirectamente se la está caracterizando como “obediente”. Es decir, que en el campo de significados en torno al lexema “obedecer”, la persona se ve representada tanto en sus acciones y actitudes, como en su esencia, en un rol de subordinación con respecto a los profesionales.

Otros enunciados que también refieren a la actitud de la persona, de manera similar a lo comentado previamente, son en CC.12: “se la observa predispuesta ante los procedimientos”, en 12.24: “buena disposición al diálogo” y CC.3 “se lo observa negativo al tratamiento”. En este último ejemplo es interesante reflexionar sobre la selección de la forma adjetiva – “negativo”-, lo cual presenta como una característica o actitud de la persona, lo que podemos entender como una decisión (negarse a un tratamiento). Podemos remitirnos también a lo analizado respecto de CC.26 en las necesidades respiratoria y digestiva/ genitourinaria²⁷. El registro de la actitud de la persona ante los procedimientos e intervenciones de enfermería, ya sea positiva o negativa, permite recuperar una representación del sujeto de atención desde su autonomía en el proceso de salud-enfermedad.

Finalmente, con respecto a los adjetivos que podemos recuperar de los registros, vemos algunos casos que remiten al estado de ánimo y los sentimientos, como abordamos principalmente en las necesidades psicológica/ social/ espiritual y neurológica. Los mismos son: “animada”, “buen ánimo”, “excelente ánimo”, “serena”, “de buen humor”, “angustiada”, “ansiosa”, “enojada”, “(se pone) agresiva”. En algunos casos, también encontramos la caracterización “quejumbrosa”, que puede remitir a sonidos conscientes o inconscientes de la persona como señal de malestar.

-Fisiológicas

Los adjetivos relativos al funcionamiento de los sistemas fisiológicos son los que más abundan, encontrándose en los distintos apartados del modelo de registro. Además de ser más abundantes, también son de carácter más técnico y objetivo. Esto es reflejo de la relevancia dada en el proceso

²⁷ Páginas 49 y 55 del presente informe.

de cuidado a los aspectos biológicos, y con ello su preeminencia en las representaciones de la persona. Asimismo, podemos reflexionar sobre el lugar prioritario dado en el imaginario enfermero al saber científico-médico y a las necesidades más básicas, vinculadas a la subsistencia y el funcionamiento del cuerpo. A efectos ilustrativos, detallamos a continuación los adjetivos encontrados en los registros recopilados, vinculados a los campos semánticos de la valoración física: “Eupneico”, “estable”, “afebril”, “lúcido”, “normocárdico”, “ubicado en T y E”, “normotenso”, “reactivo”, “vigil”, “asintomático”, “hipotensa”, “orientada globalmente”, “hemodinámicamente estable/inestable”, “regular estado general”, “febril”, “normofigmica”, “taquicárdico”, “somnoliento”, “normotérmica”, “taquifigmica”, “NO alérgica, no DBT, no HTA”, “reactiva a estímulos”, “no vidente”, “compensado”, “bradicárdico”, “taquipneica”, “taquidisneica”, “subfebril”, “deshidratada”, “desorientada”, “oligoanúrico”, “poliúrico”, “febril”, “tendiente a la taquicardia sinusal”, “estuporoso”, “hipoperfundida distal”, “hipoactivo”, “poco reactivo”, “secuelado de TEC grave”, “conectada con el medio”, “traqueostimizado”, “coherente”.

Con frecuencia se utiliza el término “estable” para referirse a la persona, sugiriendo que la evaluación de ciertos parámetros resulta en una interpretación de la globalidad de su estado. Por ejemplo, se consigna en la sección “Evaluación de resultados”, en 12.1: “12.20 hs estable” o en 12.4: “estable en el turno”. En este sentido, la representación de la dimensión física de la persona se impone sobre la integralidad, como equivalente en sus manifestaciones a la totalidad de la persona.

-Otros.

Asimismo, en los registros encontramos otros datos que caracterizan a la persona, y que remiten a características físicas y personales de la misma, pero que no se vinculan directamente con el funcionamiento fisiológico. Algunas de estas caracterizaciones ya las hemos recuperado en las secciones previas del presente análisis. Las mismas son:

-12.3: “Es lento en la marcha”.

-Etapa del ciclo vital: “adulto/a joven”, “adulto/a”, “adulto/a mayor”, “añosa”, “geronte”.

-12.28: “femenina”.

-Caracterizaciones sobre la contextura física (por ejemplo, “obesa”).

-CC.17: “Dependiente del accionar de enfermería”.

-CC.25: “despierta con crisis de llanto por manifestar ‘sentirse una inútil porque no pudo mantenerse parada’”. En este caso vemos una auto-caracterización de la persona, a partir de una limitación física que condiciona su autopercepción, develando la complejidad e integralidad del sujeto.

6.3. Participación.

Reiterando lo que enunciamos en la propuesta metodológica (apartado 5.3), en el análisis de esta categoría haremos referencia a quién realiza las acciones enunciadas en los registros de enfermería, partiendo de la noción de agentividad. Para ello se comprenderá al agente en un sentido amplio, como el participante que realiza o causa la acción o proceso al que se haga referencia en el discurso. Esto permitirá, además de reflexionar sobre la participación de la persona y de enfermería en las acciones de cuidado, distinguir qué otras actividades se le atribuyen a cada una. Con ello, podremos indagar sobre el grado de autonomía e individualidad de la persona en el proceso de salud-enfermedad, de acuerdo al rol construido para cada uno de los participantes.

Se propusieron en principio cuatro posibilidades de realización: -la persona –la enfermera o enfermero –ambas –inespecífico, a lo que añadimos una quinta opción: –otros.

6.3.1 Enfermería

-Recepción

La primera acción de enfermería que encontramos en los registros, está plasmada en los enunciados “recibo paciente” o “recibo usuario/a”, cuyos sentidos hemos abordado en el apartado destinado al análisis de la necesidad psicológica/ social/ espiritual. Como hemos señalado previamente, estos enunciados introducen una relación enfermería-persona de cosificación de esta última y de localidad institucional por parte de la primera, lo que le atribuye cierta autoridad. A su vez, expresan un intercambio entre colegas de un turno al otro. Estas construcciones se utilizan de manera frecuente tanto en primeros ingresos como al inicio del turno en general.

-Valoración.

Respecto de los enunciados que presentan al personal de enfermería como agente de las acciones de las cuales se da cuenta, podemos encontrar la presencia de distintos elementos que remiten a la valoración enfermera. Entre ellos, existen construcciones sintácticas que no explicitan las acciones mediante las cuales fueron recabados los datos consignados, si bien permiten suponerlas²⁸. Sin embargo, en este apartado nos centraremos en las intervenciones valorativas explícitas.

Encontramos en los registros que la forma más extendida de dar cuenta de la valoración realizada es a través de nominalizaciones. Por ejemplo, la acción de controlar los signos vitales es registrada como “control de signos vitales” –esto es, mediante un sustantivo en lugar de un verbo-. Estas construcciones, al desprenderse de las formas verbales centralizan la información en los aspectos descriptivos y en los resultados, frente a la narratividad y el proceso de la acción. Pero, por otro lado, si bien remiten a una acción o evento, no dan cuenta de los participantes de la misma; es nuestro conocimiento del mundo lo que nos permite suponer esa información, pero podría no ser la misma persona quien escribió el registro y quien realizó el control, por ejemplo.

No obstante, en los registros también vemos, en algunos casos, construcciones verbales agentivas, mediante las cuales la enfermera o el enfermero se presentan como responsables efectivos de las acciones realizadas. Por ejemplo:

- 12.11: “Valoro constantes vitales”,
- 12.25: “Realizo CSV”,
- 12.68: “Csv cierro balance total y parcial”,
- CC.7: “Observo avp permeable”, y
- CC.8: “Evalúo Glasgow” y “cierro balance”.

En estos casos, la acción cobra mayor relevancia, y quien escribe, a través de la primera persona, se constituye como agente que lleva a cabo el proceso.

Otra forma en la que se da cuenta de las intervenciones valorativas, es a través de construcciones con verbos en infinitivo – por ejemplo, “auscultar campos pulmonares” o “valorar sintomatología”-. Esto lo encontramos con frecuencia en la sección “Formulación DX prioritarios, planificación e intervenciones”. Esta situación trae dos inconvenientes. Por un lado,

²⁸ Por ejemplo, al enunciar “normocárdico”, podemos suponer la medición de la frecuencia cardíaca.

no resulta evidente si se trata de una acción efectivamente cumplida, ya que su forma sugiere antes una planificación. Para confirmar la realización de la acción consignada, debemos indagar en el resto del registro las intervenciones cumplidas (si hay otras referencias, resulta redundante, y si no las hay, insuficiente). Por el otro lado, en cuanto al aspecto que nos compete aquí –la agentividad-, las construcciones con verbos en infinitivo, al igual que ocurre con las nominalizaciones,²⁹ no da cuenta de los actores involucrados en la situación descrita, y, por lo tanto, enfermería no se asume agente inequívoco de la acción.

Vemos, entonces que, si bien en los registros, con respecto a enfermería, prevalecen las acciones valorativas, en muchos casos se recurre a construcciones que tienden a invisibilizar el papel de agente, y con ello diluyen su participación explícita y certera.

-Intervenciones

Además de las acciones valorativas comentadas en la sección anterior, encontramos en los registros distintas intervenciones de enfermería. Algunas de ellas responden a las indicaciones médicas y los aspectos terapéuticos, mientras que otras a aspectos del cuidado enfermero, ya sea de modo general y rutinario, o vinculado a necesidades específicas de la persona. En algunas ocasiones, estas intervenciones aparecen en construcciones impersonales –con “se”-.

Respecto de las intervenciones médico-terapéuticas, al igual que señalamos respecto de la valoración, encontramos oraciones con verbo conjugado, construcciones nominales y algunas construcciones con verbo en infinitivo:

Entre los primeros, podemos mencionar los siguientes enunciados: “realizo ECG”, “dejo vía intermitente heparinizada”, “administro tto farmacológico indicado”, “(tuvo un vómito alimenticio) lo constato”, “dejo con vcl”, “Adm tto”, “pregunto por risperidona”, “doy aviso a ESM”, “aviso a cirujano”, “cambio sachet”, “descarto”, “entrego ropa p/ cirugía y le explico las pautas de ingreso a quirófano”, “estimulo deambulacion fuera de la unidad”, “realizo curación plana”, “me comunico con voluntarios” y “aplico hielo”.

