



ORIGINAL

¿A quién recomendarías como excelente enfermera comunitaria? Orientaciones para la formación en enfermería a partir de las historias de vida de enfermeras paradigmáticas



C. Amparo Muñoz-Rubilar^{a,*} y Diana Pasmanik^b

^a Escuela de Enfermería, Universidad Central de Chile

^b Universidad de Santiago de Chile, USACH

Recibido el 7 de febrero de 2018; aceptado el 7 de mayo de 2018

Disponible en Internet el 8 de julio de 2018

PALABRAS CLAVE

Enfermería en salud comunitaria;
Educación en Enfermería;
Ética;
Tendencias;
Mentorazgo

Resumen

Objetivos: Reconstruir el relato biográfico de enfermeras comunitarias reconocidas por sus pares como enfermeras de excelencia con miras a describir los atributos que las caracterizan; buscar orientaciones para optimizar la formación en el ámbito comunitario en enfermería a partir de su experiencia.

Método: Método biográfico narrativo (historia de vida) bajo el paradigma constructivista. Tres enfermeras, señaladas por pares significativas como enfermeras comunitarias de excelencia, fueron entrevistadas mediante entrevistas en profundidad. Los textos resultantes fueron sometidos a dos procedimientos de análisis cualitativo de contenido que contribuyen a una comprensión de la representación de una enfermera comunitaria ejemplar: a) categorización de los datos desde la dimensión temporal y b) categorización del contenido acerca de los atributos de las entrevistadas y de sus perspectivas y prácticas concernientes a la educación en enfermería. **Resultados, discusión y conclusiones:** Aparece una representación homogénea del ser enfermera, destacando los temas tradicionales de vocación por el cuidado, sentido ético y coraje. Conjuntamente aflora una profesional autónoma, líder, quien concibe su trabajo como sistémico. Al mismo tiempo, llaman la atención relatos de menoscabo en las relaciones con enfermeras jefas autoritarias y la crítica unánime a las condiciones sociales, que atribuyen a la economía neoliberal pero en cuya fundamentación omiten la dimensión política. Para la formación consideran esenciales una enfermería humanizada y la praxis reflexiva.

Considerando los resultados y situándonos desde la ética del cuidado, sugerimos incorporar en la formación una propuesta cercana al concepto de cuidado maduro, que favorecería una reflexión ética en las condiciones sociales actuales.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cristina.munoz@ucentral.cl (C.A. Muñoz-Rubilar).

KEYWORDS

Community health nursing;
Education nursing;
Ethics;
Trends;
Mentoring

To whom would you recommend as an excellent community nurse? Guidelines for nursing education based on paradigmatic nurse life histories

Abstract

Objectives: To reconstruct the biographical account of community nurses, acknowledged by their peers as highly reputed, and to describe their characteristic attributes; to search for guidelines to optimise training in nursing at community level according to their experience.

Method: Biographical narrative method (life history) under the constructivist paradigm. Three nurses, chosen unanimously by significant peers as excellent nurses, were interviewed by means of in-depth interviews. The resulting texts were analysed using two qualitative content analysis procedures that contribute to the comprehension of the representation of an exemplar community nurse, a) data categorisation from a time perspective, and b) categorise the content of the interviewed attributes and their perspectives and practices as regards nursing education.

Results discussion and conclusions: The results show a homogeneous representation of being a nurse, highlighting the traditional subjects of a caring vocation, a sense of ethics, and courage. At the same time, is an autonomous professional, a leader that conceives his/her job as systemic.

It is remarkable to find accounts of psychological undermining as consequence of conflicts with authoritarian head nurses and the unanimous criticism of the social conditions. They attribute to the neoliberal economy, nevertheless they omit the political dimension in their arguments. As regards nursing education, they consider humanized nursing and a reflective practice as essential.

In view of these results, it is suggested, from the point of view of ethics of care, that a proposal on the concept of mature care should be included in nursing education that might promote ethic reflection in current social conditions.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

A casi treinta años del establecimiento del modelo biopsicosocial en salud en Chile, la generación de enfermeras que contribuyó en su instalación se encuentra en las fases finales de su carrera. Esta investigación surge del interés por reconstruir su testimonio de vida, particularmente de aquellas enfermeras reconocidas por sus pares como modelos. Se espera recuperar para la historia de la enfermería su relato biográfico y reconstruir los atributos que configuran esta imagen ideal, entendiendo que se trata de figuras ejemplares, paradigmáticas. En su relato, además, se buscarán orientaciones para fortalecer la formación en el ámbito comunitario en enfermería.

Reseña histórica

La formación universitaria en enfermería en Chile data de 1902¹. Su formación y trayectoria profesional se han visto afectadas por los cambios en los sistemas de gobierno y su influencia en las políticas públicas sanitarias. Las políticas públicas de los años 60 y hasta 1973 se caracterizaron por cosmovisiones y proyectos sociales orientados a mejorar las condiciones de vida de los más desfavorecidos. Esta política se vio truncada con el Golpe de Estado de 1973 y la instalación de un modelo económico neoliberal que afecta la formación y el ejercicio profesional en enfermería en el país². A partir de 1974, la dictadura favorece la

privatización de la salud, incentivando la formación hospitalaria. Desde 1981, la privatización sanitaria instrumentalizó el trabajo administrativo en enfermería al servicio de evaluaciones de corte económico para el Ministerio de Salud, lo cual se constituyó en tarea de las enfermeras de Atención Primaria en Salud hasta nuestros días³. En 1988, la descentralización ministerial antecedió a la municipalización de la salud del primer nivel de atención, la que se inicia en los 90⁴.

