



Revista
CUIDAR
Edición No 11

ISSN 2463-1124



Programa de
Enfermería



Diego Fernando Jaramillo López

Rector
Corporación Universitaria Alexander Von
Humboldt.

Adriana Gutiérrez Salazar

Vicerrectora Académica
Corporación Universitaria Alexander Von
Humboldt.

Adriana María Zuluaga

Directora de Investigaciones
Corporación Universitaria Alexander Von
Humboldt.

Luz Lahiri Cortes Gálvez

Decana Ciencia de la Salud
Corporación Universitaria Alexander Von
Humboldt.

Mónica María López

Coordinadora de Investigación
Programa de Enfermería.

Edna Johana Mondragón Sánchez

Edición y Diseño
Programa de Enfermería.

Los textos publicados en esta revista pueden ser
reproducibles citando la fuente.

Estado legal: ISSN 2463-1124
Novena Edición.
Publicación de Circulación Semestral
Armenia, Colombia

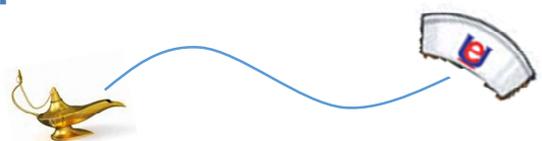
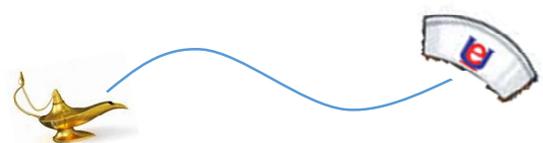


TABLA DE CONTENIDO

Editorial	4
Avanzando hacia una Cultura de Seguridad en el Cuidado del Paciente Julia Rosa Betancur.....	4
Artículos Originales	7
Experiencia de una madre respecto al rol de enfermería sobre el Cuidado de un paciente pediátrico con Enfermedad Oncológica bajo la teoría de la Incertidumbre frente a la Enfermedad de Merle Mishel Ana María Holguín Sossa, Dany Paulline Vidal Vergara, María Alejandra Motta Losada, María Fernanda Burgos Cortes, Laura Daniela Piña Yanguma	7
Vivenciando la Compañía en la Cesárea a la Luz de la Normatividad 2244 de 2022. Pereira 2023 Blanca Doris León Mejía, Claudia Patricia Solimán Caicedo, Jenyffer Alejandra Lobatón Villamil.....	24
Artículos de Reflexión	40
Favorecer el autocuidado del adulto mayor a través de una intervención educativa basada en Dorothea Orem Ana María Murillo Salamanca, Carol Pinzón Jaimes, Yonatan Arley Acosta Bonilla, Luz Adíela Holguín Holguín, Yury Andrea Jiménez Acevedo, Camilo Andrés González González, Tatiana Alejandra Hernandez Gamboa y Leidy Alejandra Arcos Acuña.....	40
Artículos Proyecto Nuclear	46
Situación de enfermería “Del miedo a la realidad” Cristian Camilo Salazar Diaz, Camila Andrea Garces Rueda, Sergio Sánchez Arboleda, Ines Alexandra Torres, Valeria Flórez, Briyith Dayanna Guzman Holguin.....	50



Avanzando hacia una Cultura de Seguridad en el Cuidado del Paciente

Moving Toward a Culture of Safety in Patient Care

Rumo a uma cultura de segurança no atendimento ao paciente

Julia Rosa Betancur¹
ORCID: 0009-0006-6379-5076

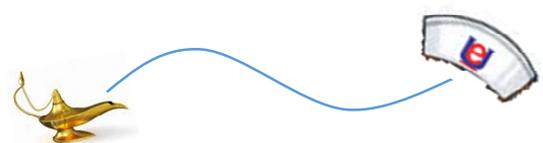
¹ Corporación Universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt, Armenia, Quindío, Colombia

Después del exitoso primer simposio sobre seguridad del paciente, donde expertos y profesionales de la salud compartieron conocimientos y reflexiones valiosas, queda claro que estamos en un momento crucial para avanzar en la cultura de seguridad en el cuidado del paciente. Las ponencias presentadas abordaron aspectos fundamentales que van desde la gobernanza compartida hasta el desarrollo profesional continuo, todos con un enfoque centrado en mejorar la calidad y la seguridad en la atención en salud.

Uno de los temas destacados fue la importancia de la gobernanza compartida, que reconoce la necesidad de involucrar a todas las partes interesadas, desde la cabecera del paciente hasta la junta directiva, en la toma de decisiones relacionadas con la seguridad del paciente. Esta colaboración multidisciplinaria es esencial para garantizar que se implementen políticas y procedimientos efectivos que protejan la salud y el bienestar de quienes confían en nuestros servicios.

Un aspecto clave que se tomó fue la reorientación del enfoque en la seguridad del paciente. En lugar de centrarse únicamente en la respuesta a eventos adversos, debemos adoptar un enfoque proactivo que identifique y prevenga posibles riesgos antes de que ocurran. Esto implica una revisión exhaustiva de los procesos y una cultura organizativa que promueva la transparencia y el aprendizaje continuo, una invitación a que los eventos adversos sean más que números que se deben reportar para cumplir con la tarea, un análisis de datos que trascienda a la mejora continua y a la cultura de seguridad,

Cada unidad funcional de una institución prestadora de servicios de salud es vital en el engranaje de la cultura de seguridad, en el simposio se dedicó una especial atención al quirófano teniendo en cuenta que es un área particularmente crítica donde se deben brindar altos estándares de seguridad. Mejorar la seguridad en este entorno requiere un enfoque riguroso en la gestión de riesgos clínicos y técnicos, así como un



compromiso con la mejora continua. Cada día es una oportunidad para aprender y mejorar, adoptando mejores prácticas y tecnologías innovadoras que minimicen el riesgo para los pacientes.

Además, no podemos subestimar el papel del desarrollo profesional continuo en la seguridad del paciente. Los profesionales de la salud deben estar constantemente actualizados en las últimas evidencias y técnicas para brindar el mejor cuidado posible. Esto implica no solo capacitación formal, sino también un enfoque curricular que integre la seguridad del paciente en todos los niveles educativos porque así como los profesionales de la salud deben priorizar su educación continua, la academia especialmente aquellos responsables de formar los futuros profesionales de la salud no puede ser ajenos a este relevante tema y desde la formación de pregrado el estudiante debe crear su cultura de seguridad y su compromiso por su formación constante, actualizada y pertinente al entorno, en ese sentido la académica tiene una responsabilidad enorme con la formación de nuevos profesionales competentes y comprometidos con la seguridad del paciente.

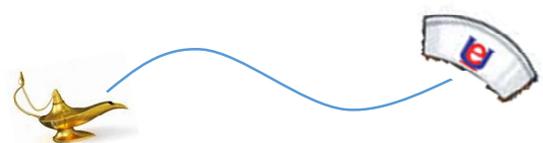
Es fundamental abordar el impacto emocional en los profesionales de la salud cuando enfrentan eventos adversos, comúnmente conocidos como segundas víctimas. Para mitigar este impacto y garantizar que los profesionales puedan mantener la calidad de la atención, es esencial proporcionar un apoyo adecuado y un entorno de trabajo compasivo.

Así las cosas, resaltar la importancia de implementar programas específicos dentro de las instituciones de salud dirigidos al acompañamiento de las segundas víctimas se vuelve crucial. Estos programas deben incluir acciones inmediatas, como la comunicación y el apoyo familiar, así como el respaldo profesional necesario. Además, es importante establecer un seguimiento continuo y difundir recursos disponibles para brindar el soporte necesario.

Estas acciones contribuyen a crear una cultura institucional que promueve la mejora continua, sin adoptar un enfoque punitivo ni culpabilizar a aquellos que nunca tuvieron la intención de causar daño. En lugar de ello, se busca crear un ambiente de comprensión y apoyo que permita a los profesionales de la salud seguir adelante y continuar brindando atención de calidad a sus pacientes.

Por último, para avanzar en la cultura de seguridad del paciente, es fundamental la articulación entre los referentes de la prestación de servicios de salud y la academia. La colaboración entre estas dos esferas asegurará que la investigación y la práctica clínica estén alineadas, impulsando así la innovación y la mejora continua en la atención de la salud.

Ahora es el momento de convertir estas reflexiones en acciones tangibles, trabajando juntos para garantizar que todos los pacientes reciban la atención segura y de alta calidad que merecen.



ARTICULO ORIGINAL

Experiencia de una madre respecto al rol de enfermería sobre el Cuidado de un paciente pediátrico con Enfermedad Oncológica bajo la teoría de la Incertidumbre frente a la Enfermedad de Merle Mishel

A Mother's Experience of the Nursing Role in the Care of a Pediatric Patient with Oncological Disease under the Theory of Uncertainty versus Merle Mishel's Disease

A experiência de uma mãe sobre o papel da enfermagem na prestação de cuidados a um doente pediátrico com doença oncológica, segundo a teoria da incerteza face à doença de Merle Mishel.

Ana María Holguín Sossa

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1010-2598>

Dany Paulline Vidal Vergara

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-7633-0385>

María Alejandra Motta Losada

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6947-0091>

María Fernanda Burgos Cortes

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8814-1433>

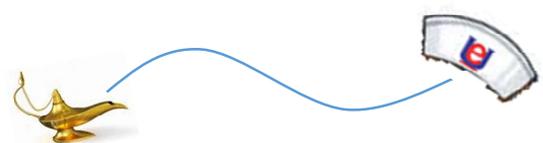
Laura Daniela Piña Yanguma

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2509-2012>

Universidad Alexander Von Humboldt. Armenia - Quindío, Colombia.

Autor correspondiente: Ana María Holguín Sossa

Email: aholguin1068@cue.edu.co



RESUMEN

Objetivo: Narrar la experiencia de una madre respecto al rol de enfermería sobre el cuidado de un paciente pediátrico con Enfermedad Oncológica bajo la teoría de la Incertidumbre frente a la Enfermedad de Merle Mishel. **Método:** Este estudio es de tipo cualitativo, descriptivo, fenomenológico tipo de estudio de caso cuyo fenómeno es narrar las experiencias de una madre respecto al rol de enfermería sobre el cuidado de un paciente pediátrico con Enfermedad Oncológica bajo la teoría de la Incertidumbre frente a la Enfermedad de Merle Mishel. **Resultado:** surgieron 4 capítulos, entre ellos: Proceso salud y enfermedad, Rol y relaciones de la familia en el proceso de enfermedad, Etapas de la incertidumbre en el núcleo familiar de paciente oncológico y rol de enfermería. **Conclusión:** Para la realización de este proyecto fue necesario emplear la teoría de la Incertidumbre frente a la Enfermedad de Merle Mishel debido a que es una herramienta esencial para abordar la incertidumbre, las reacciones del núcleo familiar y el duelo en los pacientes pediátricos oncológicos, a través de las diferentes etapas de la enfermedad, desde el prediagnóstico hasta el tratamiento, lo que contribuyó a desarrollar una narración sobre la experiencia de una madre respecto al rol de enfermería sobre el cuidado de un paciente pediátrico con Enfermedad Oncológica bajo la teoría de la Incertidumbre frente a la Enfermedad de Merle Mishel.