Ejemplos de los enunciados encontrados con formas nominales son: “tto indicado”, “escucha activa”, “puff”, “nbz” o “nebulizaciones”, “control de bienestar”, “oxigenoterapia”, “monitoreo continuo de saturometría” y “control drenaje aspirativo”.

²⁹ También encontramos nominalizaciones en el apartado “Formulación DX prioritarios, planificación e intervenciones”.

Finalmente, entre las construcciones en infinitivo encontramos: “educar al usuario ante sintomatología y dar aviso”, “valorar presencia o evolución de edemas”, “mantener la permeabilidad del AVP”, “mantener reposo moderado”, “continuar con oxigenoterapia”, “regular flujos según necesidad”, “estimular a que tosa” y “ubicar en posición semifowler y fowler”.

Algunos denominadores comunes que podemos detectar con mayor preeminencia, son las intervenciones vinculadas al tratamiento médico y a la dimensión biológica, el control de las constantes vitales y el cumplimiento de la medicación indicada (especificando incluso cuando no hay tratamiento farmacológico).

En síntesis, en los registros enfermería aparece como agente explícito en acciones vinculadas, principalmente, con “recibir” a la persona, realizar la valoración inicial y continua a lo largo del turno, efectuar diversos procedimientos orientados a cumplir las indicaciones médicas, administrar los tratamientos farmacológicos, atender los elementos terapéuticos invasivos y dar aviso al equipo médico en caso de alteraciones. Igualmente, aunque en menor medida, vemos acciones de cuidado que contemplan otros aspectos de la persona, como por ejemplo las necesidades educativas y del bienestar general. Sin embargo, en la escritura de los registros se tiende a recurrir a construcciones que anulan el papel de agente, lo cual reduce la asunción de responsabilidad del enfermero o la enfermera en el propio accionar.

A partir de lo señalado, vemos que en la construcción discursiva del propio accionar profesional, se revela una representación de la relación enfermería-persona subordinada a las indicaciones médicas, el tratamiento farmacológico, los elementos terapéuticos invasivos y la dimensión fisiológica de la persona, mientras que las acciones independientes de cuidado son minoritarias y en ocasiones no resulta evidente su cumplimiento efectivo.

6.3.2 La persona

Retomando la noción de agente como el participante que causa o realiza el evento, la persona se presenta como tal en construcciones verbales que remiten a acciones generales, actos comunicativos y, en limitados casos, a eventos que podemos reconocer como de autocuidado.

Además de las construcciones verbales, y como señalamos para el caso de enfermería, surgen en los registros múltiples elementos nominales y adjetivos que remiten a alguna acción realizada por la persona, pero centrándose, por ejemplo, en sus cualidades. Estas construcciones pueden remitir a acciones participativas por parte de la persona, pero en el discurso no se las representa como tales, por lo que no profundizaremos en ellas. Solo mencionaremos algunos ejemplos, a efectos ilustrativos: “comunicativo”, “ingesta oral”, “merienda”, “cena”, “diuresis en chata”, “colaboradora”, “buen descanso”, “movilización independiente”, “dialogo”, “higiene corporal adecuada”.

A su vez, existe un amplio uso de construcciones verbales en tercera persona del singular – “él/ella”-, pero que no dan cuenta de eventos que impliquen a la persona como participante activa. Se trata de enunciados que ubican a la persona como sujeto oracional, pero en los que no podemos interpretar al sujeto de cuidado como agente en los términos propuestos en la presente investigación, ya que se trata de eventos que remiten a procesos o estados que afectan a la persona pero que no conllevan una acción o una participación de la misma.

Mencionaremos brevemente algunos ejemplos, a efectos ilustrativos: “Abre los ojos”, “se queda tranquilo”, “no presenta cambios”, “se encuentra bajo vigilancia MCC”, “se encuentra conservando adecuada movilidad”, “queda en la unidad”, “continúa descansando”, “usuaria que desciende temperatura”, “recibió practica de kinesiología”, etc.

Entre las actividades de carácter general que representan a la persona como agente, podemos detectar gran cantidad de enunciados que dan cuenta de acciones cotidianas de satisfacción de necesidades básicas. Las mismas son relativas a la ingesta, la higiene y la movilidad (ver al respecto las necesidades pertinentes). Cuando la persona desarrolla estas actividades por sí misma y no se describen dificultades en su cumplimiento, estos enunciados construyen una representación del sujeto con cierta independencia básica para cumplir las actividades de la vida diaria, a veces como acciones puntuales, otras como acciones generales a lo largo del turno. Vinculados a esta interpretación, podríamos incluir también enunciados del tipo “se levanta de la cama se sienta a la orilla de su cama”.

Asimismo, en algunos registros encontramos a la persona como agente del ingreso al sector, en frases como “ingresa paciente”. Algo similar ocurre en los casos de cirugía en que “baja” o “sube”

de quirófano. Sin embargo, lo habitual en las instituciones hospitalarias es que estos traslados se realicen en compañía de personal sanitario y en la forma y momento que la institución disponga. Es decir que, si bien la persona aparece como agente del ingreso o del traslado hacia y desde el quirófano, podemos suponer que esta movilización no es, en principio, autónoma, sino subordinada a las indicaciones médicas y las normativas institucionales. En 12.19, encontramos, por su parte: “traído de la guardia por camillero”, enunciado que refleja un rol pasivo de la persona.

Entre los aspectos generales, podemos retomar el registro 12.51³⁰ analizado en 6.1. También cabe mencionar las distintas referencias a la ubicación y posición de la persona (“se encuentra”, “permanece”, “continúa en”, por ejemplo) que se hallan en los registros. Las mismas son frecuentes, si bien indican antes un estado, una locación o una continuidad pasiva, que acciones realizadas por la persona.

Finalmente, es dable mencionar dentro de este segmento del análisis las referencias a la colaboración y la obediencia o respuesta a las órdenes de enfermería, que ya hemos analizado previamente. Independientemente de que la persona aparezca en los registros como agente de estas acciones, se trata de eventos supeditados a enfermería, por lo que la representación de la persona en estos enunciados no es como autónoma, sino como subordinada en el proceso de atención.

Por otro lado, la participación activa de la persona también aparece a partir de enunciados que dan cuenta de los intercambios comunicativos entre enfermería y el sujeto de atención. Estos enunciados muchas veces remiten a una valoración descriptiva (como referencias al dolor o al descanso que ya analizamos en 6.1). Sin embargo, la interacción comunicativa también permite plasmar la voz de la persona en referencias a sus emociones, a su experiencia, a su voluntad, a sus necesidades y a algunas solicitudes. Son aspectos de su individualidad y sus vivencias, que permiten identificar en los registros una representación de la persona como un sujeto único e integral, revalorizando aspectos de su subjetividad y su autonomía. Si bien muchos de estos enunciados ya los hemos comentado en los segmentos previos de este análisis, para mayor claridad los recuperamos nuevamente a continuación:

³⁰ “7 hs paciente en unidad en reposo. Duerme./ 8 hs Despierta. A la espera de madre./ 8.30 hs ingresa madre, aviso a ESM, se retira de salida transitoria para tramite en banco./ 10.35 hs regresa de salida con madre. Aviso”

-12.24: “Refiere sentirse “menos enojada”, “no le gustó que la trajeran del otro hospital” y “refiere no acordarse los motivos de su internación”.

-CC.25: “Manifiesta ‘sentirse incomoda por dolor en piernas’ (...) Comenta que ‘que no durmió nada en la noche’ (...) Despierta con crisis de llanto por manifestar ‘sentirse una inútil porque no pudo mantenerse parada’ (...) Angustiada por manifestar ‘que le informaron que un hijo está preso en Roca’ (...) No ingiere desayuno por referir ‘que el yogurt le hace doler el estómago y la maicena está muy caliente’”.

-CC.26: “solicita papagayo y permanece sentado en la silla al costado de la cama, manifestó querer un cigarrillo los cuales están en su camisa (...) ‘refiere que no le coloque la cánula’ (...) ‘se niega a colocarse bigotera, refiere que no la necesita que puede respirar bien’”.

-12.26: “Responde que habló con la Dra... y acordaron que se dejara pinchar cuando venga su tía”. Aquí se evidencia la autonomía de la persona y su implicación en la terapéutica. “Se dejará” constituye una autorización por parte de ella como agente de decisión. Además, observamos un espacio de contención y acompañamiento familiar.

-12.43: “llora dice que su hijo cumple años en el mes de octubre pero no recuerda el día y le gustaría compartir ese día con él.”

-12.52: “no quiere que le tienda la cama ni tenderla tampoco”.

-CC.13: “dice que tiene frío y q no tiene ganas de bañarse hoy”.

-12.65: “Refiere haber descansado bien, aunque sufre constantes pesadillas (...) refiere dificultad para evacuar”.

-12.70: “pte que pide que salud mental la venga a ver ya que tiene pensamiento con suicidarse”

-12.72: “dice que se quiere matar, que se quiere ir de alta”.

-12.74: “Solicita permanecer en compañía para que la ayude a movilizarse”

-CC.3: “Refiere sentirse bien (...) Refiere que no quiere dializarse, tiene turno 9 hs”

-CC.10 “Refiere que usa audífono pero que no lo tiene porque se le rompió... Refiere que anoche no pudo dormir”

-CC.15: refiere “que tiene fobia de estar solo y encerrado.”

Dentro de los eventos comunicativos que se consignan en los registros, encontramos también enunciados como “responde al interrogatorio simple en forma coherente”, “se comunica verbalmente con enfermería”, “responde a indicaciones verbales” y “contesta sí o no”. Estos

plasman una representación de la interacción con la persona desde una evaluación funcional de la misma, y no como expresión de su subjetividad.

Finalmente, dentro del campo de sentido de la comunicación, también encontramos registros que consignan aspectos de la socialización, como es el caso de “sale al patio socializa con sus compañeros” o “conversa con su hermano”.

Por otro lado, con respecto al autocuidado como forma de participación activa de la persona en el proceso de salud-enfermedad, encontramos en los registros referencias al mismo en 12.2, 12.27 y 12.46. La inclusión del autocuidado como categoría teórica expresa una representación de la persona como agente y protagonista en el proceso de salud-enfermedad, pero las referencias consignadas en el corpus son poco específicas, de modo que no es posible interpretar el alcance e implicaciones de esa participación, y su especificidad con los motivos de internación en particular. Por lo tanto, la representación del rol activo y autónomo de la persona, en relación con el autocuidado, en estos casos se limita a una mera mención.