A partir de 1990, junto con el retorno de la democracia, la salud incorporó el modelo biopsicosocial en las políticas públicas sanitarias, dando pie al desarrollo de modelos de salud de corte familiar y comunitario e incrementando las vacantes para enfermería en el sistema de atención primaria en salud (APS)¹. Actualmente, la Comisión Nacional de Acreditación de carreras profesionales demanda que la formación en enfermería incorpore la preparación para el ejercicio con comunidades, en una formación de corte generalista. Contempla, en sus competencias específicas, aquellas que permiten la promoción del desarrollo comunitario en el área de la salud y la educación en salud con base en el diagnóstico participativo de las necesidades de formación en salud y el diseño, ejecución y evaluación de capacitaciones dirigidas al equipo de enfermería y a actores relevantes de la comunidad⁵.

¹ Sigla de Atención Primaria en Salud.

Tabla 1 Perfil de las participantes

Características	Participante 1	Participante 2	Participante 3
Seudónimo	Clara	Sara	Ester
Años de experiencia laboral	41 años	34 años	47 años
Trabajo actual	Jefatura en APS	Docente en universidad	Trabajo APS y docencia en universidad
Título profesional	Enfermera	Enfermera matrona	Enfermera
Grado académico	Licenciatura	Doctor	Licenciatura

Métodos

Este artículo se genera a partir de los datos obtenidos en la tesis para la obtención del grado de magister de su autora principal⁶; la coautora fue su profesora guía. La investigación se desarrolló bajo el paradigma de investigación constructivista, en el cual se parte del supuesto de que la realidad social es construida, que epistemológicamente no existe separación entre el sujeto conocedor y su objeto de conocimiento, por tanto en la indagación se recurre a métodos cualitativos⁷. El alcance del estudio es descriptivo. Se decidió trabajar con historias de vida, pues este es un método que permite la reconstrucción de la biografía en el contexto de un devenir histórico-social.

Participantes

El estudio se desarrolla con dos grupos de participantes durante 2016-2017. El primero estuvo compuesto por siete enfermeras cuyas edades fluctuaban entre los 30 y los 50 años, quienes firmaron un consentimiento por concepto de su participación. Todas poseían al menos cinco años de experiencia en trabajo con la comunidad y en su conjunto trabajaban, con jornadas completas o parciales, en la totalidad de los centros de APS de tres comunas de la Región Metropolitana², la cual concentra la mayor cantidad de habitantes⁸. A cada participante se le contactó telefónicamente con la misma consigna: «¿A quién recomendarías como excelente enfermera comunitaria?». Sus respuestas coincidieron plenamente (100%) en indicar a cuatro enfermeras. Para la constitución del segundo grupo, se recurrió también al contacto telefónico. Así, se pudo acceder a tres de las cuatro enfermeras sugeridas (tabla 1).

Procedimientos para la recolección y análisis de la información del segundo grupo

En la primera llamada telefónica a cada participante se le explicó en qué consistía la investigación, se le solicitó su colaboración y se acordó el lugar para realizar las entrevistas. Las tres propusieron que se efectuaran en sus lugares de trabajo o alrededores. Durante la primera entrevista, se presentó el consentimiento informado, el cual se firmó en dos ejemplares por entrevistadora y entrevistada, quedando cada una con un ejemplar. Se explicó que la recogida de

información sería mediante entrevistas en profundidad^{9,10} con el apoyo de una pauta semiestructurada que garantizara la necesaria flexibilidad para que la investigadora se ajustara a los datos emergentes. La pauta de entrevista fue autorizada por el Comité de Ética NN³ bajo el Informe Ético n.º 854 de noviembre de 2015. Se acordó con ellas que se les enviaría por correo electrónico la transcripción de sus entrevistas para su eventual edición. De este modo, se aseguró la calidad del texto para el análisis a través de la validación por parte de la entrevistada.

Las entrevistas, dos por cada participante, se constituyeron en un solo texto por entrevistada. La segunda entrevista tuvo la función de refinar y complementar información. Las preguntas de la pauta se enmarcaron en ejes temáticos que facilitarían la exploración autobiográfica, del contexto histórico-social y permitieran recabar reflexiones acerca de las necesidades para la formación de enfermeras, particularmente para el trabajo que incorpora a la comunidad. La validez fáctica, es decir, el sentido crítico acerca de los acontecimientos, se intentó compensar con apoyo de documentos públicos y propios de las entrevistadas¹¹. Se está consciente de que sus relatos pueden aludir a un yo idealizado¹², pero esto no es obstáculo en esta investigación, puesto que se intenta reconstruir un ideal de ser.

Los textos fueron sometidos a dos procesos de análisis cualitativo de contenido^{13,14}, permitiendo la urgencia de códigos que se organizaron en categorías. El primero se realizó desde una perspectiva temporal, reconstruyendo hitos histórico-contextuales y biográficos, mientras que con el segundo se buscó reconstruir la representación de la enfermera ejemplar.

Como se trata de una investigación cualitativa, su diseño y desarrollo fue guiado por un conjunto de criterios de rigor científico que resguardan su calidad^{10,15,16}. Estos se presentan en la tabla 2.

Resultados

En el análisis de contenido desde una perspectiva temporal, organizamos las historias de vida en dos dimensiones: hitos del contexto histórico social e hitos biográficos. El segundo análisis de contenido dio como resultado cinco categorías emergentes: vocación, autonomía, carácter moral, concepción de lo comunitario y formación.