Palabras claves: Duelo materno, cuidado, Enfermería, Incertidumbre, Percepción.

ABSTRACT

Objective: To narrate the experience of a mother regarding the nursing role in the care of a pediatric patient with Oncological Disease under the theory of Uncertainty against Merle Mishel's Disease. **Method:** This study is qualitative, descriptive, phenomenological type of case study whose phenomenon is to narrate the experiences of a mother regarding the nursing role in the care of a pediatric patient with Oncological Disease under the theory of Uncertainty versus Merle Mishel's Disease. **Result:** 4 chapters emerged, among them: Health and disease process, Role and family relations in the disease process, Stages of uncertainty in the family nucleus of oncological patient and nursing role. **Conclusion:** For the realization of this project it was necessary to use the theory of Uncertainty in the face of Merle Mishel's disease because it is an essential tool to address uncertainty, the reactions of the family unit and mourning in pediatric oncological patients, through the different stages of the disease, from pre-diagnosis to treatment, which contributed to developing a narrative about a mother's experience regarding the nursing role over the care of a pediatric patient with Oncological Disease under the theory of Uncertainty versus Merle Mishel's Disease.

Keywords: Maternal grief, care, Nursing, Uncertainty, Perception.

RESUMO

Objetivo: Narrar a experiência de uma mãe com respeito ao papel de enfermagem sobre o cuidado de um paciente pediátrico com Doença Oncológica sob a teoria da Incerteza frente à Doença de Merle Mishel. **Método:** Este estudo é de tipo qualitativo, descritivo, fenomenológico tipo de estudo de caso cujo fenômeno é narrar as experiências de uma mãe sobre o papel de enfermagem



no cuidado de um paciente pediátrico com Doença Oncológica sob a teoria da Incerteza frente à Doença de Merle Mishel. **Resultado:** surgiram 4 capítulos, entre eles: Processo saúde e doença, Rol e relações da família no processo de doença, Etapas da incerteza no núcleo familiar de paciente oncológico e papel de enfermagem. **Conclusão:** Para a realização deste projeto foi necessário empregar a teoria da Incerteza frente à Doença de Merle Mishel porque é uma ferramenta essencial para abordar a incerteza, as reações do núcleo familiar e o luto nos pacientes pediátricos oncológicos, através das diferentes etapas da doença, desde o pré-agnóstico até ao tratamento, o que contribuiu para desenvolver uma narrativa sobre a experiência de uma mãe sobre o papel de enfermagem no cuidado de um paciente pediátrico com Doença Oncológica sob a teoria da Incerteza frente à Doença de Merle Mishel.

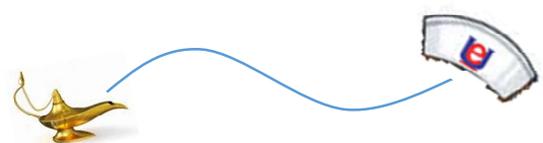
Palavras chaves: Duelo materno, cuidado, Enfermagem, Incerteza, Percepção.

INTRODUCCIÓN.

El cáncer infantil representa una de las principales causas de morbimortalidad en la niñez y la adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud (1). Afectando a niños y adolescentes en todo el mundo, esta enfermedad, caracterizada por su alta complejidad y diversidad, se ha convertido en un desafío significativo para la detección temprana y el tratamiento adecuado. Con aproximadamente 400,000 casos anuales entre jóvenes de 0 a 19 años, los tipos más comunes de cáncer infantil incluyen leucemias, cánceres cerebrales, linfomas y tumores sólidos como el neuroblastoma y los tumores de Wilms (1).

Sin embargo, el diagnóstico del cáncer infantil suele ser imprevisto; la presencia síntomas inespecíficos y la falta de conciencia sobre la posibilidad de que los niños desarrollen cáncer conducen a detecciones en etapas avanzadas, reduciendo las posibilidades de éxito en el tratamiento y aumentando la mortalidad (1). Además, los desafíos persisten en términos de acceso desigual a servicios de salud en países de bajos ingresos, donde las inequidades en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de calidad son preocupantes, especialmente en América Latina y el Caribe (2).

En este contexto, el papel crucial del personal de enfermería se vuelve evidente. Sin embargo, estos profesionales a menudo enfrentan desafíos en la formación y entrenamiento, tanto en aspectos emocionales y psicológicos como en habilidades de comunicación y empatía (3). La necesidad de atención holística y personalizada para los pacientes pediátricos con cáncer subraya la importancia de una enfermería especializada y compasiva (3).



Esta teoría evalúa cuales son las reacciones de las personas ante una enfermedad ya sea propia o de un ser querido, para lo cual se contextualiza el nivel de incertidumbre ante la enfermedad (16). Es aplicada en las fases de prediagnóstico, diagnóstico y tratamiento, proporciona una comprensión profunda del proceso que atraviesan los padres y familiares de niños oncológicos, así como de cómo experimentan el duelo bajo esta circunstancia (5).

La investigación se realizó mediante un estudio cualitativo, descriptivo, fenomenológico, que se llevó a cabo por medio de una entrevista semiestructurada que permite narrar la experiencia de una madre respecto al rol de enfermería sobre el cuidado de un paciente pediátrico con enfermedad oncológica.

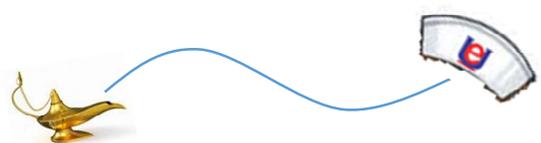
Para el personal de enfermería es importante comprender la situación que viven la madre para así generar herramientas que proporcionen un cuidado de manera integral según los requerimientos que demande, por ello la problemática de este proyecto está basada en ¿Cuál es la experiencia de una madre respecto al rol de enfermería sobre el cuidado de un paciente pediátrico con Enfermedad Oncológica bajo la teoría de la Incertidumbre frente a la Enfermedad de Merle Mishel?

El objetivo principal de esta investigación es narrar la experiencia de una madre respecto al rol de enfermería sobre el cuidado de un paciente pediátrico con Enfermedad Oncológica bajo la teoría de la Incertidumbre frente a la Enfermedad de Merle Mishel.

METODOLOGÍA.

Esta investigación se llevó a cabo por medio de un estudio de caso; el cual permite analizar detalladamente un tema específico. Este tipo de estudio se utiliza en la investigación cualitativa con el propósito de responder la pregunta de investigación y por este medio generar estrategias que permitan analizar y aportar evidencia basándose según la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel bajo la mirada de sus cuatro metaparadigmas: entorno, personal, salud y enfermería (6).

Con relación a la población, esta investigación genera aporte de datos en un momento único en septiembre del 2023 en la Tebaida Quindío. El enfoque de la investigación está dirigida a una madre con pérdida de paciente pediátrico con neuroblastoma que cumpla los criterios de inclusión.

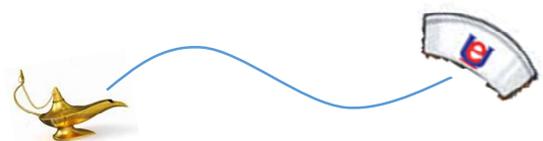


Para la recolección de estos datos se llevó a cabo una entrevista semiestructurada, que implica una conversación en la que el entrevistador hará preguntas abiertas, lo que permitirá una discusión fluida con el entrevistado (18). Se crearon preguntas relacionadas con la experiencia de una madre respecto al rol de enfermería en el cuidado de un paciente pediátrico con neuroblastoma, con el fin de saber cómo es la experiencia que tiene la madre respecto al rol de enfermería sobre el Cuidado de un paciente pediátrico con Enfermedad Oncológica.

La transcripción de la entrevista se realizó en formato Word en donde serán añadidos y organizados en la herramienta Atlas Ti 23, del cual surgen diferentes categorías partiendo de la narrativa desarrollada por la participante, de este modo se generarán fragmentos de texto transcrito que contengan una idea central de lo que se desea analizar; se realizará la codificación de las categorías y subcategorías emergentes, que permitan una mejor comprensión del fenómeno, mediante la búsqueda de patrones o afinidades dentro de las narrativas para la construcción de las categorías; en última instancia se llevará a cabo la triangulación de los datos encontrados para su posterior análisis que son de interés para el presente artículo, teniendo en cuenta las experiencias, vivencias y emociones propias de la entrevistada alrededor del fenómeno de estudio.

De este modo se generaron fragmentos de texto transcrito que contengan una idea central de lo que se desea analizar, se realizó la codificación de las categorías y subcategorías emergentes, permitiendo una mejor comprensión del fenómeno, mediante la búsqueda de patrones o afinidades dentro de las narrativas para la construcción de las categorías y por último se realizó la triangulación de los datos encontrados para su posterior análisis que son de interés para el presente artículo, teniendo en cuenta las experiencias, vivencias y emociones propias de la entrevistada alrededor del fenómeno de estudio.

La presente investigación es avalada por el Grupo Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Corporación Universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt. Se respetaron los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto a la autonomía. Para la confidencialidad de la información e identificación de los participantes, respecto al aceptar participar o no en la investigación y la devolución de los resultados a los participantes, según la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. Todas las participantes firmaron el consentimiento informado.



Marco conceptual.

Duelo materno: indica el proceso en el cual la madre experimenta la pérdida de un hijo; esto representa diferentes cambios psicológicos y emocionales. La reacción de duelo normal es, con frecuencia, un síndrome depresivo típico (13).

Cuidado: En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él (14).

Enfermería: se centra en el cuidado de la salud y de la vida, hacia esa pretensión se encaminan los esfuerzos y trabajos que se realizan para la atención de los sujetos de cuidado; la persona, la familia y la comunidad (15).

Incertidumbre: tener duda sobre algo; falta de seguridad; la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad (16).

Marco teórico: teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel

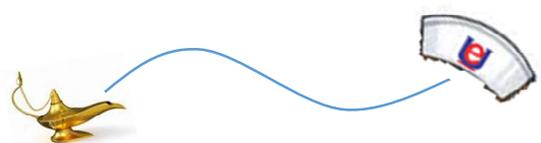
La teoría de la incertidumbre explica cómo las personas procesan cognitivamente a estímulos relacionados con la enfermedad y construyen un significado en estos eventos (16).

Elementos principales de la teoría:

1. Antecedentes de incertidumbre: Se refiere al marco de estímulos o la forma en la que la persona lo percibe. Posee tres componentes que son: sintomatología, familiaridad con el hecho, congruencia con el evento. Estos estímulos son interpretados por las personas para generar menos incertidumbre.

2. El proceso de valoración: Este abarca el nivel de reconocimiento y clasificación que tienen las personas para comprender la enfermedad, puede generar un estado de incertidumbre el cual surge como resultado de la interpretación de los estímulos. Esta fase se constituye a través de la interferencia que aborda la interpretación de los estímulos según la personalidad y las creencias generales; y la ilusión es una construida sin incertidumbre y suele ser vista como una luz en el proceso.