Sin embargo, también podemos interpretar como formas de autocuidado asentado en los registros el pedido de ayuda en 12.70, de acompañante en 12.74, la gestión de las terapéuticas como en CC.3 y en los casos de autogestión de la oxigenoterapia, que ya hemos analizado. El cumplimiento de las actividades de la vida diaria y la satisfacción de las necesidades básicas, son formas de autocuidado más generales.

Por último, respecto de oraciones del tipo “cumple tto farmacológico”, podemos pensar en una mayor implicancia de la persona en la terapéutica, en tanto el uso de la tercera persona del singular en la conjugación del verbo “cumplir” pareciera indicar que es la propia persona quien gestiona la mediación. Sin embargo, no resulta del todo claro si con “cumple” se hace referencia a la recepción pasiva de la medicación administrada por enfermería (es la práctica habitual), o si la persona gestiona su propia medicación.

6.3.3 Ambas (la persona y enfermería)

En esta categoría nos propusimos identificar acciones realizadas de manera cooperativa entre enfermería y la persona. Sin embargo, son pocos los enunciados que explicitan este tipo de intervenciones. Podemos mencionar los siguientes casos:

-12.11: “Colabora con la locomoción”. Enfermería se posiciona como actor principal de la acción y la persona en un papel secundario, de asistencia en su propia movilidad, lo cual deposita la compensación de la dependencia en agentes externos a ella misma. En todos los casos en los que se hace referencia a la “colaboración” de la persona, podemos inferir una acción de conjunto, pero las mismas no son registradas como tales, y la coparticipación se invisibiliza. En la dinámica enfermería-persona, la primera está representada como centro y la segunda como subordinada.

- Una situación similar ocurre en casos como “diuresis + en chata” o “diu+ en papagayo”. En estos ejemplos los enunciados se centran en el resultado y modo de un proceso fisiológico. Pero también invisibilizan la posible asistencia de enfermería u otro agente. Esto es, si la diuresis se cumplió en un orinal, existe la posibilidad de que la persona haya recibido asistencia, en mayor o menor medida, pero esa información no está presente en estos enunciados, con lo cual se pierde el sentido de acción en conjunto. Lo mismo podemos analizar respecto de enunciados como “baño general” o “baño en cama”.

-12.60: “Escucha activa”. Este elemento, que se plantea como una acción desde la perspectiva de enfermería (quien “escucha”), necesariamente es cooperativa, Se trata de una acción de cuidado independiente, que responde al diagnóstico de enfermería y que apunta a la necesidad psicosocial y a una intervención de tipo relacional. Sin embargo, no resulta claro si se trata de una planificación o de una intervención realizada. Depende su cumplimiento de la voluntad o necesidad comunicativa de la persona (que, por otra parte, es caracterizada como "poco comunicativa", en este caso).

Asimismo, podemos decir que todos los eventos comunicativos y educativos a los que se hace referencia entre enfermería y la persona, intrínsecamente conllevan una acción de conjunto, que es la propia comunicación, pero que no se explicita este aspecto.

-CC.11: “mantiene rotación con ayuda de enfermería”. En ese ejemplo, la situación está expresada desde un lugar de protagonismo de la persona como agente y de enfermería como asistente.

En virtud de lo que hemos señalado en esta sección, podemos afirmar que, en términos generales, y salvo algunos casos particulares, las acciones de conjunto entre enfermería y la persona no se ponen en relieve. La representación que subyace en los registros, es de una forma de cuidado enfermero que parte del profesional como agente principal, a la vez que se priorizan los resultados y descripciones sobre los procesos. No destaca una representación del cuidado como actividades de conjunto, sino que las acciones de enfermería y de la persona tienden a consignarse de manera independiente entre sí.

6.3.4 Otros

Debemos mencionar que en los registros de enfermería encontramos la intervención de diversos participantes en calidad de agentes, distintos de la persona y del personal de enfermería. No profundizaremos en ello, pero podemos referir la participación de kinesiología, medicina en sus distintas especialidades, farmacia, camilleros y agentes policiales. Además, en ocasiones vemos el acompañamiento y la participación familiar, como ya hemos mencionado.

Un caso particular 12.56 en 12.56: “18.40 hs vienen policías, médicos forenses, la revisan no avisan a Enfermería. Se llama a Dra... que venga y se le informa lo que está pasando”. La presencia de personal externo y vinculado a la Justicia aparece en el discurso como una intromisión, un avasallamiento a la institución, a enfermería y a la persona. El personal médico se constituye como autoridad ante esta irrupción.

6.3.5 Inespecífico

Bajo el apartado que hemos propuesto llamar “Inespecífico”, podemos incluir las construcciones impersonales³¹, halladas con frecuencia en nuestro corpus. Las mismas, en términos generales, responden a eventos que suponemos realizó la persona que escribe, pero el uso de este tipo de enunciados desdibuja la presencia del agente, y con ello la responsabilidad de la acción. Dado que el objetivo de esta categoría es reflexionar sobre la participación en las diferentes acciones consignadas en los registros, no profundizaremos. En todo caso, son acciones

³¹ Son ejemplos de estas construcciones: “se le avisa a (...)”, “se deja pasar a familiar”, “se le coloca oxígeno a bajo flujo”, “se toma muestra de (...)”, “se observa (...)”, “se lo acondiciona”, “se recibe”, “se realiza CSV”, “se brinda medios físicos”, “se realiza baño completo”, “se lo sienta al pie de la cama”, “se le ofrece agua”, etc.

del mismo tipo a las ya detalladas en el subapartado destinado a la acción de enfermería. Además, algunos de estos usos muestran un accionar sobre la persona, sobre su corporalidad (como en CC.26 “usuario que se le realiza tto según prescripción médica”).

El empleo de formas impersonales dificulta identificar efectivamente quién es responsable de la acción, como vemos en los casos 12.30 y 12.34 “se realiza baño prequirúrgico”. En 12.36 nos encontramos con el enunciado “se moviliza con ayuda”. Aquí, respecto de la movilizad, resulta inespecífico quién asiste. Si bien el agente principal es la persona, existe un segundo participante inespecífico.

Un caso particular es 12.71: “se despierta, refiere que se está ‘volviendo loca’, se altera, se levanta, sale afuera a fumar, toma mate. Deambula sin dificultad. 1.30 pte deambula por los pasillos. Comienza hablar con la pte de al lado..., buen dialogo, cuando la pte no le contesta, L se pone agresiva con ella le dice ‘por qué no me hablas’. Se llama a Salud Mental indica (...) Todo vía oral, ya que L no acepta inyectables. Se le da la medicación y se verifica que se la tome. La pte... es cambiada de cama”.

Aquí encontramos una secuencia narrativa en la que se recurre a las distintas construcciones mencionadas previamente. La persona es explicitada en su accionar a través de la tercera persona, al igual que el equipo de Salud Mental en el verbo “indica”, mientras que enfermería se diluye en las formas impersonales.

Con respecto a la persona, se desarrolla en detalle su comportamiento, incluyendo la vinculación con su compañera de habitación. La conducta de “L” es interpretada como agresiva, por lo que enfermería interviene de dos maneras. Por un lado, se da aviso al equipo médico como responsable, y en consecuencia se procede a la medicalización de la persona. Se tiene presente su autonomía en cuanto a la vía de administración farmacológica, pero se controla su cumplimiento. Si bien ella “se toma” la medicación, es bajo la supervisión y vigilancia del profesional. En segundo lugar, se implementa el cambio de habitación de la otra persona, inferimos, a efectos de su seguridad. En ese contexto, la persona surge como peligrosa.

6.4. Terapéutica

En esta categoría nos propusimos reconocer los aspectos médicos y de cuidado presentes en los registros. El análisis de estos elementos posibilita dimensionar la relevancia que se le otorga a

cada uno en el registro de las intervenciones profesionales, y con ello el lugar que la persona y sus necesidades ocupan en el marco de la atención sanitaria.

En relación a los aspectos médico-terapéuticos, quizás las manifestaciones más evidentes de los mismos son el diagnóstico médico (ubicado en general en el encabezado del registro, pero a veces también en el cuerpo) y las referencias a las indicaciones médicas. Si bien estos dos datos no parecieran ser extensos, son fundamentales. Esto es, primero, porque están presentes en todos los registros³², y segundo, porque las propias intervenciones de enfermería responden en gran medida a ellos, que fundamentan la internación y las terapéuticas.

Además de estos dos elementos – el diagnóstico médico y las indicaciones médicas - podemos incluir en esta categoría todos los enunciados que dan cuenta de la terapéutica médica (medicación, accesos venosos, sondas, oxígeno, dieta indicada, etc.) y también las intervenciones realizadas por el propio equipo médico. Estas últimas son fundamentales y directrices, y se reflejan en las intervenciones de enfermería, que responden a ellas. En este contexto, podemos apreciar en los registros cómo se desarrolla la dinámica equipo médicoenfermería, y una jerarquía que se replica en la relación enfermería-persona y que queda plasmada en los discursos de enfermería. Esta relación jerárquica transforma en prioridades el cumplimiento de las indicaciones y las prácticas institucionales, independientemente de las necesidades de cuidado individualizadas.

Por otro lado, en relación a los diagnósticos médicos, podemos resaltar dos casos particulares, presentes en los registros del Sector 12. En primero lugar, la referencia “caso social” como motivo de internación en 12.1, 12.2, 12.4 y 12.73. Esta denominación resulta poco específica y poco técnica, sugiere que la internación no se circunscribiría a un problema clínico puntual, si bien hay referencias a un tratamiento médico. El aspecto terapéutico farmacológico y de control de las funciones biológicas se destaca en estos registros. Similar ocurre en 12.39: “EPOC (caso social)”.

En segundo lugar, el Sector 12 alberga a las personas internadas, entre otras cosas, por afecciones vinculadas a la salud mental. Respecto de esto, podemos destacar que en la mayoría de los casos hallados en el corpus recopilado (12.17, 12.25, 12.26, 12.27, 12.42, 12.43, 12.44, 12.45, 12.50, 12.51, 12.52, 12.55, 12.57, 12.65, 12.69, 12.70, 12.71 y 12.72), se consigna en el

³² Si bien 12.3, 12.5, 12.6, 12.10, 12.12, 12.24, 12.30, 12.31, 12.47 y 12.54 no consignan directamente el diagnóstico médico, sí tienen referencias a la medicación y distintos elementos biomédicos.

diagnóstico simplemente “SM” –salud mental-. Se trata de una denominación general, muy amplia, que poco dice de la condición específica de la persona. De este modo, los trastornos referidos a la salud mental se ven englobados en una sola categoría, que en sí misma no es un diagnóstico propiamente dicho, sino un aspecto de la vida humana, una de las dimensiones de la esfera de la salud.