² La región metropolitana la componen capital del país y zonas aledañas.

³ Se omite el nombre de la institución en aras de salvaguardar el anonimato.

⁴ Se omite el nombre de la institución en aras de salvaguardar el anonimato.

Tabla 2 Criterios de rigor científico

Criterios	Descripción teórica (10, 15, 16)	Elementos
Credibilidad Valor de verdad	Las informantes otorgan reconocimiento a las deducciones que los investigadores han hecho de sus aportes	Transcripciones editadas y confirmación de la información por las participantes seleccionadas y las informantes claves a través de medios electrónicos
Transferibilidad Intercambiabilidad Aplicabilidad	Métodos, técnicas de recolección de datos y estrategia de análisis atingente al paradigma de investigación propuesto	Grabación en audio. Transcripción por la misma investigadora Lugar de entrevista elegido por las participantes. → Paradigma de investigación: construccionismo social → Tipo de investigación: descriptiva → Diseño de investigación: fenomenológico → Campo: lugares de trabajo o alrededores → Criterios de selección y muestreo: muestreo intencionado → Técnica de producción de la información: entrevista en profundidad, semiestructurada → Estrategia de análisis: dos análisis cualitativos simples de contenido, desde la perspectiva temporal y desde la representación de la enfermera ejemplar
Fidelidad Dependabilidad Transparencia	Muestreo intencionado	Muestra de carácter intencionado, con base en informantes clave. Descripción de las informantes claves para la elección de las participantes: → Al menos 30 años de experiencia laboral, tiempo que les permite, a juicio de las informantes, sustentar fama de excelencia. → Las tres participantes que seleccionan las informantes claves tienen estudios en 1960-1970 y en 1977, por lo que viven importantes reformas histórico-sociales. → Son reconocidas por realizar trabajo comunitario por sus pares, acorde a los criterios descritos por la Comisión Nacional de Acreditación
Confirmabilidad Neutralidad Auditabilidad	Acuerdo intersubjetivo: observación participante e investigador como instrumento. Reflexión epistemológica	Hay una verificación de los datos y de la reelaboración conceptual con auditoría de la coautora. Triangulación del análisis de contenido, al ser los textos transcritos de las entrevistas sometidos a dos procesos diferentes de análisis
Aspectos éticos	Evaluación ética de protocolos: consentimiento informado y pauta de entrevista Actitud de respeto para con las participantes	Respalda el trabajo el Comité de Ética NN ⁴ bajo el Informe Ético n.º 854 de noviembre de 2015. Incluye consentimiento informado, pauta de entrevista y consideraciones. En el proceso de consentimiento informado se pone especial cuidado en que la participación de las entrevistadas sea libre e informada. Las entrevistas se efectúan poniendo cuidado en su bienestar. Se respeta estrictamente la edición que ellas hacen de sus respectivas entrevistas

Análisis de contenido desde una perspectiva temporal

Dimensión 1: hitos del contexto histórico social

Este eje se construye a partir de los elementos históricos que las entrevistadas señalan explícitamente. Dos de las entrevistadas, Clara y Ester, destacaron la reforma universitaria acaecida en la universidad estatal en 1968 por su impacto en el perfil de la carrera de enfermería. Ellas fueron afectadas directamente por este proceso. Clara lo detalla, mientras Ester se limita a consignarlo. Con el advenimiento de la democracia, en 1990, comienza la instalación en las políticas públicas sanitarias del modelo biopsicosocial y la reforma de los centros APS. Una entrevistada destaca –como consecuencia de este modelo– la incorporación de la familia y la comunidad en la prevención, promoción y cuidados de los pacientes y de enfermeras y enfermeros en la gestión de estos centros. Esto último lo describe como un logro gremial.

Dimensión 2: hitos biográficos

Este eje comprende los sucesos en la vida personal, estudiantil y laboral ocurridos antes de ingresar en la universidad, durante sus años de formación y en su ejercicio profesional.

Previos al ingreso a la universidad. Hay elementos asociados a la vocación por la enfermería que emergen en años escolares. Sin embargo, se aprecia en las tres entrevistadas rasgos distintivos que las diferencian, aunque con el común denominador de la orientación a una labor asistencial. Clara tiene tempranamente la representación de la enfermería como carrera orientada al *cuidado* y posee modelos en familiares que trabajaban como voluntarias en salud. A diferencia de ella, Sara se proyectaba en alguna profesión de ayuda, no necesariamente enfermería. Primero contempló estudiar Trabajo Social, pero luego se definió por matronería, ingresando en una universidad que le otorgó el título combinado de Enfermera Matrona. Ester, en cambio, se acercó a la enfermería desde su afición por la biología, combinando su interés por el cuidado.

En los años universitarios. Experiencias. Las entrevistadas identifican experiencias durante su formación que marcan su sello como enfermeras. En Clara y Ester son experiencias puntuales que las hacen enfrentarse con la muerte. Clara enfrenta la muerte de su madre y como familiar experimenta la frialdad del equipo de salud. Dicha experiencia la lleva a proponerse ser en el futuro una profesional diferente. Ester relata la muerte de un paciente a su cuidado mientras era estudiante, experiencia que la relaciona con su afán por la humanización de la atención en enfermería.

Para Sara tiene que ver con una oportunidad que le provee su profesora de Salud Pública para iniciar una carrera académica como ayudante suya en la cátedra de Salud Pública, donde se combinaba el campo de lo comunitario y de la educación en salud.