3. Enfrentamiento de la enfermedad: es la fase en la que se comprende la incertidumbre como una oportunidad o un peligro; cuando es comprendida como peligro puede asociarse con una visión



pesimista y una evaluación negativa del futuro, y se asocia con estados de ansiedad o depresión. Por otro lado, cuando se toma como una oportunidad es en respuesta a los estímulos y la fase de valoración, la persona ve esta fase como superación o como esperanza para el deceso (16).

Postulados: la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad es una teoría de rango medio que se centra en la persona (17).

Los dos primeros postulados surgen del procesamiento de la información desde la psicología

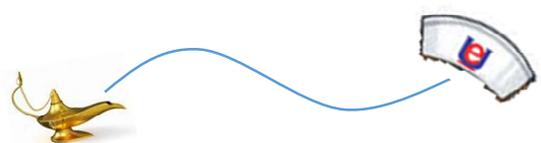
1. La incertidumbre es un estado cognitivo que representa la inadecuación del esquema cognitivo existente, cuya función es la de ayudar a la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad.
2. La incertidumbre es una experiencia intrínsecamente neutra que no se desea ni se desprecia hasta que se valora de una u otra forma.

Los dos siguientes postulados reflejan las bases de la teoría como el estrés y el afrontamiento:

3. La adaptación representa la continuidad de la conducta biopsicosocial normal del individuo y constituye el deseado resultado de los esfuerzos del afrontamiento, bien para reducir el nivel de incertidumbre, vista como un peligro, bien para ver la incertidumbre como una oportunidad.
4. La relación entre los casos de enfermedad, la incertidumbre, la valoración, los sistemas de afrontamiento y la adaptación es lineal y unidireccional, y va desde las situaciones de incertidumbre hasta la adaptación.

Metaparadigma

- **Persona:** sistemas biopsicosociales que normalmente se hallan lejos de un estado de equilibrio.
- **Salud:** no es solo carecer de enfermedad sino también hacer que el individuo acepte su estado de enfermedad a raíz de situaciones de incertidumbre.
- **Enfermería:** cuidados requeridos para ayudar al entendimiento eficaz de la condición clínica del paciente.
- **Entorno:** es el ambiente que rodea al individuo, constituido por un conjunto de factores objetivos y subjetivos, que influyen en el grado de incertidumbre.



RESULTADOS.

Proceso Salud y Enfermedad

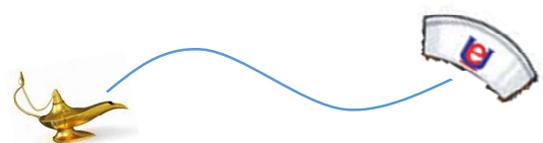
El proceso salud-enfermedad (PSE) es una categoría que permite comprender las actitudes individuales, colectivas y sociales frente a un fenómeno dado; siendo importante su abordaje para evidenciar el comportamiento de los diferentes miembros involucrados en el proceso de la enfermedad. (19)

En este contexto el PSE se desglosa en diversas subcategorías cruciales que reflejan la complejidad e importancia de este proceso dentro de las cuales se hablan de los diagnósticos errados, la prestación inadecuada de los servicios de salud, las Consecuencias del tratamiento y por último del diagnóstico final.

En relación con lo anterior los diagnósticos errados se refiere a una situación en la que un profesional de la salud realiza una evaluación médica y llega a una conclusión incorrecta sobre la enfermedad o condición que afecta a un paciente. Esto puede suceder debido a varios motivos, como la falta de información completa sobre los síntomas del paciente, interpretación incorrecta de pruebas médicas, falta de experiencia del médico, similitud de síntomas entre diferentes enfermedades, entre otros factores. (20)

Por otro lado, la prestación de servicios de salud inadecuada implica que estas entidades no cumplen con los estándares de calidad, seguridad y eficacia en la atención médica que deben ofrecer a los pacientes. Esto puede manifestarse de diversas formas, como la falta de instalaciones y equipo adecuados, personal no capacitado o insuficientemente capacitado, demoras en el acceso a la atención médica, diagnósticos incorrectos, tratamientos inadecuados, falta de seguimiento adecuado, entre otros problemas (21).

En cuanto a las consecuencias del tratamiento se refieren a los resultados o efectos, tanto positivos como negativos, que surgen a raíz de un tratamiento médico o terapéutico. dentro de los que se encuentran equimosis por venopunción, flebitis química, pérdida de peso, entre otras (22) y por último está el diagnóstico final, este hace referencia a la conclusión médica definitiva y precisa alcanzada después de evaluar cuidadosamente los síntomas, realizar pruebas diagnósticas y considerar el historial médico del paciente. Es el resultado concluyente del proceso de



diagnóstico médico, en el cual se identifica y nombra la enfermedad o condición específica que afecta al paciente. (23)

Teniendo en cuenta estos conceptos se considera que estas expresiones alimentan este capítulo:

“Ella le daba un dolor en una pierna, ella decía que le dolía mucho. Nosotros al principio pensamos que ella se había caído, se había lastimado, entonces nosotros la llevábamos acá, al hospital de Tebaida. Y pues acá le mandaban, calmantes y volvían y le decían que no, que era el crecimiento de los huesos. Sí. Entonces volvían y le daban salida, volvíamos y nos la traíamos” (P1)

“A lo último ya nos dijeron que no era el dolor del crecimiento, sino que eran cálculos. Entonces, así se fue, como fue avanzando.”(P1)

“Desde el principio, cuando a ella le hicieron todos los exámenes, a ella le salió metástasis. Y desde el principio, cuando a ella la enviaron para Pereira, la oncóloga pediatra me dijo, lo más probable es que la niña tenga un neuroblastoma y si tiene un neuroblastoma ya no se va a salvar.”(P1)

“No, pues en ese momento teníamos la peor EPS que era Cafesalud. Y en ese tiempo, pues no, ellos no tenían convenio con casi nadie. A mí me tocó poner tutelas, desacatos, de todo, porque allá no le daban la atención a tiempo. Todo era muy demorado.” (P1)

“Pues casi todo, cada vez que le tocaba quimioterapia me tocaba siempre casi esperar porque, como no había convenio, siempre casi todo era demorado, todo. Exámenes, todo. Cuando la hospitalización, lo mismo, todo era demorado porque no había convenio con nadie.” (P1)

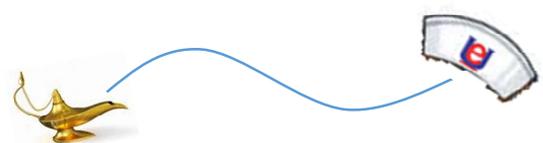
“la mantenían torturando porque ella, todos los días tenía que canalizar una vena diferente porque ella ya no tenía venitas. La quimioterapia le quema mucho las venas.” (P1)

Rol y Relaciones de la Familia en el Proceso de Enfermedad

La relación familiar en el proceso de la enfermedad de un niño con cáncer busca indagar por las necesidades de apoyo a este grupo que comparte la experiencia del sufrimiento que cobra importancia para favorecer la intervención y los cuidados necesarios que se le brindan a las personas que padecen la enfermedad.

Según lo mencionado anteriormente, el cuidado paliativo es definido como el control de los síntomas para conseguir una mejora del bienestar de la persona. Es un intento de paliar las complicaciones que provoca la enfermedad, actuando directamente sobre éstas, aunque la causa (proceso patológico de base) no esté controlada.

Por otro lado, el apoyo emocional es considerado como la capacidad de proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión al individuo, con el fin de generar un vínculo de apoyo y proporcionar cuidados oportunos para que la persona logre una pronta



recuperación. Del mismo modo, el cuidador principal deriva del reconocimiento de la persona que efectúe sobre una persona (familiar o amigo), quien asume la responsabilidad frente al proceso de recuperación. Es quien representa una solución ante la necesidad de atender a la persona enferma, sin que se haya llegado, en muchos casos, a un acuerdo explícito entre los miembros de la familia.

Teniendo en cuenta estos conceptos se consideró que estas expresiones alimentan este capítulo:

“La persona que me ayudó durante todo este proceso fue mi mamá” (P1)

“ Sí, señora yo conté con el apoyo del papá, pues él mantenía trabajando, pero pues siempre estaba, cuando podía nos visitaba.” (P1)

“Sí, solo me dijeron, llévase la niña a la casa, para que ella pueda ya descansar tranquila. Y no pase, pues acá, los últimos días de la vida de ella sufriendo.” (P1)

“Cuando ella comenzó el tratamiento si, no la dejaba hacer muchas cosas, no la dejaba comer muchas cosas, hubo meses que yo no la dejaba tomar lácteos, no la dejaba comer embutidos, no la dejaba comer carne, muchas cosas, no la dejaba salir a la calle. pero hubo un momento de que yo dije, no es justo, de que ella ya se va a ir de este mundo y yo no le esté dejando vivir a ella la vida, entonces ahí es donde dije coma lo que quiera. Ella salía de quimioterapia y al otro día me decía mamá déjame salir, yo me pongo un gorrito y la bufanda y todo, y yo le decía salga, mi mamá me decía no la deje salir y ella me decía que la dejara salir que en algún momento ella ya no va a estar, dejémosla que viva todo lo que tenga que vivir, el día antes de ella morir me dijo mami tengo una sed y fui y le compre una gaseosa.” (P1)

Etapas de la Incertidumbre en el Núcleo Familiar de Paciente Oncológico

La incertidumbre se define como la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad; es un estado cognitivo, creado cuando la persona no puede estructurar un evento debido a la falta de señales (5).

Según Merle Mishel, para identificar que una persona ya sea paciente o cuidador, está pasando por un proceso de incertidumbre se deben tener en cuenta diferentes etapas como lo son los signos de alarma, la sintomatología que se presenta, los sentimientos del núcleo familiar y el proceso del fallecimiento y duelo.

En relación con lo anterior los signos de alarma hacen referencia al reconocimiento de ciertos signos por los cuales un individuo debería consultar a su médico lo antes posible ya que son indicativos de una patología en desarrollo (28). Así mismo, se denomina sintomatología al grupo de síntomas que se asocian con una enfermedad, representan una serie de indicios de que algo se está desarrollando dentro del cuerpo humano.



Por otra parte, los sentimientos son alteraciones cerebrales producto de la observación que hace la mente de los cambios generados por las emociones; es decir son impulsos que se transforman en emociones y acciones; estos pueden ser consecuencia de estímulos externos como ruidos, situaciones, sonidos, tactos, experiencias, presiones, etc (29). Los sentimientos se presentan en cualquier persona, y en el caso de padecimiento de enfermedades pediátricas se presentan principalmente en el núcleo familiar inmediato del paciente. En cuanto a la implicación familiar en el proceso de enfermedad se incluyen el fallecimiento del ser querido y el periodo del duelo; se describe el fallecimiento como un tipo de pérdida total de otra persona en este caso debido a una enfermedad terminal en el que la persona se enfrenta a su final.