En algunos casos, además de la etiqueta “SM”, se aclara el padecimiento específico, por ejemplo en 12.28: “SM (esquizofrenia)”; en 12.53: “SM (descompensación psicótica)”; en 12.57: “SM (crisis de angustia)”; en 12.58: “crisis de angustia SM”; en 12.59: “SM (angustia/idea de muerte)”. Estas aclaraciones, si bien permiten identificar el padecimiento específico de la persona, de manera técnica, priorizan como principal la denominación general “salud mental”. No obstante, en tres casos se recurre directamente al diagnóstico médico propiamente dicho, presidiendo de la etiqueta “SM”: en 12.67: “hipoglucemia/ int. Suicidio”; en 12.23: “episodio psicomotriz” y en 12.60: “idea de muerte”.

Las denominaciones “caso social” y “salud mental” como motivos de la internación, reflejan una representación limitada, no técnica, de los aspectos vinculados a las dimensiones no físicas de la persona, entre ellos la salud mental. Podemos relacionar estos enunciados con el análisis realizado en el apartado correspondiente a la necesidad psicológica/ social/ espiritual 6.1.1-, en la cual advertimos que el espacio destinado a estas necesidades en los registros, contiene una valoración general, poco específica y poco técnica de las mismas. Esto sugiere una representación preconcebida básica y limitada de los aspectos psicosociales de la persona, y de la salud mental y sus enfermedades.

Con respecto a enfermería, como hemos ido señalando a lo largo de este análisis, en el registro de sus intervenciones prevalecen sobre todo los aspectos de valoración, medicación³³, el cumplimiento de las indicaciones médicas y las prácticas de enfermería dirigidas a los elementos invasivos-terapéuticos (como por ejemplo mantener permeable una un acceso venoso), a la movilización de la persona y a la asistencia en la higiene.

Podemos destacar que el aspecto terapéutico farmacológico y de control de las funciones biológicas sobresale, por sobre otras intervenciones. Incluso cuando no contamos con el diagnóstico médico en el registro en particular, o cuando este no corresponde a un problema

³³ Lo observamos en la administración de fármacos, pero también en su gestión. En 12.24 encontramos la observación “Pregunto por risperidona a deposito a ... refiere que está indicado pero es probable que fármaco lo traiga recién el lunes.”

específicamente clínico, igualmente se destaca el cumplimiento de una terapéutica como intervención esencial.

En algunos casos se consigna el enunciado “sin tto”, que refiere puntualmente a la medicación; en ese enunciado vemos una representación de la intervención terapéutica limitada a la medicación. Aquí, los aspectos terapéuticos se limitan a lo farmacológico, reforzando el enfoque fármaco-céntrico y subordinado a las indicaciones médicas del rol enfermero. Por otro lado, encontramos también en algunos registros el enunciado “sin tto farmacológico”; en ese caso la incorporación del adjetivo “farmacológico” permite clasificar al tratamiento en un tipo específico, abriendo en el discurso la posibilidad de otras formas de tratamiento posibles, aunque luego no se las consigne específicamente - más allá de las intervenciones médicas y enfermeras que en general se registren.

Por otro lado, si pensamos la intervención de enfermería desde las etapas del PAE – valoración, diagnóstico enfermero, planificación, intervenciones y evaluación-, cabe mencionar que la valoración consta de un mayor espacio disponible en el modelo de registro empleado que el resto de las etapas. La misma es más básica y sintética en el Sector 12, mientras que en CC es más detallada. De igual modo, en el Sector 12 no abundan los diagnósticos de enfermería, mientras que en CC la mayoría³⁴ de los registros presentan uno. Respecto de las intervenciones de enfermería, en el Sector 12 estas son más breves³⁵, mientras que, en general, en CC podemos encontrar un mayor registro de las mismas, si bien no siempre es posible precisar si se trata de acciones planificadas o efectivamente realizadas. Finalmente, la evaluación no tiene un desarrollo extenso en ninguno de los dos sectores, con variabilidad en su contenido y detalle.

Respecto de los diagnósticos de enfermería, particularmente, su incorporación responde a una visión y un accionar desde la autonomía profesional. Sin embargo, muchos de ellos derivan directamente del diagnóstico médico, es decir, de la patología en cuestión, y en algunos casos no hay consignados datos que sustenten la determinación del diagnóstico seleccionado. Además, las

³⁴ En CC se desarrolló el modelo empleado, como forma de darle implementación al PAE. Puede ser que por ello esté arraigada, y quizás exigida, la práctica del diagnóstico enfermero. Tratándose de un sector de alta complejidad, sin embargo, encontramos un solo diagnóstico por registro, cuando podría esperarse que varias necesidades estén ampliamente alteradas. El único registro que no consigna diagnóstico de enfermería es CC.19.

³⁵ Para este sector vemos en la sección “Formulación de DX de enfermería prioritarios, planificación e intervenciones”, de manera frecuente, referencias al control de signos vitales y el cumplimiento de la medicación, lo cual pareciera reducir la intervención de enfermería a una valoración básica de los parámetros fisiológicos esenciales y al cumplimiento de las indicaciones médicas.

evaluaciones no siempre son claras al respecto en relación al diagnóstico de enfermería enunciado. Abordaremos los diagnósticos con mayor detalle. Para ello, los agruparemos:

-Diagnósticos vinculados directamente a los procesos fisiopatológicos

En este grupo se encuentran la mayoría de los diagnósticos consignados en los registros. A efectos ilustrativos, mencionaremos solo algunos de ellos como ejemplo:

- 12.13: “Alt en la nec. Digestiva r/c proceso infeccioso”,
- 12.62: “Dificultad respiratoria r/c patología de base,
- CC.1: “Riesgo de descompensación hemodinámica r/c trastornos en la conductividad”,
- CC.2: “Falla en los mecanismos compensadores r/c falla cardíaca reagudización de su patología de base”,
- CC.12: “Niveles séricos de glucemia inestable r/c falla en los mecanismos compensadores”,
- CC.13: “Riesgo de descompensación hemodinámica r/c sobrecarga hídrica y proceso infeccioso pulmonar”.

Si bien no hemos consignado todos los diagnósticos de este tipo presentes en el corpus analizado, es dable mencionar que muchos de ellos son similares entre sí, lo que puede sugerir cierta uniformidad en el abordaje. Además, en algunos casos no se desprenden del registro datos que sustenten el problema consignado. Por ejemplo, en CC.12, no hay en el cuerpo del registro referencias al valor de la glucemia ni a su eventual corrección. La única intervención vinculada al diagnóstico enunciado, se encuentra en el apartado “Formulación de Dx de enfermería prioritarios, planificación e intervenciones” como “control de glucemias”. Por otro lado, en CC.12 sí se consignan otros datos alterados (hipertensión, taquicardia, taquipnea). Esta situación –que ilustramos con el ejemplo de CC.12, pero que se da también en otros registros- sugiere una dependencia de los aspectos patológicos y de los diagnósticos médicos al momento de priorizar un problema de cuidado y consignar un diagnóstico de enfermería. Con ello, la representación de la persona se ve medicalizada, como cuerpo enfermo que necesita una intervención médica, y no como sujeto con necesidades de cuidado profesional.

-Diagnósticos vinculados a elementos biomédicos.

- CC.21: “alteración en la respiración r/c vía aérea artificial TQT”,
- CC.22: “limpieza ineficaz de VAS r/c vía aérea artificial (TQT)”, y
- CC.23: “limpieza ineficaz de vía aérea r/c presencia de secreciones y cuerpo extraño (TQT)”.

En estos casos, podemos reflexionar lo mismo que hemos señalado para el grupo anterior, es decir, que las necesidades de asistencia de la persona están representadas prioritariamente a partir de aspectos médico-invasivos y la injerencia de los mismos en los procesos fisiológicos, por sobre las necesidades de cuidado integral. Con ello no sólo se reduce la representación de la persona como sujeto de cuidado, sino también del propio rol profesional.

-Diagnósticos vinculados al bienestar y la dimensión psicológica

- 12.15 y 12.55: “Ansiedad r/c internación”.

En este ejemplo, el diagnóstico de enfermería apunta a las necesidades psicosociales y a la consideración de la vivencia de la persona en la internación. Sin embargo, en ninguno de los dos casos se consignan datos que sustente la “ansiedad” (en ambos, incluso, encontramos la expresión “tranquilo”), ni intervenciones específicas destinadas a reducir la misma. Tampoco se realiza una evaluación al respecto –esto sería, si en el transcurso del turno la “ansiedad” como problema se mantuvo, se redujo o aumentó-. Estas inconsistencias ponen en duda la validez del diagnóstico enfermero, no solo en su veracidad o pertinencia, sino también en la relevancia que el propio profesional le da en el marco de su intervención, reforzando el enfoque fármaco-céntrico y subordinado a las indicaciones médicas.

- 12.58 “Reposo r/c sufrimiento emocional”.

En este caso, considerar el reposo como un problema³⁶ resulta anómalo, siendo muchas veces el reposo parte de la terapéutica y una circunstancia habitual en la internación. Quizás con “reposo” quiera hacerse referencia a un desgano excesivo por parte de la persona, pero ese significado no está incluido en el vocablo utilizado, lo que muestra una selección léxica poco

³⁶ La fórmula del diagnóstico de enfermería es: “problema” *relacionado con* “causa”.

técnica e inespecífica. Además, no hay datos en la valoración que expliciten el reposo, ya que una sola vez se refiere que la persona está acostada, sin precisar horario ni duración de esta situación. Con respecto al “sufrimiento emocional”, este elemento puede surgir del motivo de internación - “crisis de angustia SM”- y del enunciado “pcte que presenta episodios de llanto” en la necesidad neurológica.

Por otro lado, en el registro no se consignan acciones de enfermería (ni de otro tipo) orientadas a este diagnóstico, salvo que consideremos la medicación como intervención específica hacia el “sufrimiento emocional”, lo cual sigue revelando un enfoque fármaco-céntrico y una representación medicalizada de la dimensión psicológica de la persona. Finalmente, en el lugar de la evaluación, se hace una observación final de la ubicación y acompañamiento de la persona, aclarando que la custodia no es permanente, pero sin decir nada respecto del estado anímico.

- 12.60 “Det. en la nec. psicológica r/c angustia”.