Modelos. Las tres también se refieren a enfermeras que las marcaron como modelos, personas que las guían en sus aprendizajes y establecen con ellas una relación cercana. *Durante el desempeño profesional. Momento de autoafirmación profesional.* Distinguimos en esta etapa un primer momento de autoafirmación profesional, entendido como

un hito que las empodera en su condición de enfermera, otorgándoles seguridad. Las tres relatan experiencias en las que viven un desafío que resuelven. Para Ester y Clara, sus primeras prácticas profesionales se constituyen en desafío profesional. Para Sara, la autoafirmación se produce al completar su formación de posgrado, factor que tuvo un efecto de empoderamiento.

Logros. Clara y Ester, quienes desarrollaron su carrera en el campo profesional, realizaron innovaciones que les significaron el sentimiento de haber sido pioneras en su campo. Clara fue una de las primeras personas que pudo concretar el modelo de salud familiar en Chile. Ella fue la gestora de un Centro de Salud Familiar de carácter piloto en el país, el que le permite poner en práctica un trabajo integral, con distintos agentes de la comunidad.

Ester, en su trabajo hospitalario en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y como consecuencia de la observación de sus pacientes y de búsqueda bibliográfica en el tema, decide desechar los catéteres usados por razones de higiene, en tiempos en que era impensable por argumentos de orden económico. El impacto favorable de esta medida fue reconocido con el tiempo si bien su postura, antes de esta validación, le significó conflictos con pares y superiores. Al mismo tiempo, instala la incorporación de la familia en el tratamiento de los pacientes y fomenta el desarrollo de grupos de autoapoyo entre los familiares, experiencia aparentemente inédita en el país y que ella después documentó y publicó.

Sara, por su parte, se posiciona en el tema de la bioética que se transforma en su gran motivación profesional y docente; abre con ello un espacio para el diálogo interdisciplinar en el campo de la salud.

Experiencias con el autoritarismo. Sara y Ester experimentan conflictos interpersonales con personas puntuales en sus lugares de trabajo, ya avanzadas sus respectivas carreras. Se trata de problemas de relaciones laborales por discrepancias con un trasfondo de valores. En ambas, el estilo autoritario de su contraparte y las diferencias de poder en la organización, que las ubica a ellas en el lugar de mayor debilidad, juega en su contra. El costo de la experiencia es tan alto que induce a una de ellas a solicitar cambio de sección y a la otra, cambio de trabajo.

Vida familiar. Este es un aspecto en el que se aprecia una gran diversidad entre las tres. Clara subordina el desarrollo de su carrera a la de su marido y al cuidado de sus hijas; Sara vivencia una relación de pareja igualitaria, mientras que Ester refiere sus dificultades –y sentimientos de culpa– a sus intentos por equilibrar sus roles de madre y enfermera.

Categorías del análisis de contenido acerca de la representación de atributos de enfermeras ejemplares

Vocación

El contenido de las entrevistas permite definir la vocación como la expresión de un espíritu de servicio. Se trata de un perfil de ingreso asociado a intereses, experiencias tempranas en la vida familiar, impacto de figuras significativas y rasgos de personalidad. Las entrevistadas coinciden en relacionar esta vocación con la humanización de la enfermería. Esta trasciende al paciente para abarcar también a

Tabla 3 Orientaciones para la formación: subcategorías de la categoría formación, descriptores y segmentos

Subcategoría	Explicación y citas ejemplificadoras
Mirada prospectiva de la formación	<p>Las entrevistadas proponen una mirada que descentraliza la atención sanitaria hospitalaria. Al mismo tiempo, plantean que las tecnologías irán desplazando la necesidad en habilidades técnicas de enfermería. Esta condición demandará de profesionales con la habilidad para el establecimiento de redes de apoyo social.</p> <p><i>... yo creo que el perfil generalista es el que debe seguir, pero con un sello comunitario indudablemente, porque todo lo que sea intrahospitalario con los años va a desaparecer, porque uno ve los países desarrollados que cada vez los hospitales son más pequeños, por lo tanto cada vez más las personas quieren vivir o tener cerca su entorno, cerca de su familia, la atención en salud y la mayoría de los problemas de salud, salvo que sean de nivel terciario, es decir los muy complejos, se van a ir al hospital (Ester, 136)</i></p>
Necesidad de atributos morales y/o espirituales para ingresar a estudiar enfermería	<p>Se requieren atributos de orden moral y espiritual para ejercer en enfermería. Para su desarrollo tiene que haber al menos una base mínima.</p> <p><i>... es mi opinión, por lo menos la última década es como una opción para lograr un título universitario, sin ningún tipo de selección previa ni de que se haga realmente una selección de quienes tienen el perfil real para estudiar enfermería, con un espíritu de servicio, sino que está la opción de que tú puedes pagar y entrar a cualquier institución y se te va a formar como enfermera... (Clara, 28).</i></p> <p><i>... si no tiene el impulso primario, [...] ahí uno no tiene nada que hacer, pero hay casos en los que uno podría hacerlo, despertar a los estudiantes. Para eso uno tiene que hacer un trabajo muy cuidadoso, de ofrecer las posibilidades desde la ética, desde el compromiso social, que la universidad le permita al estudiante tener un acercamiento desde primer año para que entienda bien el dolor del otro. (Sara, 42a)</i></p>
Atención individualizada	<p>La individualización de la atención hay que enseñarla desde el primer año, para que la atención sea oportuna según las necesidades de cada persona.</p> <p><i>Entonces, desde el primer día, desde que tienen el primer contacto con el paciente, la primera práctica en que lo llevan al hospital, es que debe saber que el paciente que le asignaron es un mundo distinto del que está al lado, aunque los dos tengan la misma enfermedad. (Ester, 32b)</i></p>
Humanizar el ejercicio de la enfermería a través de la formación	<p>Al ser la gestión del cuidado <i>responsabilidad del actuar en enfermería</i>, se debe evitar los juicios de valor, y <i>en caso de tenerlos, cautelar</i> que la atención no pierda calidad. Hay que ser capaces de compensar las dificultades de empatía y desarrollar compasión.</p> <p><i>El concepto de humanizar se está perdiendo aún más porque este tipo de personaje, que se han formado con este pensamiento, ellos van a ser muy buenos técnicos, son técnicos de nivel superior, pero no son profesionales de enfermería (Sara, 40).</i></p> <p><i>Siempre les digo que con el paciente... tienen que empatizar con él y que si tienen un paciente con el que no empatizan y les cae mal... atiéndanlo mejor que a los otros, preocúpate más de él (Ester, 58b)</i></p>
Fomentar una mirada ética. Se trata de una mirada reflexiva y socialmente responsable acerca de la profesión y de la actuación profesional	<p>Las participantes señalan que el mercado neoliberal genera falta de compromiso tanto con la profesión como con el servicio de enfermería ofertado. Es consecuencia de una pérdida en la integralidad de la formación, donde el espacio reflexivo se reduce, generando prácticas educativas disgregadas.</p> <p><i>... una es rigurosa (con los estudiantes en práctica comunitaria), porque piensa en el usuario, piensa el bebé... porque para eso están y si no te gusta elige otra profesión porque esta profesión es así, es hedionda, es sucia... es de esa manera, porque eso es (Clara, 142).</i></p> <p><i>Entonces creo que es un gran déficit de la formación actual, en nuestro estado del arte, es este déficit profundo, en no reflexionar. Somos muy técnicas, o somos muy técnicas las enfermeras en la práctica clínica, o los espacios de reflexión no existen (Sara, 32)</i></p>