Posterior a esta etapa, se presenta el duelo, es un término que suele referirse al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo, estaba psicosocialmente vinculado. Teniendo en cuenta estos conceptos se consideró que estas expresiones complementan este capítulo:

“Ella le daba un dolor en una pierna, ella decía que le dolía mucho. Nosotros al principio pensamos que ella se había caído, se había lastimado, entonces nosotros la llevábamos acá, al hospital de Tebaida. Y pues acá le mandaban, calmantes y volvían y le decían que no, que era el crecimiento de los huesos” (P1)

“ Ella estaba pálida, le daba varias veces fiebre, pero nunca le decían nada más” (P1)

“ Pues eso fue lo peor de la vida. Es un sentimiento mejor dicho que uno no, como que no le cabe en la cabeza. Uno lo asimila. No sé, son tantos sentimientos que uno no sabe ni qué sentir, ni qué hacer, mejor dicho” (P1)

“ Desde el principio, cuando a ella le hicieron todos los exámenes, a ella le salió metástasis. Y desde el principio, cuando a ella la enviaron para Pereira, la oncóloga pediatra me dijo, lo más probable es que la niña tenga un neuroblastoma y si tiene un neuroblastoma ya no se va a salvar” (P1)

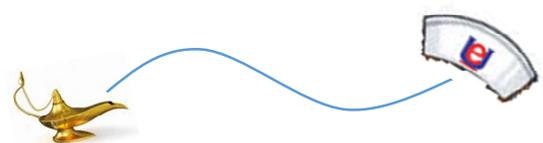
“Ella ya no era capaz de cerrar los ojos al dormir. Entonces el doctor, fueron como tres doctores y me dijeron que me la llevara para la casa, que ella ya estaba en la etapa final del cáncer ” (P1)

“Sí, la doctora me dijo que si quería me podía remitir a psicólogos, pero yo le dije que no” (P1)

“Yo viví el duelo antes que ella se muriera y después por la forma como me decían las cosas. Porque ella recae muchas veces y es un sufrimiento todo el tiempo” (P1)

Rol de Enfermería

El cuidado que ofrece el profesional de enfermería se centra en la persona y su interacción con el entorno, el objetivo del profesional debe ser esencialmente para el beneficio de la persona, su



familia y la comunidad; en donde el cuidado implica el uso de los conocimientos y la sensibilidad respecto a lo que es importante (30).

Es por esto, que la atención por parte del personal de salud debe ser de calidad donde se concibe como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario (31). Así mismo dando a conocer el acompañamiento y cuidados continuos que apoyen el proceso de adaptación a la enfermedad y en abogar por el empoderamiento de las personas para el manejo y control de estas enfermedades. (32).

La enfermería es una profesión con profundas raíces humanistas, por las personas que confían en su cuidado, en especial de quienes experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento. (33). La cantidad de trabajo para un enfermero condiciona el retraso y la calidad de los servicios prestados, situación que genera inconformidad por parte del paciente y su familia, lo que conlleva a que frecuentemente se presenten agresiones verbales y discrepancias hacia el personal de enfermería. (34).

Teniendo en cuenta estos conceptos se consideró que estas expresiones complementan este capítulo:

"Enfermería, sí era los profesionales que más veía"(P1)

"Más que todo auxiliares."(P1)

" Sí, ellos siempre estaban presentes."(P1)

"Pues de las enfermeras si, eran amables. De la oncóloga pediatra que me tocó, no"(P1)

"Pues la verdad, no, con las enfermeras era muy difícil porque pues ella les daba rabia cuando uno les preguntaba algo"(P1)

"No, no reaccionaba de buena manera, les daba rabia. Entonces decían voy a llamar a la doctora. Entonces yo les decía, pues llámela, pero yo tengo que dejarla descansar. Entonces llegaba la doctora y la doctora sí me decía, háganle unos pañitos y déjenla descansar y más tardecito le siguen intentando."(P1)

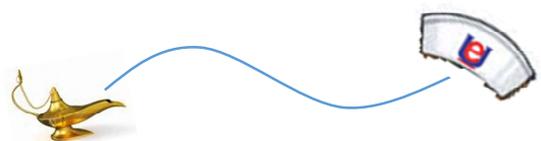
"Pues bien. Sí. Aunque hubo una enfermera que no tan bien."(P1)

"pues ella se ponía brava, una enfermera. Me decía, no, ya, silencio, que yo no sé qué. Yo le decía, pero si es que a ella le duele cuando tú haces silencio. Sí. A veces yo veo como un desacuerdo con una enfermera, por eso."(P1)

"Pues por ahí que un 7, porque es que no, o sea, no todas son, no tienen como, como la misma forma."

"Y se me entiende como a la fuerza. Y yo le decía que no a la enfermera, y me decía, no, es que se tiene que coger"(P1)

"Sí, el acompañamiento que tenían con la niña fue bien"(P1)



"No, solo los medicamentos. En el momento en que ellas entraban solo iban a aplicar los medicamentos. Y ya."(P1)

"No, pues la verdad creo que no, porque pues nunca estaban, a ver, como tan en contacto con uno, sino que solo iban a hacer lo que tenían que hacer y ya, se iban."(P1)

"Sí, es más, cuando a ella a veces le daba fiebre o algo, a mí me tocaba ir a veces a buscarlas. No tenían ese contacto siempre. Sí, no, ellas a veces se iban y a veces no volvían por mucho tiempo."(P1)

DISCUSIÓN.

El propósito de esta investigación fue narrar la experiencia de una madre respecto al rol de enfermería sobre el cuidado de un paciente pediátrico con Enfermedad Oncológica bajo la teoría de la Incertidumbre frente a la Enfermedad de Merle Mishel. En la investigación se pudo apreciar que la prestación de servicios de salud no fue la más adecuada por parte del personal de enfermería, debido a que no hay un personal capacitado y negligente en la atención de pacientes con enfermedades terminales, las cuales no solo afecta emocional y psicológicamente a la familia, sino también a la paciente; la falta de sensibilidad, información y paciencia les genera retos, tal y como lo señala la autora Rita Mariela: los profesionales de enfermería enfrentan desafíos en la información y entrenamiento, tanto en aspectos emocionales y psicológicos como en habilidades de comunicación y empatía. (3)

Sin embargo hay otras teorías que menciona que el personal de salud ya debe tener los conocimientos adecuados y pertinentes como lo son la humanización, la empatía y solidaridad con los pacientes y su familia frente al manejo de sus enfermedades tal y como lo corrobora María Mercedes Durán quien aclara que es necesario que el personal de enfermería aborde las situaciones que se encuentren en la práctica y la enfermedad, haciendo uso de las teorías de enfermería, encargadas de describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica profesional, así como también definir qué es la enfermería, qué hacen las enfermeras, como lo hacen y por qué lo hacen (4).

El proceso de enfermedad fue un choque muy grande para la familia de la paciente, quienes vivieron todas las etapas con ella, debido a que se reflejaba con el pasar de los días el deterioro de su salud, esto provocaba incertidumbre en los familiares debido a que su pronóstico era muy reservado y varias veces tuvo recaídas pese a los cuidados brindados en los centros de salud y en casa. Además, fueron narrados momentos en los que, por el impacto del acontecimiento, la familia no podía comprender lo que estaba ocurriendo. Trejo Martínez F, señala que la sobrecarga de

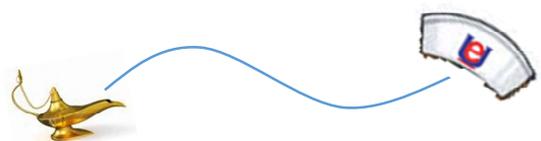


información ocurre cuando esta capacidad es excedida y la limitación de la capacidad cognitiva reducirá la habilidad para percibir el patrón de síntomas, la familiaridad con el evento y la congruencia con el mismo, lo cual favorece la aparición de la incertidumbre (16).

Durante todo el proceso se vio reflejado el acompañamiento familiar, dado que pasaron por etapas difíciles que generaron un acercamiento y una buena comunicación entre los miembros de la familia y lograron superar obstáculos pese a la dificultad de la situación. Ahora bien, cuando recibieron la noticia que no había nada que hacer por ella, decidieron dejar de cohibirle la alimentación, la libertad de compartir, para que así ella pudiera hacer todo que no pudo por la patología, y disfrutara una última vez de todo aquello que no logró vivir por el desarrollo de su enfermedad. Tal como lo menciona Bernal L, el apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social. (35)

Según el estudio realizado en esta investigación se evidenció que además a la entrevistada no se le proporcionó un manejo emocional sobre el proceso de duelo por parte del personal de enfermería que interviniera en esa fase de duelo, proporcionando mecanismos lúdicos y manejo de las emociones frente al proceso para ella y su familia, por tal razón se entra a corroborar con la posición de *Díaz Moreno LY, Duran de Villalobos MM y López Silva N, que menciona* la importancia de hacer uso de la teoría de incertidumbre, porque esto permite analizar cómo es el proceso por el cual deben pasar los padres, familiares y personas cercanas con un niño oncológico (5). Así mismo conocer cómo se vive el duelo en estas personas bajo la mirada de la autora Merle Mishel. Como lo menciona *Méndez X, Orgilés M, López-Roig S, Espada y. J.P,* por tal razón en otros casos se ha reconocido que el proceso de duelo por parte de los padres o la familia genera unos sentimientos de ira, intenso dolor e incluso tal y como lo mencionan los autores mencionados anteriormente, que durante estas etapas los padres pueden verse abrumados por reacciones emocionales (12). Este último es uno de los más reconocidos por lo que muchos estudios lo consideran causante de ansiedad y depresión. (12)

Esta investigación nos ofrece una mirada más amplia para mejorar la calidad del cuidado integral que se debe brindar por parte del personal de enfermería, debido a que se encuentran



falencias en la atención y la falta de empatía al realizar los procedimientos. Esto genera una alerta para hacer mejor uso de la comunicación asertiva, ya que los servicios de hospitalización y eps no son claros en la información que brindan y esto hace más difícil la comprensión de los pacientes y familiares.

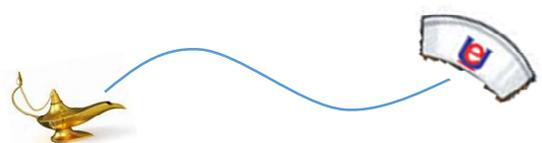
Esta investigación encontró como principal limitación la escasa bibliografía acerca de neuroblastoma y el rol de enfermería en oncología. Además, fue una barrera el lugar de residencia del sujeto de estudio, lo cual limitó los recursos y la logística para el desarrollo de la investigación. Otra limitación fue la falta disponibilidad del sujeto de estudio y del grupo investigador para la obtención de datos presentes en el objetivo de este proyecto.

La atención de enfermería es un pilar fundamental en la prestación de los servicios de salud, para mejorar este aspecto es importante enfocarse en la formación continua del personal, la comunicación asertiva con los pacientes y/o cuidador, hacer uso de la empatía, el respeto y la humanización de la atención son elementos claves para brindar una atención integral en salud.

CONCLUSIONES.