En este caso, el problema detectado, *deterioro en la necesidad psicológica*, es de carácter general, y nuevamente no hay datos en el cuerpo del registro que lo sustenten. Podemos decir que se vincula más directamente con el motivo de internación -“CH-idea de muerte”-, que con la valoración enfermera consignada. A su vez, es dable destacar que, a diferencia de los ejemplos anteriores, en la sección del registro destinada a la “planificación e intervenciones”, se enuncian dos elementos, “escucha activa” y “acompañamiento familiar”, de carácter relacional, no médico-farmacológicos. Si bien su ubicación en el registro y su nominalización no permiten confirmar su realización efectiva (sí sabemos que hay acompañamiento).

-*Otros*

- CC.24: “déficit del autocuidado R/C movilidad reducida secundaria a estado estuporoso”.

Este diagnóstico, a diferencia de los anteriores, no se desprende de una patología o de un elemento externo, sino que considera la globalidad de la persona en cuanto a la satisfacción de las propias necesidades, apuntando de manera más directa a su nivel de independencia o dependencia. Con ello, vemos una mayor aproximación desde la perspectiva del cuidado enfermero, que desde lo fisiopatológico, y una representación de la persona en su integralidad.

- 12.31: Dolor r/c proceso quirúrgico.

Finalmente, podemos destacar que este diagnóstico sí se desprende de la valoración realizada³⁷. Sin embargo, no surge en el registro ni una planificación ni intervenciones específicas destinadas a mitigar el dolor. Lo consideramos a parte en el presente análisis porque, si bien se relaciona con los procesos médicos y fisiopatológico, aborda un problema manifestado por la persona, sintomatológico y que repercute directamente sobre su bienestar global y su vivencia. En la necesidad cardiovascular se realiza un seguimiento de este problema (“paciente sin dolor”).

Por otro lado, cabe mencionar que muchas veces cuando se consignan datos alterados en la valoración o diagnósticos de enfermería, no se desprenden de ellos acciones de enfermería específicas, o se enuncia como única intervención el hecho de dar aviso al equipo médico interviniente. No obstante, si bien no se consignan intervenciones específicas, en algunos casos encontramos registrado un seguimiento del signo, síntoma o situación detectada. Asimismo, la relación entre el diagnóstico y las acciones propuestas o realizadas y el seguimiento de los resultados, es variable. En muchos casos no se consigna una evaluación, y las acciones son más bien generales.

Si bien, como ya hemos mencionamos a lo largo del presente análisis, en las representaciones presentes en los registros recopilados las intervenciones enfermeras dependen en gran medida de las indicaciones médicas, podemos recuperar acciones de cuidado específicas, no dependientes de la farmacología ni de las indicaciones. Además de las actividades detalladas en el análisis de la categoría “Participación” -6.3.1-, podemos mencionar:

- 12.21: “se brindan medios físicos”,
- 12.24: “refiere necesitar elementos de higiene. Me comunico con voluntarios”,
- 12.47: “entrego ropa p/ cirugía y le explico las pautas de ingreso a quirófano”,
- 12.65: “estimulo deambulacion fuera de la cama”,
- CC.1, CC.5 y CC.6: “Educar al usuario ante sintomatología y dar aviso”,

³⁷ Curiosamente, en este registro no se consigna el diagnóstico médico en el encabezado. La única mención directa al proceso quirúrgico está en el diagnóstico de enfermería.

- CC.10: “se constata sitio de punción sin signos de flebitis y permeable”, “estimular a que tosa” y “se le cambia ropa de cama” y

- CC.14: “se pinza sonda para que pueda desayunar” y “se le ayuda a desayunar”.

En el caso de 12.21, a modo de ejemplo, observamos, en el apartado destinado a la necesidad “cardiovascular/ termorregulación”, la siguiente valoración:

“22:30 hs se realiza CSV pcte febril 39,2 °C, normofígmico, normotenso, se avisa a Dr. Clínico médico.

00:30 hs pcte continúa febril 37,9”.

Aquí, en relación al signo alterado, enfermería actúa en principio dando aviso al equipo médico y realizando el seguimiento de la temperatura. Posteriormente, en la sección “Formulación DX enfermería prioritarios, planificación e intervenciones”, constan los enunciados:

“CSV. Tto indicado. Se brinda medios físicos.

*Siendo las 05:40 pcte febril, no se encuentra a médico clínico.

05:45 hs Se comunica Dr. de clínica se administra 1 comp. dipirona”.

Nuevamente, enfermería emprende dos tipos de acciones. Por un lado, reitera el aviso al médico correspondiente, dejando constancia cuando no se lo encuentra. El médico aparece como último responsable y autoridad terapéutica. Por el otro lado, y pareciera de manera autónoma, recurre a medios físicos para mitigar el aumento de la temperatura corporal, con lo cual se observa en el registro una apertura no solo al cuidado enfermero, sino a también a recursos terapéuticos por fuera de la farmacología. Sin embargo, esta práctica no es precisa en su momento ni modo de aplicación, y al final, bajo la autoridad del médico, se acaba recurriendo a la solución farmacológica.

En síntesis, vemos que en los registros prevalece una representación de la persona como receptora de la terapéutica médica farmacológica, que se apunta al mantenimiento de las funciones fisiológicas y a combatir la enfermedad (enfoque clínico patológico), con una amplia dependencia de enfermería del accionar médico. No obstante, es posible detectar, en menor medida, en los enunciados una representación de la persona como receptora de cuidados profesionales y de las intervenciones autónomas de enfermería.

6.5 Individualidad y uniformidad

Los registros del corpus analizado responden a un determinado género discursivo³⁸, por lo cual, además del contenido, su estructura y estilo son similares. Esta característica permite detectar una homogeneidad en las formas y los datos consignados, lo cual, a su vez, muestra cierta uniformidad en la contemplación de la persona y sus características. Lo observamos, por ejemplo, en las descripciones similares y enfocadas en los mismos parámetros, tanto a nivel fisiológico, como anímico y actitudinal (“tranquilo”, “colaborador”, “comunicativo”, etc.), revelando en cierto modo un “modelo de paciente” que cumpla con esas características. Podemos señalar, además, que las mismas hacen a cierta docilidad de la persona y a su carácter más pasivo.

La prevalencia de lo fisiológico refuerza la uniformidad en la valoración. Pero, también, podemos verla en las intervenciones. Es decir, si las descripciones se asemejan, también lo hacen los abordajes realizados por el o la profesional (control de signos vitales y medicación, por ejemplo). Del mismo modo, la reiteración de las descripciones locativas y de algunas de las actividades de la persona (“se encuentra en su unidad”, “descansando”, “deambula en la unidad”, “deambula en el pasillo interno”, “conversa” y “recibe visitas”, por ejemplo), construyen un marco en el que las personas, además de ser, comportarse y tener experiencias de internación similares, y de requerir intervenciones similares, incluso realizan siempre las mismas actividades. Podemos reflexionar, en esta línea, sobre la generalidad del diagnóstico “salud mental” analizada en 6.4, como representación uniformada de las personas con afecciones de la salud mental.

Asimismo, cabe agregar a estos elementos aspectos y prácticas institucionales rutinizados, como en los siguientes casos:

- 12.47: “entrego ropa p cirugía y le explico las pautas de ingreso a quirófano” (en relación a las normativas del sector Quirófano).

-12.52: “no quiere que le tienda la cama ni tenderla él”. En este caso, se implica que la cama debe ser tendida, en el momento en que enfermería dispone. Similar ocurre en CC.13: “dice que tiene frío y que no tiene ganas de bañarse hoy”, enunciado que revela una rutina hospitalaria vinculada al baño y gestionada por enfermería.

³⁸ Los géneros discursivos son tipos textuales determinados por su estructura, su estilo y sus temas, y por una relativa estabilidad en el tiempo de estos elementos (Bajtin, 1979/1998). En este sentido, el “registros de enfermería” constituye un género discursivo particular.

-CC.25: “no ingiere desayuno por referir ‘que el yogurt le hace doler el estómago y la maicena está muy caliente’” e “ingesta escasa de almuerzo con asistencia de familiar”. En este caso podemos reconocer, por un lado, cómo los momentos de ingesta no son individualizados, sino que responden a una organización institucional y a una generalización -que todas las personas comen la misma cantidad de veces al día, en los mismos horarios-. Esto lo observamos también en los alimentos en sí, estandarizados en su contenido, y posiblemente también en sus porciones, variando en función de la dieta indicada por el equipo médico. La idea de “ingesta escasa”, deviene de la cantidad ingerida en base a la porción administrada.

-CC. 2: “se lo despierta para control”, CC.10: “se lo despierta”, CC.11: “dormida reactiva al llamado de enfermería al despertarla”, CC.6: “usuaria despierta a estímulos luego continúa descansando” y CC.26: “20 hs se lo intenta despertar pero se encuentra bajo sueño profundo”. En estos enunciados podemos ver una rutina determinada por los tiempos y la organización institucional y profesional, que se imponen sobre el ritmo de sueño-vigilia propio de cada persona, lo que constituye una forma de homogenización de las personas en sus ritmos diarios.

-CC.27: “No se realiza ECG de ingreso dado que presenta un electrocardiograma reciente realizado en guardia del mismo nosocomio.” En este caso, la justificación de no realizar el electrocardiograma sugiere una práctica rutinaria generalizada de ingreso al sector de CC.

-CC.26: “sin micción por el momento. Se le avisa a la Dra... y se le consulta colocar sonda vesical por lo que manifiesta que el paciente esta negado a todo procedimiento invasivo que lo deje así que él en su momento se despertará y pedirá orinal”. Al respecto, ver lo analizado en 6.1.5.

-Protocolos institucionales de intervención, como surge en CC.17: “hiperglucemia, corrección tabla 2.”

Las generalidades, la imposición de rutinas y los protocolos institucionales, develan en los registros una representación uniformada y uniformadora de las personas. Es decir, que en la construcción discursiva respecto de la persona de cuidado, se vislumbra, por un lado, un preconceito generalizador de las características, comportamientos y rutinas cotidianas de las personas, y por el otro, una expectativa o exigencia sobre el sujeto de cuidado, de sujeción a las prácticas institucionales. En esta representación, la persona aparece subordinada a la organización institucional y normalizada en la internación. Esto último será profundizado en la sección 6.6.

Estas observaciones no quieren decir que un registro sea completamente idéntico al otro, ya que existen particularidades referidas al procesos fisiopatológico que lleva cada persona en particular y otros elementos como la presencia de familiares, la movilidad independiente o dependiente, si ingiere o no los alimentos, la calidad del descanso, etc. No obstante, se trata de situaciones representadas como universales en los registros, con cierto grado de variabilidad individual en su realización.