Tabla 3 (continuación)

Subcategoría	Explicación y citas ejemplificadoras
Educación para superar la violencia y el autoritarismo en enfermería	<p>Las participantes señalan, en completa consonancia con los hitos biográficos asociados a autoritarismo y a sus consecuencias en el trabajo que es un tema invisibilizado y que hay que abordar en la formación.</p> <p><i>... el tema del liderazgo y del autoritarismo en enfermería es una situación que a lo largo de la historia nos ha causado daño. No son solo los médicos [...] Hay también un autoritarismo que está oculto, pero para otros, pero no para nosotros que es de nuestros propios líderes [...] en eso estoy... enseñándole a los más jóvenes a cómo se tienen que defender y eso es parte de la docencia (Sara, 56)</i></p>

Orientaciones para la formación: descriptores y segmentos.

sus familiares y la incorporación de distintos integrantes de la comunidad en la gestión del cuidado y el apoyo colectivo frente a los trastornos de salud.

Autonomía

El desarrollo de esta categoría está asociado a hitos biográficos que emergen al responder la pregunta: ¿En qué momento se siente plenamente enfermera? Las respuestas están asociadas a características del lugar de formación y las prácticas desarrolladas en el trabajo. Dicho sentimiento está mediado principalmente por la capacidad de proponer y generar cambios y a la autopercepción de pericia en las tareas profesionales.

Carácter moral

Las tres entrevistadas reconocen características personales desarrolladas durante la formación. Estas se expresan en el espacio laboral y se relacionan con una orientación al servicio y la responsabilidad social. Además, mencionan el coraje y la capacidad para sobreponerse a las resistencias y presiones en el espacio laboral. Para desarrollar este carácter moral, ellas han tenido que cumplir el requisito de autopercepción con vocación y autonomía. La conjugación de estas características conforma estrategias que utilizan ellas tres en su desarrollo profesional.

Concepción de lo comunitario

Las participantes describen la implementación del modelo biopsicosocial y su impacto en el modelo de gestión del cuidado de las enfermeras en los últimos 30 años. Es la descripción de cómo la política pública logra llevarse a cabo comprometiendo representaciones y acciones concretas de estas enfermeras.

Formación

Esta categoría refiere a recuerdos, eventos y relaciones establecidas por las entrevistadas con docentes significativas durante su proceso formativo y cuya presencia –a su juicio– es un factor facilitador para ser una buena enfermera. Comprende también sus reflexiones y sugerencias para que la formación en enfermería sea situada en la sociedad actual. Estas reflexiones se traducen en orientaciones para la formación y se presentan en la [tabla 3](#).

Los dos análisis presentados generaron un sistema categorial expuesto en la [tabla 4](#). Como ambos tributan a una comprensión de la representación de una enfermera comunitaria ejemplar, en la columna de la derecha incorporamos las cinco categorías resultantes del análisis de contenido de la representación de atributo, consignando las citas que los ejemplifican. Después, en la [tabla 4](#), las orientaciones para la formación se presentan como subcategorías de formación, junto a sus descriptores y segmentos textuales asociados.

Discusión

Es un hecho llamativo la plena coincidencia de las enfermeras consultadas con respecto a quienes consideran una excelente enfermera comunitaria. Así también, hay una alta coincidencia entre las tres enfermeras ejemplares entrevistadas. Los resultados sugieren una representación compartida del ser enfermera de gran nitidez, donde prevalecen la vocación por el cuidado y el coraje como rasgos distintivos. Dichos rasgos están descritos en la literatura especializada¹⁷. Se aprecia, además, un alejamiento de la concepción de enfermera subordinada a la autoridad médica¹⁸ para configurar un tipo de profesional que toma decisiones y ejerce liderazgo. En el caso particular de las enfermeras entrevistadas, transforman su trabajo proponiendo y realizando cambios. En sus vidas familiares hay diversidad de formas de ser: la que subordina su carrera al bienestar de su esposo e hijos; la que busca cómo equilibrar su dedicación entre la familia y el trabajo y la que ve en su marido una relación de pareja como equipo. Tal vez sea una señal de este distanciamiento del estereotipo tradicional del ser enfermera.