El cáncer infantil es una problemática de salud a nivel mundial, y la falta de atención sobre la posibilidad de que los niños desarrollen cáncer conduce a la detección tardía de la enfermedad, lo que reduce la probabilidad de un tratamiento exitoso.

Para la realización de este proyecto fue necesario emplear la teoría de la Incertidumbre frente a la Enfermedad de Merle Mishel debido a que es una herramienta esencial para abordar la incertidumbre, las reacciones del núcleo familiar y el duelo en los pacientes pediátricos oncológicos, a través de las diferentes etapas de la enfermedad, desde el prediagnóstico hasta el tratamiento, lo que contribuyó a desarrollar una narración sobre la experiencia de una madre respecto al rol de enfermería sobre el cuidado de un paciente pediátrico con Enfermedad Oncológica bajo la teoría de la Incertidumbre frente a la Enfermedad de Merle Mishel. Por esta razón el personal de enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado de pacientes pediátricos con cáncer, pero enfrenta barreras en su formación y entrenamiento; la atención integral de enfermería es útil para ayudar a las familias a sobrellevar situaciones presentes en la enfermedad y guiar desde la incertidumbre hasta la adaptación.



En cuanto al aporte de enfermería, ante la falta de trabajos sobre el tema investigado, el estudio pretende contribuir en las investigaciones efectuadas en enfermería, con el fin de ampliar la bibliografía actual y que futuros investigadores puedan aplicar o refutar las mismas estrategias metodológicas; además alimenta el campo de estudios aplicados a pacientes pediátricos basados en una teoría de enfermería, debido a que la mayoría son investigaciones aplicadas a personas adultas.

Financiación: Los autores no recibieron ninguna fuente de financiación.

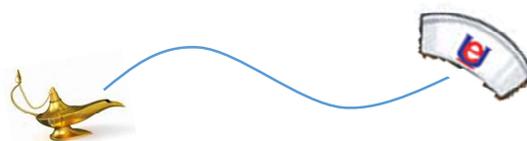
Conflicto de Interés: Ninguno

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

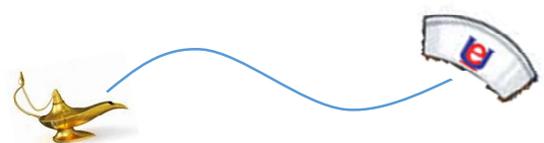
1. El cáncer infantil [Internet]. www.who.int. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children> El 55% de los niños y adolescentes con cáncer se curan en América Latina y el Caribe - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. www.paho.org. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/15-2-2022-55-ninos-adolescentes-con-cancer-se-curan-america-latina-caribe>
2. Post-Grado E. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS [Internet]. Edu.pe. [citado el 6 de octubre de 2023]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/13531/Quispe_Flores_Riata_Mariela_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Villalobos D, Mercedes M. Teoría de enfermería: ¿un camino de herradura? Aquichan [Internet]. 2007 [citado el 18 de septiembre de 2023];7(2):161–73. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972007000200005&lng=e&nrm=iso&tlng=es
4. Díaz Moreno LY, Duran de Villalobos MM, López Silva N. Adaptación y validación DE la Escala DE Mishel DE incertidumbre frente a la enfermedad en procedimientos diagnósticos. Cienc Enferm (Impresa) [Internet]. 2019 [citado el 18 de septiembre de 2023];25. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-9553201900010020
5. Álvarez Álvarez C. La elección del estudio de caso en investigación educativa. Gaz Antropol [Internet]. junio de 2012 [citado 16 de septiembre de 2023]; Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/20644>
6. Neuroblastoma [Internet]. Elsevier.es. [citado el 5 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-pdf-S1696281808748807>
7. Morosini F, Castiglioni M, Pagés C, Simón E, Zuccolo S, Silveira A, et al. Neuroblastoma en niños menores de 18 meses: Experiencia de 10 años en Centro Hematooncológico Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Arch Pediatr Urug [Internet]. 2013 [citado el 5 de octubre de 2023];84(2):84–90. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492013000200002
8. Epidemiológica S. Boletín Epidemiológico Semanal [Internet]. Gov.co. [citado el



- 5 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2021 Boletin epidemiologico semana 5.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2021%20Boletin%20epidemiologico%20semana%205.pdf)
9. Augusto C, Zuluaga R. Gov.co. [citado el 5 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://quindio.gov.co/home/docs/items/item_196/salud_publica/INFORME_QUINDIO - PRIMER SEMESTRE DE 2019.pdf](https://quindio.gov.co/home/docs/items/item_196/salud_publica/INFORME_QUINDIO_-_PRIMER_SEMESTRE_DE_2019.pdf)
 10. Carreño-Moreno S, Chaparro-Díaz L, López-Rangel R, Cardenas-Fandiño M, Carrillo-González M, Gómez-Ramírez O. Experiencia del cuidador familiar ante la muerte del niño con cáncer. Rev Latinoam Bioet [Internet]. 2020 [citado el 5 de octubre de 2023];20(1):15–26. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022020000100015
 11. Méndez X, Orgilés M, López-Roig S, Espada y. J.P. ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL CÁNCER INFANTIL [Internet]. Core.ac.uk. 2004 [citado el 5 de octubre de 2023].
 12. Perinatal M, materno: D. INVESTIGACIÓN ORIGINAL [Internet]. Edu.co. [citado el 5 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/39017/27107-95060-1-PB.pdf?sequence=1>
 13. Javier Báez-Hernández F, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López O. The Significance of Care in Professional Nursing Practice [Internet]. 2008. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n2/v9n2a02.pdf>
 14. Gómez L, Isabel M. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Rev Univ Ind Santander Salud [Internet]. 2015 [citado el 5 de octubre de 2023];47(2):209–13. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013
 15. Trejo Martínez F, Mishel M. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero [Internet]. Medigraphic.com. 2012 [citado el 5 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121g.pdf>
 16. Raile Alligood M. Modelos y Teoría en enfermería. Greenville North Carolina. Elsevier; 2018. [Citado: 06,10,2023].
 17. Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investig En Educ Médica. septiembre de 2013;2(7):162-7.
 18. Jasmín V Cacante C, María Mercedes Arias Valencia [citado el 29 de octubre de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000200002
 19. Benítez del Rosario MA, Asensio Fraile A. Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. Aten Primaria [Internet]. 2002 [citado el 29 de octubre de 2023];29(1):50–2. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-fundamentos-objetivos-cuidados-paliativos-13025587>
 20. Profesional P, María M, Garduño DM, Vicenta Gómez Martínez L, Siles Juárez LP. Emotional support: Conceptualization and performance of nursing, a look from the perspective of the learner [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 29 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2009/eu093f.pdf>
 21. Yamileth Castaño-Mora, Gladys Eugenia Canaval-Eraza [citado el 29 de octubre de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-
 22. Centro Clínico Oncológico [Internet]. Oncologiahuelva.com. [citado el 29 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://oncologiahuelva.com/signos-sintomas-alarma/>
 23. Giordano. AMS. EMOCIONES Y SENTIMIENTOS [Internet]. Edu.ar. [citado el 29 de



- octubre de 2023]. Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/27898/Emociones%20y%20sentimientos.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
24. Oneys del Carmen De Arco-Canoles [citado el 29 de octubre de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072018000200171
 25. Ulloa Sabogal, I. M., Universidad Industrial de Santander, Valbuena Durán, L. D., & Camargo Figuera, F. A. (2021). Calidad del cuidado brindado por estudiantes de enfermería: experiencia y satisfacción del usuario. Revista CUIDARTE, 12(1). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1130>
 26. Veliz-Rojas L, Saavedra AB. Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento [Internet]. Scielo.sa.cr. [citado el 29 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n32/1409-4568-enfermeria-32-00186.pdf>
 27. Román L, Agustín C. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2006 [citado el 30 de octubre de 2023];22(3):0–0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300007
 28. Orozco SM, Vija MV. DESHUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA HACIA LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS [Internet]. Edu.co. [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10415/2018sandraorozco.pdf?sequence=3>
 29. Louro Bernal, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. Revista cubana de salud publica, 29(1), 48–51. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007



ARTICULO ORIGINAL

Vivenciando la Compañía en la Cesárea a la Luz de la Normatividad 2244 de 2022. Pereira 2023.

Experiencing the Company in the Cesarean Section in the Light of Regulation 2244 of 2022. Pereira 2023.

A Vivência da Empresa na Cesariana à Luz do Regulamento 2244 de 2022. Pereira 2023.

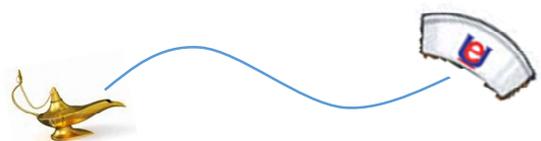
Blanca Doris León Mejía^I
ORCID: 0000-0002-6139-3835

Claudia Patricia Solimán Caicedo^I
ORCID: 0009-0000-3127-2971

Jenyffer Alejandra Lobatón Villamil^I
ORCID: 0009-0009-2610-969X

^IFundación Universitaria del Área Andina Sede Pereira-Colombia

Autor correspondiente: Blanca Doris León Mejía
Email: bleon@areandina.edu.co



RESUMEN.

Introducción: El parto vía cesárea involucra atención por profesionales de salud con el mismo abordaje del parto vaginal, lo que requiere ambientación de los escenarios que lleven a velar porque la gestante y su familia se sientan respetados, acompañados e informados en todo momento (Cerdán Jiménez, y otros, 2017). Objetivo: Describir las vivencias al acompañar la cesárea a la luz de la normatividad 2244 de 2022. Metodología: La investigación es de tipo cualitativo-interpretativo, desde la descripción de las vivencias al acompañar la cesárea a la luz de la normatividad actual, para la recolección de los datos se utilizaron entrevistas en profundidad con guía temática previamente elaborada para tal fin. Resultados: se condensa el análisis de los resultados, proporcionando respuesta a los objetivos específicos, identificando los principales temas y subtemas relevantes desde la subjetividad de las vivencias. Conclusión: Los hallazgos del estudio muestran dificultades de acceso para asistir y acompañar la cesárea.

Palabras claves: Cesárea humanizada, Acompañamiento, Rol paterno, Trinomio, Binomio.

ABSTRACT.

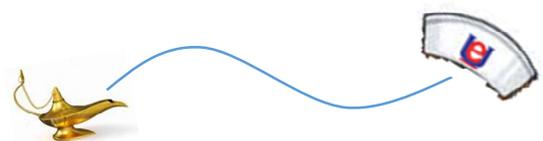
Introduction: Cesarean delivery involves care by health professionals with the same approach as vaginal delivery, which requires setting scenarios that lead to ensure that the pregnant woman and her family feel respected, accompanied and informed at all times (Cerdán Jimenez, et al., 2017). Objective: To describe the experiences when accompanying cesarean section in the light of regulation 2244 of 2022. Methodology: The research is of a qualitative-interpretative type, from the description of the experiences when accompanying cesarean section in the light of the current regulations, for the collection of data, in-depth interviews were used with a thematic guide previously prepared for this purpose. Results: the analysis of the results is condensed, providing answers to the specific objectives, identifying the main themes and relevant sub-themes from the subjectivity of the experiences. Conclusion: The findings of the study show difficulties of access to assist and accompany cesarean section.