Sin embargo, a pesar de las generalidades referidas, la individualidad de la persona sujeto de cuidado también está presente en los registros. La vemos, por ejemplo, en los enunciados citados previamente de 12.52, CC.25 y CC.13, en los que surge la voluntad de la persona frente a estas prácticas rutinarias. Para pensar la individualidad manifiesta en nuestro corpus de registros, tomaremos como referencia de ello principalmente las siguientes situaciones:

- Cuando en los registros se citan las palabras de la persona para profundizaren su vivencia y voluntad.

- Referencias a las emociones de la persona.

- Autonomía de la persona frente a los tratamientos y a las intervenciones en general.

Repetimos a continuación solo algunos de los ejemplos de enunciados que dan cuenta de la individualidad de la persona:

En 12.24: “refiere no acordarse los motivos de su internación” y “refiere necesitar elementos de higiene”; en 12.26: “responde que habló con la Dra... y que acordaron que se dejará pinchar cuando venga su tía.”; 12.65: “refiere haber descansado bien, aunque sufre constantemente de pesadillas”; en, 12.67: “refiere angustia por la situación que vive”; en, 12.70: “18 hs pte que pide que salud mental la venga a ver ya que tiene pensamiento con suicidarse.”; en, 12.24: “refiere sentirse “menos enojada” y “no le gustó que la trajeran del otro hospital para acá”; en, 12.43: “llora, dice que su hijo cumple años en el mes de octubre pero no recuerda el día y le gustaría compartir ese día con él”; CC.3: “se lo observa negativo al tratamiento... refiere que no quiere dializarse”; en, 12.63: “se coloca el mismo según necesidad”.

En síntesis, podemos decir que el análisis discursivo del corpus recopilado permitió detectar una categoría emergente. En la misma, identificamos una representación de la persona, por un lado, como homogénea con sus pares. Esto es, los sujetos son evaluados como semejantes en sus

características y comportamientos a partir de un concepto de “deber ser” de la persona internada, y en un contexto de subordinación a las rutinas y a las prácticas institucionales generalizadas, las cuales normalizan y uniformizan la experiencia humana en el contexto hospitalario. Pero también detectamos, en menor medida, enunciados que construyen discursivamente la individualidad de la persona como ser único, en su autonomía y en sus vivencias.

6.6 La observación permanente

A lo largo del análisis realizando, pudimos observar cierta tendencia en los registros de ambos sectores a dar cuenta de la ubicación de la persona y su actividad, ya sea al inicio, al fin, y/o durante el turno. Además, encontramos (principalmente en CC, pero también en algunos casos del Sector 12) un seguimiento de la persona a lo largo del turno³⁹ en relación con su estado general, ubicación y actividad. Estos elementos presentan un cuadro en el que enfermería se constituye como un ojo observador permanente sobre el sujeto de atención, no solo en relación a aspectos atinentes a la necesidad de cuidado y asistencia, al cumplimiento de la terapéutica o la preservación de la vida, sino también al comportamiento general de la persona. Podemos sumar a ello la constancia de la presencia de otras personas ajenas a enfermería y a la institución (familiares, otros profesionales, policía, forenses).

Es posible interpretar este contenido presente en los registros en el sentido de vigilancia que propone Foucault (1975/2002). Sin pretender realizar un abordaje en profundidad del pensamiento de este autor, podemos decir que el mismo propone que en las instituciones “de encierro” (como las cárceles, escuelas, fábricas y hospitales), operan mecanismos de disciplinamiento destinados a modelar a los individuos en función de ciertas formas construidas de la “normalidad”. En cada caso habrá elementos que definan la norma e identifiquen a los individuos que se apartan de la misma, habilitando sanciones que corrijan la desviación. El disciplinamiento se vuelve una forma extensa e invisible del ejercicio del poder.

³⁹ Consignamos dos ejemplos a efectos ilustrativos: 12.4: “15 hs pte en su unidad tranquilo despierto. Csv estable. 18 hs pte en su unidad charlando. 20 hs pte cenando. 21 hs pte en su unidad” y CC.1: “8:00 hs Usuario de contextura obesa que moviliza sus extremidades sin dificultad, al examen físico presenta sudoración fría, palidez generalizada, edemas en miembros superiores e inferiores, no presenta lesiones en la piel. 10:00 hs: usuario que se encuentra en reposo en su unidad en posición semifowler. 12:00 hs: Usuario que se sienta al borde de la cama. 00 hs: Queda en su unidad en posición semifowler”.

Un elemento central del mecanismo disciplinario, está en la vigilancia permanente (o virtualmente permanente). Foucault explica esto a través de la figura del panóptico, ese elemento que permite al vigilante observar sin ser visto. El sujeto vigilado, que no sabe si lo están observando o no, pero sabe que siempre puede ser observado, modela su conducta en razón de ello. Si bien en el contexto hospitalario la persona en general puede saber cuándo la están mirando y cuándo no, la observación del personal de enfermería es una constante. La misma hace que los individuos tiendan a comportarse según lo esperado, cumplan las indicaciones y se ajusten a un determinado rol.

Foucault señala, además, que el examen médico (podríamos agregar la valoración enfermera), también opera dentro de este mecanismo de disciplinamiento, como forma de determinar lo “normal” o “anormal” en los individuos, e incluso clasificarlos y agruparlos en función de ello. En los registros del corpus analizado, vemos que enfermería cumple estas funciones de evaluación continua y observación permanente.

Lo normativo determina qué consideramos sano o enfermo en un momento dado. Pero podemos pensar, también, que en la dinámica de la atención sanitaria hay un modelo de “paciente”, es decir, una serie de características y comportamientos construidos y esperados de la persona que requiere asistencia sanitaria, que forman parte de la *norma*. Enfermería, en su valoración, da cuenta de estos elementos, registrando aquellos que corresponden con ese rol de “paciente/usuario”, y aquellos que no. Lo vemos, como ya hemos comentado, en el extenso registro de los aspectos “colaborador/a”, “tranquilo/a” y “comunicativa/o”. Incluso, cuando la persona se aparta de este comportamiento, su valoración se consigna en términos negativos, pero manteniendo estas características como referencia (por ejemplo, “intranquila” o “poco comunicativa”). Hemos visto, también, que cuando el incumplimiento de estos aspectos deviene de un impedimento físico, ello es detallado, centrándose el enunciado a nivel informativo en la “falta” de la persona hacia el requerimiento institucional, por sobre el requerimiento de la propia persona.

También cabe pensar el cumplimiento de la terapéutica en términos normativos, como hemos reflexionado en las secciones precedentes con respecto a la autonomía del sujeto de cuidado. Cuando se consigna que la persona “está negado a...” o que “accede a...”, hay una valoración de este parámetro desde lo “normal”, esperable (cumplir con el tratamiento) y lo “anormal”

(negarse al mismo). Se vincula con esta norma la caracterización de “malos pacientes” y “buenos pacientes” explicada por Clara Valverde (2007)⁴⁰.

A su vez, resulta pertinente resaltar un párrafo en el que Foucault relata los procedimientos en situación de cuarentena, que recuerda al sistema hospitalario⁴¹:

Este espacio cerrado, recortado, vigilado, en todos sus puntos, en el que los individuos están insertos en un lugar fijo, en el que los menores movimientos se hallan controlados, en el que todos los acontecimientos están registrados, en el que un trabajo ininterrumpido de escritura une el centro y la periferia, en el que el poder se ejerce por entero, de acuerdo con una figura jerárquica continua, en el que cada individuo está constantemente localizado, examinado y distribuido entre los vivos, los enfermos y los muertos —todo esto constituye un modelo compacto del dispositivo disciplinario (p. 182).

Vemos que, en la relación de poder, enfermería se constituye como un vigilante y la persona un sujeto vigilado. Los registros de enfermería sirven para dar cuenta de esa vigilancia y del “examen” de la persona, realizado por los y las profesionales. En este esquema, la persona, en su rol de enferma-internada, está normalizada (quizás podríamos decir también, disciplinada). Incluso es posible retomar las prácticas institucionalizadas que analizamos en 6.5 como parte del dispositivo normalizador. Cumplir con las indicaciones, los procedimientos y las rutinas hospitalarias, determinar cuándo la persona debe despertarse, comer, higienizarse y recibir visitas, imponer un ritmo a las necesidades básicas de la vida cotidiana, constituyen formas de normalizar la experiencia de salud-enfermedad y el comportamiento de las personas. Es decir, que en la representación de la persona presente en los registros de enfermería, nos encontramos con un sujeto de cuidado normalizado y disciplinado, juzgado a partir de una determinada norma - funcional a las relaciones de poder tradicionales- en su rol dentro de la institución hospitalaria.

7. Conclusiones

⁴⁰ Ver al respecto las consideraciones realizadas en 6.1.1 página 37.

⁴¹ Aquí Foucault habla del sistema de cuarentena desplegado ante la peste a fines del XVIII. Es cierto que diferencia esta forma de disciplinamiento con el panóptico, en parte en cuanto a que el primero responde a un estado de excepción, y el segundo a una estructura generalizada. No obstante, esta descripción recuerda al contexto hospitalario, en el cual quizás se combinen distintos dispositivos de disciplinamiento.

A partir del análisis realizado, hemos podido identificar distintos elementos que componen las representaciones sociales de la persona receptora de los cuidados enfermeros, presentes en los registros de enfermería. Las mismas no son uniformes, sino caleidoscópicas, y revelan la complejidad del ser humano y de las relaciones entre la persona, los agentes de salud y la institución.

En primer lugar, la persona surge como una entidad eminentemente biológica, patologizada y medicalizada. Además, se encuentra vigilada y normalizada en un rol de subordinación frente a los y las profesionales de la salud. En esta línea, la persona parece homogénea en relación a sus pares, paciente, pasiva y dócil. La experiencia de la internación y del proceso salud-enfermedad se enmarca en la implementación de terapéuticas farmacológicas e invasivas dirigidas a la enfermedad. La participación de la persona en este proceso implica la recepción del tratamiento y el cumplimiento de las rutinas cotidianas determinadas por la institución. Se interviene sobre su cuerpo y se la evalúa en función de un modelo de corporalidad, de sociabilidad, de pautas de higiene y de funcionalidad fisiológica. Además, se la despersonaliza al traspasarla discursivamente en cada cambio de turno de un profesional al otro. Los aspectos no físicos de la persona no son tenidos en cuenta (como lo espiritual), son contemplados desde la fisiología (como pensar lo comunicativo desde lo neurológico) o son abordados de manera general, básica y poco técnica, incluso desde los padecimientos vinculados a estos aspectos (como la salud mental). Asimismo, la persona aparece en los registros como el eslabón final de una cadena de poder (equipo médico- enfermería –persona).