La perspectiva acerca de la educación en enfermería continúa fundándose, como en sus orígenes con Florence Nightingale¹⁷, en atributos morales y/o espirituales, cuyo basamento debe estar presente en quien pretenda estudiar la profesión. La humanización de la enfermería aparece como un elemento pivote para la formación, un

⁵ Se refiere al gobierno del presidente Salvador Allende (1970-1973).

⁶ Párroco o sacerdote [tabla 4](#). Sistema categorial y segmentos de contenido

Tabla 4 Sistema categorial y segmentos de contenido

Dimensión	Elemento	Segmento	Categoría semántica
Hitos del contexto histórico social	Cambio curricular en enfermería (1968)	... Nosotras entramos con Allende ⁵ con una carrera que duraba 3 años que se llamaba enfermería técnica y luego, después, estudiábamos dos años más y era enfermera matrona. Entonces estudié los primeros tres años enfermera técnica y después nos cambiaron currículum y ahí nos podíamos ir a enfermería, o a obstetricia, la que quería. Yo me quedé en enfermería...	Formación
	Cambio en el modelo de atención en salud (1990)	(Clara, 38)	Concepción de lo comunitario
	Introducción de las enfermeras en la gestión administrativa (1990)	... la atención primaria que yo conocí 30 años atrás no es la misma. Acuérdate que hace 30 años atrás los procedimientos más invasivos en atención primaria era la muestra de exámenes. [...] Tenemos todo lo del paciente terminal y ahora ya no se mueren en el hospital, se mueren acá con nosotros, con cuidados paliativos, con nosotros y con su familia (Clara, 82a). «... entró el tema de la gestión, porque en sus inicios de la implementación del modelo no había quienes pudieran meterse en la gestión, entonces se abrió la puerta a las enfermeras que aprovechamos bien la oportunidad, tuvimos que quedarnos a estudiar y a aprender bien el modelo ¿te fijas?». (Clara, 82b) «... siempre me gustó el tema de cuidar a otros». (Clara, 8b)	Formación
Hitos biográficos	Previos al ingreso a la universidad	«En el campo tenía familiares, tías que eran como voluntarias dentro de la comunidad y siempre yo las acompañaba a todas, a ver pacientes, a colocar inyecciones... (Clara, 8c)	Vocación
		Entonces, eso fue una motivación muy importante [...] yo, cuando me recibí, tenía metido en mi cabeza todo eso, del buen trato y de la responsabilidad, y de que el cariño eran aspectos de los más importante en la vida [...] Entonces yo apliqué esas cosas, ¿te fijas? hice muchos cambios en la parte de humanización, en la atención, en el cuidado, que yo trabajé toda mi vida (Ester, 10)	Formación
		... el tema de la educación, el tema de lo comunitario, me llenaron siempre (Sara, 18b)	Vocación

Tabla 4 (continuación)

Dimensión	Elemento	Segmento	Categoría semántica
	En los años universitarios:	... yo trabajé en posta de urgencia y partí así por una situación bien especial, porque mi madre murió en un servicio de urgencia y yo fui... en ese tiempo yo era alumna, pero viví toda la parte fría de la enfermería... entonces dije «no, el usuario, el familiar que está afuera esperando no puede sufrir lo que yo sufrí» (Clara, 24a).	Vocación
	Experiencias durante los años de formación	«... en el doctorado recuerdo que el primer concepto con el que uno partía, era que la educación era actividad inherente a enfermería. Y ese concepto de actividad inherente yo lo sabía por lo que había leído de la formación de enfermería... (Sara, 30). ... cuando ya pasó esa etapa, porque ya le colocaste (al paciente) el catéter, la sonda, el tubo, todo, todo hay que recordar que fue a una persona a quién hiciste todo eso. Y eso también, yo no te podría decir cuando empezó... pero a mí se me murió un paciente siendo estudiante... (Ester, 66)	
	En los años universitarios:	Pero había dos o tres referentes que eran geniales, tenían el patrón, ellas fueron los modelos nuestros (Clara, 112).	Formación
	Modelos referentes	... yo creo que tiene que ver cómo van despertando en ti, como van apoyando, como te van enseñando con la paciencia... y van apoyándote en los temores que puedas tener... (Clara, 116) ... por ser buena alumna fui ayudante en un curso de salud pública y mi profesora, que fue una de las profesoras que más admiré, porque fue una experiencia muy linda la que tuve... por eso fue tan marcadora... una marca a sus estudiantes (Sara, 18) ... como era un hospital docente, estuve un mes con una enfermera, siguiéndola, [...] la recuerdo toda mi vida [...] ella me formó y después ella quiso que me quedara con ella en el turno (Ester, 32c)	Formación

Tabla 4 (continuación)