Key words: Humanized Cesarean Section, Humanizing Delivery, Patient Escort Service, Paternal Role, Trinomial, Binomial.

RESUMO.

Introdução: O parto cesáreo envolve cuidados prestados por profissionais de saúde com a mesma abordagem do parto vaginal, o que requer a montagem do cenário para garantir que a gestante e sua família se sintam respeitadas, acompanhadas e informadas em todos os momentos (Cerdán Jiménez, et al., 2017). Objetivo: Descrever as experiências de acompanhamento de uma cesariana à luz do regulamento 2244 de 2022. Metodologia: A pesquisa é qualitativa-interpretativa, baseada na descrição das experiências de acompanhamento de cesariana à luz da regulamentação vigente; para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas em profundidade, com um guia temático previamente elaborado para esse fim. Resultados: a análise dos resultados é condensada, dando respostas aos objetivos específicos, identificando os principais temas e subtemas relevantes a partir da subjetividade das experiências. Conclusão: os achados do estudo evidenciam dificuldades de acesso à assistência e ao acompanhamento da cesárea.

Palavras-chave: Recesariana, Serviço de Acompanhamento de Pacientes, Papel Paterno, Trinômio, Binômio.

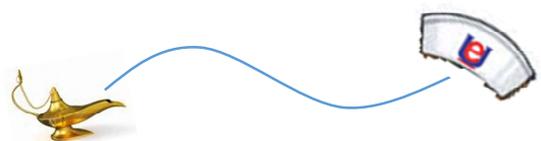


INTRODUCCIÓN.

Las recomendaciones actuales de la Organización Mundial de la Salud-OMS para los cuidados durante el parto, para una vivencia de parto positiva, pretenden transformar la atención de las mujeres y los recién nacidos conduciéndola para mejorar la salud y el bienestar resaltando la importancia de una atención centrada en la gestante para mejorar la vivencia del trabajo de parto y el parto (vaginal o por cesárea) por medio de una visión integral fundamentado en los derechos humanos. El documento condensa un modelo integral de cuidados a lo largo del parto considerando la diversidad de los planes de atención y la práctica existente (Organización Mundial de la Salud, 2018). En el mismo orden de ideas, un apartado detalla la importancia de eliminar los obstáculos y los limitantes que no favorezcan una vivencia de parto positiva e incentiva a seguir métodos naturales que le concedan a la madre vivir su proceso con acompañada, respetada y con naturalidad, gozando de información real y clara sobre el estado de salud del binomio madre-hijo.

Un aspecto altamente relevante señala el auténtico papel del acompañante enmarcado dentro del contexto de la felicidad que se experimenta cuando la mujer se siente acompañada lo que genera y promueve la tolerancia al dolor, alejando los temores y aportando seguridad y fuerza en los espacios hospitalarios (Riaño Correa, 2021). Por consiguiente, la presencia de un acompañante durante el trabajo de parto, parto, cesárea, recuperación y puerperio logra generar momentos de compromiso y responsabilidad, además de ofrecerle a la madre un ambiente de familiaridad y nutrición emocional para el binomio. Por consiguiente, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de acuerdo con los fines establecidos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS, se busca asegurar la salud y fomentar el bienestar para madres y recién nacidos, mediante estrategias mundiales que reduzcan las desigualdades y el aprovechamiento de la influencia de los padres, madres, familias y las comunidades para el cambio beneficiando la salud materna y neonatal (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2017).

El contexto anterior admite el nacimiento vía cesárea con enfoque humanizado partiendo de la importancia de beneficiar el bienestar fetal y/o materno, favoreciendo el escenario a partir del respeto, trato humano y seguro, garantizando la continuidad de los vínculos emocionales a través del contacto piel con piel y la participación activa del padre y/o acompañante en el proceso, logrando una relación de confianza entre el recién nacido, la madre y el padre (Costa



Romero M, Lalaguna Mallada P, Díaz Gómez N. M 2019), aceptando que cada proceso es insuperable, excepcional y de relación estrecha e íntima entre la triada: mamá, papá y recién nacido; así mismo, promoviendo un ambiente de serenidad y caluroso, que contribuya para que la madre se sienta segura y en complicidad durante todo el proceso del nacimiento, aportando al nuevo integrante el mayor grado de bienestar, salud emocional y físicamente.

Por consiguiente, permitir y humanizar el proceso del nacimiento es un acto de acompañar en cada momento la materna, feto y posterior recién nacido, teniendo un enfoque diferencial e integral, garantizando al binomio seguridad, protección y bienestar (Bocoum, FY, Kaboré, C., Barro, S., Zerbo, R., Tiendrébéogo, S., Hanson, C., Dumont, A., Betrán, AP y Bohren, MA (2023), dicho acompañamiento puede tener resultados positivos sobre el bebé y la madre documentados en la literatura con el acortamiento del tiempo del trabajo de parto, parto y disminución de la necesidad de medicamentos e intervenciones médicas para reducir la sensación de dolor e intolerancia al proceso. Por esta razón, el rol de la figura paterna transmite seguridad, confianza, y apoyo emocional en todas las etapas de una familia, entre ellas el nacimiento de un hijo, todo el proceso vivido durante esta etapa marca un acontecimiento significativo en la vida de los progenitores (Pérez Jiménez, 2022), la compañía del padre ejerce gran influencia a la hora del parto por cesárea puesto que el apoyo emocional disminuye la sensación de fracaso en la mujer por la manera de terminación de la gestación.

Finalmente, la congregación conformada por el trinomio- progenitores y recién nacido, consiente una cultura de inclusión respecto al rol paterno en el involucramiento como parte del trinomio (madre-padre-hijo), de manera que se favorezca la incorporación del padre dentro de la maternidad segura, favoreciendo el rol de la familia en la sociedad. Este concepto le brinda al hombre la posibilidad de estar inmerso en la experiencia de la paternidad en función de las nuevas masculinidades entendidas como una expresión de la transformación con grandes aportes desde el cuidado, nutrición emocional y compromiso filial (Unicef, 2020).

Objetivo: Describir las vivencias al acompañar la cesárea a la luz de la normatividad 2244 de 2022.

MÉTODO.

Tipo de estudio y enfoque: La investigación es de tipo cualitativo-interpretativo, desde la descripción de las vivencias al acompañar la cesárea a la luz de la normatividad actual, se



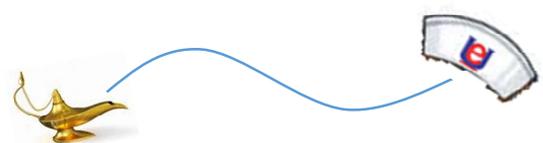
basa en la fenomenología de Martín Heidegger cuyo objetivo principal es la comprensión de los fenómenos que son traídos a la consciencia del ser humano de la manera más auténtica, teniendo como prioridad sus expresiones, emociones desde sus contextos. (Guerrero Castañeda, de Oliva Menezes, & do Prado, 2019).

Técnica de recolección y análisis de información: Para la recolección de los datos se utilizaron entrevistas en profundidad con guía temática previamente elaborada para tal fin, se realizaron primeras entrevistas necesarias para dar respuesta a los objetivos propuestos y en segundas entrevistas se ahondó en la experiencia del fenómeno hasta saturación de información, adicionalmente la agenda de campo permitió describir lo expresado mediante la comunicación no verbal y aspectos emergentes no contemplados en la entrevista.

El análisis de los datos se realizó posterior a transcripciones textuales en dos momentos: el primero, en forma simultánea con la recolección de información a través de una revisión inicial por medio de la lectura párrafo por párrafo de cada entrevista, proceso que permitirá identificar en el texto diferentes descriptores como significados, definiciones, experiencias y vivencias sobre el fenómeno estudiado. El segundo momento permitió ahondar en los significados expresados por los participantes en los cuales se enfatizó y se procedió igualmente a transcripciones textuales a las experiencias descritas. Mediante el programa Atlas T.I se organizó e interpretó la información posterior a la revisión de las transcripciones en conjunto, encontrando hallazgos nuevos para la literatura.

Población objeto: Acompañante de la gestante quien vivencio el proceso del trabajo de parto, parto vía cesárea y puerperio o recuperación mediato e inmediato, quien de manera voluntaria posterior a explicación y lectura del consentimiento informado decidió participar en el estudio, se tuvo en cuenta los familiares mayores de 18 años que vivenciaron la experiencia con las gestantes y permitieron indagar y ahondar en las subjetividades del fenómeno.

Muestra y muestreo: El número de participantes estuvo dado de acuerdo con el criterio de saturación de datos posterior a la transcripción, codificación y análisis de las entrevistas dando respuesta a los objetivos del estudio, se lograron saturar datos con 10 acompañantes que participaron voluntariamente en el estudio.



RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

A continuación, se condensa el análisis de los resultados del estudio denominado vivencias al acompañar la cesárea a la luz de la normatividad 2244 de 2022, proporcionando respuesta a los objetivos específicos identificando los principales temas y subtemas de la siguiente manera:

1. Caracterización de la población objeto de estudio frente al rol paterno (acompañamiento):

Tabla 1. Formato de caracterización y guía temática orientadora frente al proyecto Vivenciando la Compañía en la Cesárea a la Luz de la Normatividad 2244 de 2022. Pereira 2023

Participante/varia ble	Participan te 1	Participan te 2	Participan te 3	Participan te 4	Participan te 5	Participan te 6	Participan te 7	Participan te 8	Participan te 9	Participan te 10
Quien acompañó el proceso	Pareja	Mamá	Suegra	Pareja	Pareja	Pareja	Mamá	Pareja	Mamá	Sin acompañante
Seguridad Social	Subsidiado	Contributi vo	Subsidiado							
Escolaridad	Bachiller	Primaria	Bachiller	Técnico	Técnico	Bachiller	Primaria	Profesiona l	Bachiller	Bachiller
Asistencia a partos anteriores	No	No	Si	No	No	No	Si	No	No	No
Asistencia a curso de preparación para la maternidad y paternidad	No	Si	No	No						
Acompañó el trabajo de parto de su pareja	Si	No, la mamá	No, suegra	Si	Si	Si	No, mamá	Si	No, mamá	No, gestante sola
Acompañó la cesárea actual	No	No	No	No	Si	No	No	No	Si	No

Elaborado con base a los hallazgos relacionados con algunas preguntas orientadoras sobre la caracterización de los participantes del estudio

Con relación a la tabla anterior se encontró el acompañamiento durante el proceso por parte de la pareja del 50% de las usuarias, lo anterior debido a que era la persona que al momento estaba presente, pero solo brindaron acompañamiento previo a la cirugía, en otra participante la relación finalizó en el embarazo, aunque apoyaba el proceso y asistió al parto por cesárea. El 30% de las participantes fueron acompañadas por su mamá, en el procedimiento solo 1 madre pudo estar presente, en las anteriores no fue posible por complicaciones maternas. El 10% restante recibió acompañamiento de la suegra, aunque no estuvo presente en sala de cirugía, solo asistió el proceso

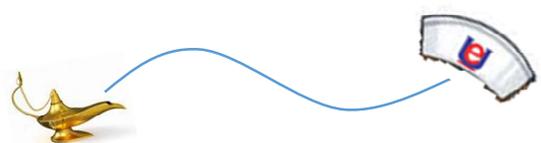


desde recuperación en salas de espera, en el mismo porcentaje, el familiar no alcanzó a llegar al procedimiento por urgencia materno fetal.