En segundo lugar, la persona también es enunciada como sujeto de cuidado. Además de su dimensión biofísica, en los registros de enfermería emanan sus emociones y pensamientos, su vivencia en la internación y en la enfermedad, y aspectos de su vida extra hospitalaria. Es representada como un ser individual, con necesidades particulares, algunas vinculadas a la enfermedad y la terapéutica, pero otras no. La persona es quien requiere asistencia, y para ello dispone del equipo de salud, pero también de su entorno afectivo. Como sujeto pertenece a un grupo familiar que aparece representado como un agente participativo en el cuidado, si bien de manera básica, que acompaña, cuida y asiste a la persona. La misma es también autónoma, decide sobre el tratamiento, las prácticas invasivas y las rutinas hospitalarias, expresa su voluntad y solicita ayuda cuando la necesita. Los roles de poder se cuestionan y se busca renombrar el papel tradicional de paciente.

Si bien estas visiones parecieran contrapuestas, las mismas se enlazan y combinan a lo largo del corpus analizado. No son absolutas, sino que son matices de las complejas representaciones que plasman en los registros las enfermeras y los enfermeros, que devienen históricamente desde la construcción profesional, las pautas y prácticas institucionales, y las construcciones que el género discursivo-registro de enfermería- reproduce y perpetúa. Si bien las características reunidas en las representaciones del primer grupo son las que surgen de manera más extensa y contundente, en los registros también emerge, a veces sutilmente, a veces con mayor ímpetu, el cuestionamiento a los roles tradicionales, el desplazamiento en pos de abarcar las necesidades humanas de manera más amplia y el respeto por la autonomía de la persona, principalmente.

Algunos de los elementos que hemos detectado coinciden con el análisis realizado por Tarruella Farre (2011). Esta autora señala que en su investigación con frecuencia no se encontró referencias a los aspectos no físicos de la persona, la respuesta humana al proceso de salud- enfermedad y la interacción enfermería- persona. Con ello, se limita la visión holística de la misma. Tarruella Farre explica que cuando se registran aspectos no físicos, no hay profundización en su abordaje, y que estos “se limitan, sobre todo, a si está tranquilo o si está acompañado” (p. 285). Además, en los eventos registrados se utilizan construcciones pasivas que tienden a centralizar el objeto por sobre el agente, cuando este es la persona. En este sentido, no surge del corpus analizado por esta autora la constitución de una relación terapéutica con la persona. Las conclusiones expresadas por Tarruella Farre en su investigación se corresponden con el primer grupo de representaciones que hemos consignado en los párrafos precedentes.

Por otro lado, en la tesis doctoral de Francisco del Rey (2008), como explicamos en la reseña realizada en el estado del arte, entre los resultados obtenidos por esta autora surge que la población estudiada concibe a la persona, principalmente, como “compuesta por aspectos físicos, intelectuales y emocionales, con necesidades fisiológicas y psicológicas y con la capacidad y responsabilidad para decidir” (p. 287). Estos elementos también los hemos detectado en las representaciones de la persona presentes en los registros de enfermería, pero no de manera principal.

Vinculando la investigación de Francisco del Rey con los resultados obtenidos en la presente Tesis, es dable reflexionar sobre una posible distancia entre lo que de manera consciente opina o selecciona el personal de enfermería ante la pregunta sobre cómo se concibe a la persona sujeto

de cuidado, y las representaciones que subyacen en los discursos y que se reproducen en el registro como género discursivo. Nuestras reflexiones encuentran múltiples aspectos que coinciden con ambas investigaciones citadas, mostrando la complejidad y diversidad de las representaciones sociales de la persona.

A su vez, podemos observar una distancia entre nuestros hallazgos y las premisas teóricas que aportan las teorías de enfermería. La definición de persona como ser único e integral, histórico, integrado en un medio cultural y social determinante y como agente activo y decisor en sus procesos vitales, no refleja la totalidad de las representaciones sociales halladas en la presente investigación sobre ella, lo que muestra que los antiguos paradigmas presentes en la historia de las ciencias de la salud aún no están por completo superados, e incluso prevalecen en los discursos de los y las profesionales.

Además, la generalidad y la falta de contenido técnico que señalamos oportunamente para la descripción de los aspectos no físicos de la persona, sugieren que el personal de enfermería recurre a preconceptos al momento de posicionarse frente al sujeto de cuidado y de realizar la valoración y las intervenciones. En este sentido, en el ejercicio profesional y en la vinculación con la persona integral e individual, se basan antes en nociones prejuiciadas pre-profesionales que en la teoría de enfermería. Esto es, que para algunas situaciones se valen de una forma de conocimiento previa y externa a la formación profesional.

Indagar sobre las representaciones sociales de la persona en los registros permite reflexionar sobre el posicionamiento profesional frente al sujeto de cuidado, comprenderlo, cuestionarlo y trabajar sobre él en beneficio de la relación terapéutica y de la especificidad del cuidado enfermero. Afirma Francisco del Rey (2008) que “concebir así a la persona orienta una manera de tratarla y de ofrecerle los cuidados, que potencia su participación en el proceso” (p. 301). Esto es, conocer las representaciones que subyacen en los discursos es un primer paso para reflexionar sobre las prácticas concretas y las representaciones que se replican en el ejercicio profesional, y con ello mejorar la relación terapéutica y el cuidado en general.

El análisis realizado en la presente investigación, asimismo, permite reflexionar sobre el propio proceso de escritura, las estructuras discursivas que se emplean y la información que se deja asentada, a fines de mejorar la calidad del registro, su adecuación ética y legal, su utilidad en la

continuidad del cuidado e incluso hacer un uso más eficiente del tiempo y el espacio destinados a esta tarea. Además, posibilita poder decidir qué representaciones se quiere perpetuar, y cuáles se deben transformar. Es decir, al identificar las representaciones presentes en los discursos es posible problematizar, por ejemplo, la selección léxica realizada o la replicación de frases hechas de uso típico que sostienen una determinada imagen de la persona; así, no solo las enfermeras y enfermeros podrían tener una mayor conciencia de la representación del sujeto de cuidado que quieren replicar, sino que también pueden hacer un uso más eficiente del tiempo de escritura y comunicación.

Por otro lado, como mencionamos en los párrafos precedentes, el presente análisis permite una primera aproximación al problema de la correspondencia entre la teoría y el ejercicio profesional. La persona como sujeto de cuidado constituye a nivel teórico un concepto fundamental para la ciencia enfermera, es parte del metaparadigma disciplinar y se vincula directamente con la concepción de cuidado y del propio rol profesional. En este sentido, observamos en el corpus analizado una disonancia entre la teoría y la práctica.

Las representaciones halladas en esta investigación son heterogéneas, y dan cuenta de la complejidad de la persona como sujeto holístico. Visibilizar las representaciones presentes en los discursos y profundizar la apropiación de los aportes de las teorías de enfermería, permite emprender una deconstrucción de las representaciones más tradicionales y hegemónicas, del rol asumido por enfermería y asignado a la persona en la relación individual, pero también a nivel institucional. Esto es, la posibilidad de un cambio estructural en los posicionamientos profesionales frente a la persona, y de contribuir a una teoría enfermera que parta de la realidad empírica, a fines de construir una práctica de cuidado profesional, autónoma y, principalmente, centrada en la persona.

Glosario de términos de Enfermería

- Autocuidado: es “una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar” (Alligood y Tomey, 2011, p. 274). Incluye las acciones que realiza la persona a fin de preservar o recuperar su salud integral.
- Dependencia, independencia: En la teoría de Virginia Henderson, cuando hablamos de dependencia o independencia, nos referimos a la satisfacción insatisfacción de las necesidades fundamentales.
- Diagnóstico enfermero: se trata de la etapa del Proceso de Atención de Enfermería en la cual se enuncia el problema detectado en la valoración y las causas del mismo. Tiene forma problema + causa. Su función es identificar los requerimientos de cuidado y orientar la intervención de enfermería.
- Necesidades: En la teoría de Virginia Henderson, se entiende por necesidad fundamental aquellos requerimientos indispensables para la supervivencia y el bienestar. La autora propone una taxonomía de -14 necesidades universales e interdependientes, en las que se incluyen tanto aspectos biológicos como psicosociales y espirituales.
- PAE: El Proceso de Atención de enfermería engloba una secuencia de etapas que permiten identificar y enunciar los problemas de cuidado, planificar las intervenciones y evaluar los resultados obtenidos. Las mismas son la valoración, el diagnóstico enfermero, la planificación, la ejecución y la valoración. Su objetivo es brindar cuidados profesionales, individualizados y de calidad.
- Valoración: La valoración es la primera etapa del proceso de atención. Consiste en la recolección de datos mediante distintas técnicas, su análisis e interpretación. Permite enunciar un diagnóstico y evaluar los resultados de las intervenciones. Se considera la etapa fundamental.

Glosario de términos de términos del análisis del discurso

- Géneros discursivos: Los géneros discursivos son tipos textuales determinados por su estructura, su estilo y sus temas, y por una relativa estabilidad en el tiempo de estos elementos (Bajtin, 1979/1998).
- Derivación: En gramática, es un proceso de formación de palabras. Permite, por ejemplo, añadir un prefijo y/o un sufijo a una raíz verbal para formar un sustantivo a partir de un verbo (nominalización).
- Discurso: Es el uso contextualizado del sistema de la lengua, en función de determinados objetivos y del contexto situacional y sociocultural: “nos referimos, pues a cómo las formas lingüísticas se ponen en funcionamiento para construir formas de comunicación y de representación del mundo” (Calsamiglia y Tusón, 2001, p. 15).
- Enunciado: Es la unidad mínima de análisis para el análisis discursivo. Se trata de una unidad empírica, y como tal es “el producto concreto y tangible de un proceso de enunciación” (Calsamiglia y Tusón, 2001, p. 17).
- Impersonal: En relación al uso de “se” en las construcciones verbales. Al emplearlo, se supone la existencia de un agente, pero su mención explícita es irrelevante. Puede tener un significado equivalente a “alguien”, “uno” o “la gente” (existencial). Un ejemplo es “se realiza baño en cama” (Di Tullio, 2005, pp.176-177).
- Papeles temáticos: “El papel temático es una unidad semántica que indica cuál es la participación del argumento en el estado de cosas descrito por el predicado” (Di Tullio, 2005, pp. 102).