Dimensión	Elemento	Segmento	Categoría semántica
	Durante el desempeño profesional: Momento de autoafirmación profesional	<p>... cuando entré a trabajar [...] a los seis meses, una epidemia grande que hubo en el año 76, más o menos [...] recién egresada... apenas había puesto dos o tres sondas... y empieza la gripe... y fue tremenda, tremenda. [...] ahí se empiezan a caer las enfermeras, se enferman... hasta que me quedé sola, última sobreviviente, me quedé sola a cargo de la posta. Y ahí me dije «bueno, ya me la pude» y ahí supe que podía solucionar cualquier cosa (Clara, 108)</p> <p>... fue superrico eso en verdad, tuve una transición de que el día viernes era interna y el día lunes era enfermera. Porque cuando yo era interna, afortunadamente tuve una enfermera que cuando yo hacía turno con ella, ella se iba a la residencia y me dejaba sola, porque encontraba que era capaz... (Ester, 34a)</p> <p>... yo creo que me sentí profesional y como libre, como autónoma, cuando tuve mi formación de posgrado. Yo creo que la formación de pregrado es muy básica, muy básica... (Sara, 54)</p> <p>... siento que la enfermera comunitaria tiene mayor responsabilidad y necesita mayores competencias en torno a la gestión, en manejo de personal, en liderazgo, porque nosotras acá tenemos autonomía profesional y si tú no tienes liderazgo y no eres capaz de tomar decisiones... aquí los otros no toman decisiones por ti (Clara, 134)</p>	Autonomía

Tabla 4 (continuación)

Dimensión	Elemento	Segmento	Categoría semántica
	Durante el desempeño profesional:	... tanto era así que tengo este sentido de integralidad que fui una de las personas que vivió, que pudo concretar el modelo de salud familiar en Chile, como gestora... de este Centro de Salud Familiar piloto país, porque ahí yo encontré donde estaba la integralidad de las acciones, donde uno trabaja con el individuo, la familia, la iglesia, el curita ⁶ , la voluntaria de la comunidad (Clara, 90).	Concepción de lo comunitario
	Logros realizados	Estos antecedentes, porque empezamos a ver, paciente que se instalaba un catéter reusado, shock anafiláctico, fiebre, shock séptico terrible y eso era. Y después de eso, ellos mismos reconocieron que toda la economía del catéter al reutilizar en vez de solo una vez, porque era muy caro. Ahora, es más que eso, porque le estás haciendo un daño terrible al paciente. Hasta que pasados los años, un par de años, empezaron a decir que era pionera en esto, que tenía razón, toda la razón e incluso decían que «nosotros te insultábamos, te echamos garabatos detrás tuyo cuando te dabas vuelta, porque quedaba el pabellón pendiente porque no se podía poner el catéter» (Ester, 42) yo en la UCI... uno de los mayores logros que hice, fue que las enfermeras entendieran que las visitas de la familia eran importantes y que es parte terapéutica (Ester, 60a).	Carácter moral Concepción de lo comunitario Concepción de lo comunitario
		... hacía cadenas de oración... y la instrucción que le daba a toda la familia era «mire, esta persona está tan mal, júntese con las otras personas que sufren también, hable con este otro que está un poco más estabilizado ya, mire que este estuvo tan grave y ahora está mejor». Y al final era como un grupo de apoyo de amigos... de familiares de pacientes de la UCI [...] Un estudio que yo tengo, que es muy lindo, tengo todas estas experiencias plasmadas en ese estudio... y realmente había una comunidad de pacientes de la UCI (Ester, 60b).	Formación
		Y yo me vi en una situación distinta, desde que me empodero, de alguna manera o que tengo la competencia, que me siento formada en bioética, me ha tocado tener público donde asisten médicos y jamás he tenido un problema con eso, porque estoy hablando de algo de lo que tenemos que hablar en conjunto (Sara, 52)	

Tabla 4 (continuación)

Dimensión	Elemento	Segmento	Categoría semántica
	Experiencias con autoritarismo	<p>... mi tipo de personalidad, yo soy conciliadora y con un liderazgo paternalista, que incluso en la UCI había una colega mía que no me quería por eso, porque ella era muy... del liderazgo autoritario, muy vertical y mi liderazgo siempre fue horizontal... (Ester, 48)</p> <p>(Fue) al final, casi al final de mi carrera, con los últimos años (Ester, 50)</p> <p>... eso me hizo consultar... porque esto me hizo generar dudas de si era ella la que estaba mal o era yo la que estaba mal, que tenía que cambiar un poco esta cosa y fui supersincera, fui a un psicólogo ... (Ester, 52).</p> <p>... sin embargo, la universidad descuidó a quienes tenía asignados como autoridades y yo pienso que después de un conflicto muy serio que me veo involucrada en la Universidad ... con una autoridad... en que yo... cuando se producen conflictos necesito ser escuchada y necesito que se resuelva a favor de quien sea, pero que me escuchen... para tener justicia... me hizo sentir tan desamparada [...] eso significó que dadas las condiciones de salud que me gané, renuncié y estuve un tiempo... en lo familiar porque fue muy serio... (Sara, 56)</p>	Carácter moral
	Vida familiar	<p>Después yo contraje matrimonio y mi esposo era de acá, de Santiago... entonces me permuté con una colega de acá... (Clara, 74).</p> <p>... tengo dos hijas y... tuve muchos ofrecimientos, desde el mismo servicio... pero yo vivo a tres cuadras de acá y tuve dos hijas... entonces me dije «mientras mis hijas sean chicas yo no voy a estar lejos de ellas» (Clara, 128).</p> <p>... porque también ha sido importante con que cuentes con un equipo cercano, que es mi marido, entonces es un apoyo fundamental, que los dos tenemos una mirada que nos permite acompañarnos y que eso es una fortaleza enorme (Sara, 64).</p> <p>La vida se me mezcló, creo que un poco, pero sí, en algún momento era más importante mi familia, en algún momento eran más importantes mis hijos, dependiendo de lo que ocurriera en mi familia, todo bien, entonces acá era más importante la UCI (Ester, 46)</p>	Carácter moral

anhelo concebido para un ejercicio que incorpora sistemáticamente al paciente, su familia y diversos actores de la comunidad, acarreado consigo la reflexividad que permite calibrar situaciones y actuaciones y asumirlas ética y responsablemente¹⁹. La perspectiva no solo se amplía desde el paciente para abarcar a terceros significativos, sino además a las relaciones interpersonales entre pares, contemplando educar para superar la violencia y el autoritarismo en enfermería.