De la totalidad de los participantes se encontró el 80% con afiliación al régimen contributivo, una de ellas fue atendida por institución pública donde no garantizaron el parto humanizado y respetado, relataron momentos de mala atención y mal servicio. Las 8 participantes restantes expresaron buena prestación del servicio, dos acompañantes narraron “maravillas” en la atención, en las demás instituciones evidenciaron algún grado de dificultades y desorden frente a garantizar el derecho al acompañamiento. El 20% restante de los participantes exteriorizaron momentos positivos en la prestación del servicio brindado por la red privada.

Con relación al grado de escolaridad se pudo evidenciar el 50% de los participantes con bachiller, estos participantes exteriorizaron deseos de no acompañar en el quirófano por temor a contaminar la cesárea, otras expresaron la negación de los prestadores por complejidad y complicaciones. El 20% de los participantes contaban con primaria, una usuaria adoptó con normalidad el proceso por experiencia previa en otro acompañamiento, el otro acompañante tuvo explicación previa al procedimiento, pero por las complicaciones no fue posible asistirlo. Con relación a los que contaban con grado de escolaridad de técnico y profesional equivalente al 30%, se evidenció preparación previa y deseos de acompañar el proceso, pero por complicaciones maternas no fue posible acceder, por el contrario, un participante pudo estar en todo el proceso sin temor a las vivencias. Este aspecto es importante resaltar puesto que, a pesar de la básica formación, los participantes recibían preparación previa al momento y afrontaban de manera positiva el acompañamiento que requerían sus parejas, hijas o nuera (materna).

Con relación al total de asistencia a los partos anteriores, se puede evidenciar que el 10% de los participantes tuvieron una vivencia previa con relación a los demás participantes, ya que anteriormente tuvieron la oportunidad de acompañar a otros familiares en procesos similares, lo que significó mayor preparación y dominio del nerviosismo por el momento, contribuyendo a mayor apoyo al acompañar proceso; el 90% no asistió a partos anteriores, ya que esta era su primera experiencia y no habían tenido la oportunidad



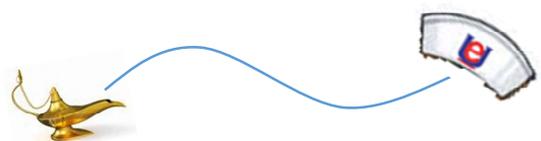
de asistir a otros partos o en su efecto no tenían conocimiento sobre la participación durante el trabajo de parto, parto y puerperio.

De la mano con los hallazgos anteriores, de la totalidad de participantes se logra analizar que el 90% no asistieron por diferentes razones como falta de tiempo y/o disposición, por desplazamiento, asuntos laborales e incluso por falta de conocimiento previo de este tipo de cursos, lo que condujo a desconocimiento y poca preparación relacionada con el parto vía cesárea. El 10% restante de los participantes si tuvo asistencia al curso de preparación para la maternidad y paternidad, lo anterior le permitió tener el conocimiento y la disposición previa para asistir y participar en este curso en compañía de su pareja, llevándolo a ser un apoyo idóneo en el proceso previo y los subsiguientes al nacimiento de su bebe con necesidad de cuidados especiales.

En relación con la compañía durante el trabajo de parto, se evidencia que el 50% de las participantes recibieron este apoyo por parte de su pareja antes de entrar a la cesárea, esto les permitió contar con el soporte emocional necesario para el momento. El 30% de las participantes recibieron acompañamiento por parte de su madre, lo anterior debido a que era la persona que se encontraba al momento de la atención. El 10% de las participantes recibieron este sostén por parte de la suegra y el 10% restante no tuvo el beneficio de estar acompañada.

Para finalizar, se puede evidenciar que el 80% no lograron asistir a la cirugía ya que las gestantes presentaron complicaciones relacionadas con alteraciones hipertensivas lo que condujo a procedimientos de urgencia; en otro participante la inasistencia se presentó porque se encontraba laborando y no logró llegar a tiempo a la institución de salud, una pareja indicó que le daba miedo ingresar al procedimiento porque sus pensamientos y conocimientos exteriorizados fueron la posibilidad de contaminar al recién nacido o incluso a su pareja; sólo el 20% pudo asistir a la cesárea ya que fueron incluidos en la humanización del parto, brindándoles educación previa y garantizando el acceso a sala de cirugía, lo anterior fue posible ya que el embarazo no presentaba riesgos, y la compañía de elección manifestó querer vivir la experiencia ya que era única, bonita y ese era el momento de hacerlo.

2. Relatar el significado de las vivencias al acompañar el trabajo de parto, cesárea y/o puerperio.



Con relación a este aspecto, 6 acompañantes de las usuarias que terminaron en parto vía cesárea lograron exteriorizar algunos aspectos positivos vivenciados en el momento, tales como: “experimenté inmensa alegría, percibí demasiada felicidad, me sentí muy emocionado, fue una experiencia única, muy bonita, aprecié gran expectativa al conocer a mi hijo, lo viví como algo grandioso, fue un momento que solo refleja amor, experiencia profunda y valió la pena vivir cada momento”. Al contrastar estos hallazgos con la literatura actual, se encontró un estudio donde los padres relataron aspectos positivos similares descritos como momento único e irrepetible rescatando el papel profesional valioso al incluir las familias en el proceso para aportar plenitud, soporte y refuerzos emocionales (Cerdán Jiménez, y otros, 2017).

Así mismo, en otro artículo referente al tema, logran ahondar en el significado para los acompañantes de la cesárea que viven sentimientos parecidos tales como un momento único, acompañado de emoción, felicidad y una gran responsabilidad; ejerciendo su rol como acompañante durante esta fase, donde se evidenció la relación entre padre e hijo durante el proceso del nacimiento, fortaleciendo lazos afectivos desde el primer momento (González Jiménez, y otros, 2018); este hallazgo tiene similitudes con el estudio donde es valioso rescatar el afianzamiento del rol paterno y su incorporación a las nuevas vivencias desde un abordaje del trinomio.

Otros significados positivos menos mencionados por los participantes fueron lo vivenciado frente a “estar fortalecidos espiritualmente, narraron emociones entremezcladas de llanto y felicidad momentánea, apreciaron con gran admiración la experiencia”; un estudio actual de la literatura evidencia dos aspectos de los encontrados en el presente estudio donde detallan la importancia de estar fortalecido en Dios para afrontar el proceso entrelazado con la gran admiración hacia la mujer por vivenciar tan importante momento. Este apartado resalta la importancia de continuar incorporando al padre en los procesos de la maternidad con previa preparación desde sus contextos culturales que les permita superar momentos estresantes al estar fortalecidos espiritualmente, trascendiendo y transmitiéndolo a sus parejas quienes son las directamente implicadas y responsables de proveer y sostener la vida de sus futuros hijos. Adicionalmente, es valiosos rescatar que, al permitir vivenciar el acompañamiento del proceso de trabajo de parto, cesárea y/o puerperio le brinda a la mujer satisfacción, tranquilidad, confianza y respaldo,

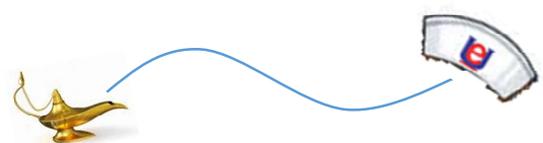


simultáneamente al hombre mayor admiración por su pareja, rescatando y reforzando la valía de la mujer al afrontar el nacimiento de sus hijos, así como el fortalecimiento del rol de la familia en la sociedad (Arévalo Venegas & Castiblanco López, 2020).

Por otro lado algunos participantes expresaron haber experimentado sentimientos emociones como “miedo, sentí muchos nervios, todo el tiempo estuve con ansiedad e incertidumbre”; al contrastar estos hallazgos con estudios recientes, se describen relatos de los padres con sensaciones semejantes que percibieron durante el proceso del nacimiento de sus hijos tales como emoción, ansiedad, miedo y preocupación por un resultado negativo para su esposa e hijo, dichos sentimientos que resultan siendo frecuentes y hacen parte de la edificación del rol paterno al vivir ese momento tan anhelado, se revierten al ver el nacimiento y cerciorarse del estado de vitalidad de sus hijos (de Vasconcelos Grossi, Zveiter, & Rodrigues da Rocha, 2022).

Otro apartado relevante que mostró mezcla de sentimientos experimentados por los padres desde sentir emociones positivas desbordantes de felicidad y a la vez de preocupación por vivenciar con sus parejas el dolor momentáneo y estrés de la cesárea, fue contemplado en un estudio donde destacaron el momento con gran impacto para los padres, quienes expresaron miedo por el sufrimiento, contemplando el riesgo de muerte de su esposa e hijo, pero posterior al nacimiento experimentaron sentimientos positivos como alegría y tranquilidad al vivir el instante en que sus hijos lloraban. (Arévalo Venegas & Castiblanco López, 2020).

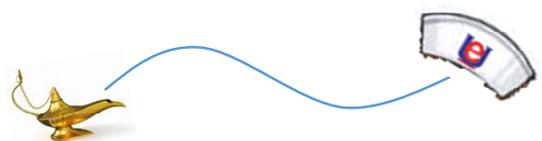
Algunas narraciones que mostraron momentos desfavorables por los participantes hasta llegar a exteriorizar la experiencia como negativa fueron: “sentí coraje, demasiada tristeza, en ese instante solo aprecié nostalgia, me atiborré de nervios y desespero, no sabía cómo actuar, percibí a mi esposa cuando estaba muy estresada y asustada”. Esto permitió evidenciar que los acompañantes se llevaron una experiencia negativa durante su participación puesto que la atención en salud sigue revelando discrepancias en humanización, estos participantes no fueron acompañados y fortalecidos por el talento humano en salud para disminuir sensaciones negativas, lo que les hubiese permitido entender y apreciar el momento desde el significado de proveer vida. La literatura actual continúa describiendo este tipo de hallazgos al indagar a los padres posterior a las experiencias resaltando el trato desagradable, mala comunicación entre el personal de salud y usuarios, deficiente educación, donde continúa siendo evidente la falta de adecuación estructural



para la atención humanizada, así como la poca contención emocional de los profesionales. (Cid Armijo, y otros, 2019)

Igualmente, otros hallazgos respecto a los significados contrarios menos mencionados por los participantes fueron: “en ese momento sentí como un baldado de agua fría, me pareció muy mal todo lo que vivimos, nunca había estado en algo tan duro, que experiencia tan horrible y maluca, los minutos antes del nacimiento fueron solo susto, me invadió el sufrimiento cuando se llevaron a nuestro hijo, nunca había sentido tanta angustia, sentí dolor no en el cuerpo sino en el corazón, estaba asombrado con todo”. Este tipo de hallazgos se encuentra descritos en estudios previos donde se evidencia que la separación del padre, madre e hijo produce sensaciones negativas como angustia y descompensación con llanto por frustración lo que se acrecienta en la medida que transcurren los minutos y la comunicación con el personal de salud no es fluida. (Pérez Jiménez, 2022). Otros participantes en estudio relataron sentimientos negativos como impotencia cuando las mujeres gritaban, lloraban o sentían dolor, narraron la experiencia como traumatizante pues consideran el momento como una situación de vida o muerte para la madre y el niño. Adicionalmente, la nula preparación generaba en los padres miedo, angustia, impotencia, pánico, inseguridad y emocionalmente se describían como desprevenidos y bloqueados al no saber cómo actuar frente a la vivencia. (Riaño Correa, 2021).