Abreviaturas

Recopilamos aquí algunas abreviaturas presentes en nuestro corpus, a los fines de una mayor comprensión de los ejemplos consignados en el análisis.

AA: aire ambiente.

AVP, AVC: accesos venoso periférico, acceso venoso central.

BEBA, BEAB: Buena entrada de aire bilateral.

CSV, SV: control de signos vitales, signos vitales

Dx: diagnóstico.

ESM, SM: equipo de salud mental, salud mental.

Fliar: familiar

HGT: hemoglucotest o control de glucemia.

MCC: monitor cardiológico continuo.

NAC: Neumonía adquirida en la comunidad

PAE: Proceso de Atención de Enfermería.

Pte, pcte: paciente.

R/C: Relacionado con, indica relación de causalidad en el diagnóstico de enfermería.

Rbo: recibo.

SatO₂: Saturación de oxígeno.

SNG: Sonda nasogástrica.

SOS: se utiliza para nombrar la medicación “de rescate”, en general analgesia que está indicada anticipadamente por si la persona siente dolor y solicita un fármaco.

SV: Sonda vesical.

TEC: Traumatismo encéfalo craneano.

Tto: tratamiento.

TQT: Tubo endotraqueal

VAS: vía aérea superior.

VCL: venoclisis (acceso venoso)

VI: vía intravenosa

VO: vía oral.

Bibliografía

- Abric, J. C. (2001) *Prácticas sociales y representaciones*. Ediciones Coyoacan. México.
- Alligood, M. R; Tomey, A. M. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. 7ma. Edición. Elsevier España S.I.
- Aparicio Santiago, G. L.; Hernández Cantoral, A; Ostiguín Meléndez, R. M. (2008) “Intersubjetividad: Esencia humana del cuidado profesional de Enfermería”. En Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol 6. No. 1 Año 5 Enero – Marzo.
- Bajtín, M. (1982) *Estética de la Creación Verbal*. México. Siglo XXI Ed.
- Bascuñán Ra., M. L. (2005) “Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos”. En RevMéd Chile; 133: 11-16
- Bautista L., Vejar L., Pabón M., Moreno J., Fuentes L., León K., et al. (2016) “Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería”. En RevCuid; 7(1): 1195-203. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.237>
- Botero Gómez, P. Ed. (2008) *Representaciones y ciencias sociales: una perspectiva epistemología y metodología* Buenos Aires. Espacio.
- Bueno Robles, L. S. (2011) “Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional”. En Ciencia y Enfermería XVII (1): 37-43,
- Calsamiglia Blancafort, H. y Tusón Valls, A. (2001), *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. Barcelona, Ariel.
- Cassany, D. (2006) *Tras las líneas. Sobre la lectura contemporánea*. Barcelona, Anagrama.
- Di Tullio, A. (2005). *Manual de gramática del español*. Buenos Aires. La isla de la luna.
- Doona, M. E. (1982). *Joyce Travelbee: Intervención en Enfermería Psiquiátrica*. 2da Edición. Colombia. Organización Panamericana de la Salud.
- Estrada Mesa, D. A. (2015). “La medicina como producción de subjetividad. Una aproximación a Michel Foucault”. En: Escritos. Medellín – Colombia. Vol. 23, N. 51 / pp. 331-355
- Fernández Aragón, S., Díaz Pérez, A., López Pérez, C. y Villa Salcedo, Y. (2012) “Evaluación de la calidad de las notas de enfermería en el área de hospitalización. Cartagena 2012”. En Ciencia y Salud Virtual: Vol. 4 No.1. 86-92.
- Flick, U (2012) *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

Forteza Fernández, R. (2003) “Estudio lingüístico-comunicativo de los planes de cuidado de enfermería como género: perspectivas didácticas”. En ACIMED v.11 n.2 Ciudad de La Habana ene.-abr.

Foucault, M (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo. XXI Editores (año de publicación del libro original, 1975). Pp 180-210.

Francisco Del Rey, J. C. (2008) “De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional” (Tesis doctoral) Universidad de Alcalá Tesis doctoral, Alcalá de Henares.

Ghio, E. y Fernandez, M.D. (2005). *Manual de Lingüística Sistémico Funcional. El enfoque de M.A.K. Halliday y R. Hasan. Aplicaciones a la lengua española*. Ediciones UNL. Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe. Argentina.

Harrasimovich, A. (2016). “Registros de los Cuidados Enfermeros del Hospital Andacollo”. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional del Comahue.

Hernández-López, G., I. (2011). “Historia clínica de enfermería: un instrumento de Aprendizaje y mucho más”. En Cuidarte. Revista de Investigación. Escuela de Enfermería UDES 240-242

Kéroac, S. et. al.(1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona, Masson S. A.

Lemus Alcántara S., Hamui Sutton, A., Ixtla Pérez M. y Maya A. P. (2017) “Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud”. En: REVISTA CONAMED Vol. 22 Núm. 2, pp. 98-103.

López-Cocotlea, J., Moreno-Monsiváis M. G., y Saavedra-Vélez C. H., (2017). “Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería”. En Enfermería Universitaria;14(4):293-300.

Mijangos-Fuentes, K. I. “El Paradigma Holístico de la Enfermería”. (2014) En Salud y Administración. Volumen 1. Número 2, mayo-agosto, pp. 17 – 22

Merlino, A (coord.) (2009) *Investigación cualitativa en Ciencias Sociales*. Buenos Aires: CengageLearning Argentina.

Neira, A. (2015). “Optimización de los Registros del Cuidado Enfermero”. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional del Comahue.

Ortiz Carrillo O, Chávez M. (2006). “El registro de enfermería como parte del cuidado”. En Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud; 8(2): 52-56. Universidad del Cuaca, Colombia

Polit D., y Hungler B. (2006) *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. México: Editorial Interamericana. Mc Graw Hill. 6° Edición.

Prieta Miralles, V. de la. (2002) “La historia clínica: aspectos lingüísticos y jurídicos”. En Panace@ Vol. 3, n.o 8, pp 36-39.

Raiter A. (2010) “Representaciones sociales”. Corrección de *Representaciones Sociales*” (2001). Cap. 1. Ed. EUDEBA. Buenos Aires.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., [versión 23.3 en línea]. <https://dle.rae.es>

Riopelle, L., Grodin, L. y Phaneuf, M (1993): Cuidados de enfermería, un proceso centrado en la persona. Madrid, Interamericana de España.

Robledo, A. L. (2011). “Registros de Enfermería. Hospital de Área El Bolsón.” (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional del Comahue.

Santander, P. (2011). “Por qué y cómo hacer Análisis de Discurso”. En: Cinta Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales. N° 41, pp. 207-224. Chile.

Sayago, S. (2014) “El análisis del discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales” En: Cinta Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales. N° 49 – Marzo. Universidad de Chile

Takauti Saito D. Y., Campos Pavone Zoboli E. L., Cabral Schweitzer M. y Tanaka Maeda S. (2013) “User, Client or Patient? Which term is more frequently used by nursing students?” Text Context Nursing, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 175-183.

Tarruella Farre, M. (2011). “Anàlisi comunicativa i pragmàticadels registres d’infermeria Programa de doctorat: Lingüística i comunicació Bienni 2005 – 2007” (Tesis doctoral).Universitat de Barcelona.

----- (2014). “Deixis personal e identificación del emisor en la documentación clínica de los profesionales de enfermería”. Círculo de Lingüística Aplicada a la Comunicación (clac) N° 57, pp 137-162.

Urra, E., Muñoz, A. y Peña, J. (2013). “El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud”. En Enfermería Universitaria 10(2):50-57.

Valverde, C. (2007) “Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería”. En Norte de salud mental N°, pp 8–15.

Van Dijk, T. A. (2008) “Semántica del discurso e ideología”. En Discurso & Sociedad, Vol 2(1), 201-261.

----- (2005). “Ideología y análisis del discurso”. En: Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social. N° 29. Pp. 9 – 36. Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011) “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud”. En: Arch Med Interna; XXXIII (1):11-14. Uruguay.

Anexos

Anexo I

Instrumento de desagregación de datos.

Dimensiones de la persona			
	Datos		Observaciones
1	Psicológica/social / espiritual		
2	Neurológica		
3	Respiratoria		
4	Cardiovascular/ termorregulación		
5	Digestiva/ genitourinaria		
6	Motora/ higiene y tegumentos		
Participación (agentividad)			
De la persona	De ambas	De enfermería	Inespecífico
Campos semánticos asociados			
Caracterizaciones		Denominaciones	
La dimensión terapéutica			
Aspectos médicos (patología, indicaciones, intervenciones dependientes, medicación		Aspectos de cuidado (dx de enf., planificación, intervenciones de cuidado independientes/ interdependientes)	



Instrumento de desagregación de datos (modificado)

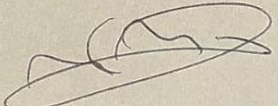
Dimensiones de la persona		
	Datos	Interpretaciones
1	Psicológica/social/ espiritual	
2	Neurológica	
3	Respiratoria	
4	Cardiovascular/ termorregulación	
5	Digestiva/ genitourinaria	

6 Motora/ higiene y tegumentos				
Participación (agentividad)				
De la persona	De ambas	De enfermería	Inespecífico	Interpretaciones
Campos semánticos asociados				
Caracterizaciones y denominaciones		Interpretación		
La dimensión terapéutica				
Aspectos médicos (patología, intervenciones, medicación)		Aspectos de cuidado (dx de enf., planificación, intervenciones de cuidado independientes/interdependientes)		Interpretación

Anexo II

Modelo de registro de enfermería utilizado en el Hospital Horacio Heller.

 Hospital Dr. Heller	PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITAL DE CUIDADOS PROGRESIVOS		 SECTOR 12
Apellido y Nombre:	Edad:	Fecha: / /	
Diagnostico Medico:	H C:	Cama:	
Antecedentes:	Alergias:		
TURNO :	Valoracion de enfermeria		
Necesidad Psicológica / Social / Espiritual		Necesidad Neurológica	
Necesidad Respiratoria		Necesidad Cardiovascular / Termoregulacion	
Necesidad Digestiva / Genito-Urinaria		Necesidad Motora / Higiene y Tegumentos	
Formulación Dx enfermería prioritarios, planificación e intervenciones.			
Dx Enf:		Dx Enf:	
Evaluacion de Resultados		Evaluacion de Resultados.	
Observaciones / Medicación administrada.			
			Firma Enfermero/a



Luciana María Belén Moretti



Directora
Lic. Araceli Cárdenas