Frente a estas aspiraciones, resulta llamativo que su crítica monolítica al modelo económico neoliberal y sus consecuencias para la profesión y su formación no se acompaña de la consideración del marco político que lo instala y lo sostiene en el tiempo. La crítica al contexto parece reducirse a su dimensión ética, obviándose su dimensión política. Mientras esta última siga ausente, será difícil educar para una comprensión más integral de los acontecimientos y sus contextos. Aunque se aprecia una perspectiva sistémica para concebir el trabajo comunitario, esta no parece incluirlas a cada una ni a los factores contextuales, los que las afectan en lo personal, en sus relaciones y condiciones laborales y en las demandas de las que su rol está investido. En consecuencia, se requiere abrir espacios de reflexión ética en la formación profesional inicial y continua con respecto al cuidado entre pares en enfermería y el cuidado posible del gremio por parte del sistema político-social. Es una opción que podría considerarse como una variante del cuidado maduro^{19,20} que propone un balance entre el cuidado altruístico y el bienestar personal.

Responsabilidades éticas

Los autores han seguido los protocolos de su centro de trabajo.

Durante la primera entrevista se presentó el consentimiento informado, y se firmaron dos ejemplares por entrevistadora y por entrevistada, quedándose cada una con un ejemplar.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Historia [Internet]. Colegio de Enfermeras A.G. 2007 [citado 18 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.colegiodeenfermeras.cl/info.asp?ob=3&id=29>.
2. Breda K. *Nursing and globalization in the Americas: A critical perspective*. Amityville. N.Y: Baywood Pub. Co; 2009.
3. Aguayo Acuña F, Mella Moraga R. Significado práctico del concepto gestión del cuidado en las enfermeras/os que se desempeñan en Atención Primaria en salud [Internet]. *Cienc. Enferm*. 2015 [citado 18 Ene 2018]. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0717-95532015000300007>.
4. Mardones R. Descentralización y transición en Chile. *Revista de Ciencia Política*. 2006;26:3-24.
5. Pregrado Enfermería Criterios Específicos Comisión Nacional de Acreditación CNA [Internet]. Cnachile.cl. 2007 [citado 18 Ene 2018]. Disponible en: <https://www.cnachile.cl/Paginas/pregrado-criterios-especificos.aspx>.
6. Muñoz C. *Reconstruyendo la identidad profesional de enfermeras chilenas: orientaciones para la formación en enfermería con sello comunitario* [tesis magister]. Universidad de Santiago de Chile. 2017. Disponible en: http://descubridor.usach.cl/USACH:usach_completo:usach_digitool89040.
7. Guba E, Lincoln Y. *Handbook of qualitative research. Competing paradigms in qualitative research*. London: Sage; 1994.
8. Cassiani S, Wilson L, Mikael S, Peña L, Grajales R, McCreary L, et al. The situation of nursing education in Latin America and the Caribbean towards universal health [Internet]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017 [citado 18 Ene 2018]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2232.2913>.
9. Taylor S, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* [Internet]. Barcelona: Paidós Básica; 1987 [citado 18 Ene 2018]. Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf>.
10. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. 6.ª ed. México: D.F.: McGraw-Hill Education; 2014.
11. Borboa Quintero M. Experiencia en metodología cualitativa: historia de vida. [Internet]. *Revistas.unam.mx*. 2012 [citado 18 Ene 2018]. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/rxm/article/view/33925/30965>.
12. Cruz M, Reyes M, Cornejo M. Conocimiento situado y el problema de la subjetividad del investigador/a. *Cinta moebio* [Internet]. 2012;45:253-74 [citado 18 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.moebio.uchile.cl/45/cruz.html>.
13. Mayring P. *Qualitative content analysis* [Internet]. *Dx.doi.org*. 2000 [citado 18 Ene 2018]. Disponible en: <https://doi.org/10.17169/fqs-1.2.1089>.
14. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *psicoperspectivas* [Internet]. 2003 [citado 18 Ene 2018];2:53-82. Disponible en: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/3>.
15. Maykut P, Morehouse R. *Beginning qualitative research*. London: Routledge/Falmer; 2001.
16. Erazo Jiménez MS. Rigor científico en las prácticas de investigación cualitativa. *Ciencia, Docencia y Tecnología* [Internet]. 2011; XXII(42):107-136. [consultado 4 ene 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14518444004>.
17. Hawkins S, Morse J. The praxis of courage as a foundation for care. *Journal of Nursing Scholarship*. 2014;46:263-70.
18. Nottingham C. The rise of the insecure professionals. *International Review of Social History*. 2007;52(03.).
19. Cortina Orts A, Conill Sancho J. 10 palabras clave en ética de las profesiones. Estella, Navarra: Verbo divino; 2000.
20. Hem M, Halvorsen K, Nortvedt P. Altruism and mature care. *Nursing Ethics*. 2014;21:794-802.