Al analizar los hallazgos anteriores es valioso resaltar la importancia de comprender y asumir la normatividad vigente en parto humanizado en Colombia donde el personal de salud se evidenció empoderado por su idoneidad pero sea reflejo de una atención compasiva, amparadora, lejos de prejuicios, críticas, estigmas y barreras; la base del cuidado debe proveerse desde una efectiva comunicación con el trinomio, aprovechando los espacios de interacción como proveedores de información y educación basada en las necesidades de cada familia. El profesional de enfermería desde su área disciplinar, siendo líder de los servicios obstétricos requiere de un abordaje holístico, facilitando y proveyendo atención humanizada, respeto por las decisiones de la gestante, dignificando su proceso y encaminando a los demás profesionales a alinearse con la necesidad de garantizar los derechos a la mujer, gestante y familia.



3. *Contrastar los hallazgos de las experiencias del acompañante a la luz de la ley 2244 de 2022.*

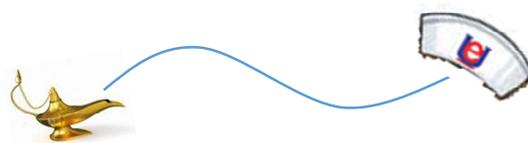
A continuación, se condensan los principales lineamientos que aporta la normatividad frente a la atención humanizada, puntualizando en los trascendentales hallazgos descritos por los padres y acompañantes del proceso:

Favorecimiento del vínculo padre, madre e hijo: en este apartado se encuentra que el 90% de los participantes percibieron y vivenciaron el proceso siendo respetados, les facilitaron su experiencia desde la humanización del proceso antes de la interrupción del embarazo y guiaron el apoyo que le brindaron a la gestante durante el procedimiento, fueron reconocidos los momentos de expresiones auténticas de felicidad, llanto, alivio y plenitud. De manera contraria, el 10% restante expresaron vulneración de este derecho, argumentando que pudo darse debido a que la gestante no contaba con acompañamiento en el momento de la cesárea, este aspecto los llevó a expresiones como frustración, abatimiento, impotencia y angustia.

Adaptación de hora sagrada y contacto piel a piel: los acompañantes del proceso narraron el momento en que sus recién nacidos llegaron a sus vidas con desbordante felicidad pero desconocían la probabilidad de tenerlos cernia inmediatamente después del nacimiento, por lo que el 100% de las gestantes no contaron con la oportunidad de vivir esta experiencia del contacto piel a piel y sus beneficios durante la primera hora de vida, lo anterior fue justificado frente al riesgo materno fetal que existía en el momento, puesto que todas las gestantes terminaron en cesárea debido a complicaciones durante el trabajo de parto, y en estos casos prevalece la vida, bienestar e integridad de la madre y del recién nacido.

Es valioso resaltar este hallazgo puesto que uno de los aspectos que cuenta con mayores barreras y limitaciones frente a la humanización de la cesárea es la de ser proveedores del contacto piel a piel relacionando el impedimento de su aplicación por aspectos propios de normas internas de las salas de cirugía, lo que sigue siendo un aspecto que requiere transformaciones para favorecer la experiencia de parto vía cesárea positiva, evitando la postergación del contacto con la madre para favorecer aspectos cambios fisiológicos del recién nacido.

Inicio precoz de la lactancia materna: este aspecto al igual que el anterior fue exteriorizado por los acompañantes del proceso como una vivencia negativa, aunque resaltaron que no le dieron gran importancia por desconocimiento y lo asumieron como mecanismo para que los recién nacidos



estuvieron tranquilos y plenos; el 100% de las gestantes no vivenciaron la lactancia humana de sus hijos como primer mecanismo proveedor de nutrición física, emocional y afectiva, esta situación fue respaldada debido a los quebrantos de salud de la madre y/o el recién nacido frente a la necesidad de permanecer en cuidados especiales.

Según los hallazgos anteriores, es importante resaltar los grandes aportes que ocasionan el involucramiento de las actividades en humanización en salas de cirugía frente a la hora sagrada: contacto piel a piel y lactancia materna, puesto que la literatura y experiencias narradas siguen evidenciando la prevalencia las barreras que relegan y minimizan el momento, sin tener en cuenta los múltiples beneficios para los recién nacidos sanos y aptos para vivenciar el proceso.

Acompañamiento: cesárea humanizada: los participantes narraron el momento como único, especial y muy preciado para las gestantes, a pesar de los relatos, los hallazgos encontrados evidencian que el 20% de las futuras mamás contaron con acompañante durante la cesárea. El 80% restante de las embarazadas, no contó con el apoyo que genera vivenciar el proceso con acompañamiento cercano, lo anterior fundamentado por la falta de bienestar del binomio madre-hijo lo que condujo a procedimientos de urgencia y pocas posibilidades de humanizar la parto vía cesárea.

Comunicación efectiva sobre la salud materna y del recién nacido: este aspecto muestra grandes avances significativos en el camino de la humanización de los servicios de salud frente a los hallazgos en las expresiones auténticas de los participantes del estudio puesto que el 100% describieron momentos cercanos con el talento humano considerándolos buenos informantes y educadores frente a los procesos vivenciados por sus gestantes, describieron los momentos de comunicación como espacios de información clara, veraz y suficiente sobre el estado de salud de la madre y el hijo.

Respeto al plan de parto: este aspecto posee grandes vacíos frente al conocimiento en derechos y deberes que poseen las gestantes y sus familiares de llegar preparados, programados y sintiéndose apoyados desde la cercanía de sus hogares en sintonía con los servicios de salud. El 100% de las participantes asistieron a la atención del parto sin planear previamente su proceso, por lo que vivenciaron el momento expresándolo sin más elecciones, “solo la cesárea”; aunque resaltan



los participantes que acompañaron el proceso hasta lo permitido, puesto que fueron enterados de las necesidades de realizarlo por el bienestar y la vida de la madre y el feto.

Acompañamiento en el puerperio: este lineamiento logra mostrar importantes avances expresados por los acompañantes debido a que el 100% pudieron estar presentes acompañando y apoyando a las madres en el postparto mediato e inmediato; los participantes expresaron haber sido tenidos en cuenta, los profesionales del área respetaron la decisión de la gestante frente al acompañante de su elección y permitieron contacto directo favorecedor de nutrición emocional, vínculo afectivo y cuidados entre la madre, padre, recién nacido y/o familia.

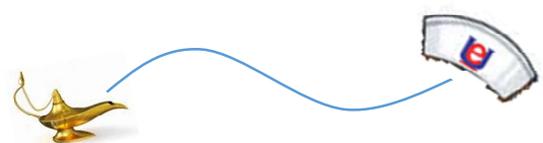
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los hallazgos del estudio muestran dificultades de acceso para asistir y acompañar el parto vía cesárea, exponiendo grandes evasivas descalificadoras del aporte generado para el trinomio, se encontraron barreras en los servicios de salud frente a facilitar los espacios que conduzcan a humanizar el procedimiento y falta de preparación previa que brinde mejor afrontamiento y aprovechamiento del momento por parte de la compañía de elección de la gestante.

Un aspecto menos mencionado por los participantes frente al significado de las vivencias se encaminó al valioso aporte que simbolizó para ellos estar fortalecidos espiritualmente, lo expresaron como mecanismo mentor para afrontar el instante del nacimiento, viviéndolo con total plenitud, felicidad y gran admiración.

De manera contraria, algunas narraciones mostraron momentos poco favorecedores por los participantes exteriorizaron la experiencia como negativa al sentir emociones de abatimiento, con gran melancolía, nerviosismo, estrés e impotencia hasta llegar a la desesperación al no tener claridad sobre la situación de salud de la gestante y su recién nacido, este momento cúspide en sus procesos fue reflejo de la comunicación poco oportuna y efectiva que brindó el talento humano para que los acompañantes entendieran y apreciaran el momento desde el significado de proveer vida.

Otro aspecto citado por los acompañantes del proceso reflejo el sufrimiento y traumatismo de las gestantes y propio cuando se experimentaron espacios de separación con los recién nacidos, las expresiones de dolor emocional por no poder disfrutar de la compañía del nuevo integrante fueron una constante que transformo la experiencia en momentos de intranquilidad y nostalgia.



La ley de parto humanizado requiere de estrategias para su aplicabilidad que refleje profesionales integrales y líderes en atención compasiva, amparadora, lejos de prejuicios, críticas, estigmas y barreras; donde la base del cuidado se cimiente en una efectiva comunicación con el trinomio, aprovechando los espacios de interacción como proveedores de información y educación basada en las necesidades de cada familia. Desde lo disciplinar, el profesional de enfermería como líder de los servicios obstétricos requiere de un abordaje holístico, como facilitador y proveedor de atención humanizada, basada en el respeto por las decisiones de la gestante, dignificador de cada proceso, encaminando a los demás profesionales a alinearse con la necesidad de garantizar los derechos a la mujer, gestante, pareja, recién nacido y familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Arévalo-Venegas, C. E., & Castiblanco-López, N. (2021). Estudio fenomenológico: Soy padre y entré al parto, ¡fue un sueño hecho realidad! *Enfermería universitaria*, 18(1), 16–28. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.1.870>

Bocoum, FY, Kaboré, C., Barro, S., Zerbo, R., Tiendrébéogo, S., Hanson, C., Dumont, A., Betrán, AP y Bohren, MA (2023). Percepciones de las mujeres y los proveedores de salud sobre el acompañamiento durante el trabajo de parto y el nacimiento: un estudio formativo para la implementación del modelo de acompañamiento de la OMS en Burkina Faso. *Salud Reproductiva*, 20 (1). <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01597-w>

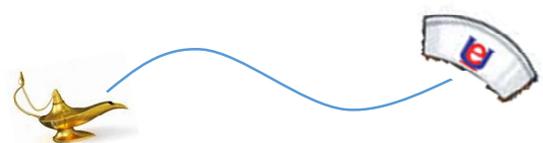
Cerdán-Jiménez, M. D., Carballo-Aliseda, M. D., Gómez-Fernández, A., Prim, F. H., Poveda, I. S., & Cayuela-Font, E. (2017). Proceso de humanización de la atención a las cesáreas: instauración de un procedimiento para acompañamiento de las gestantes e inicio de la lactancia materna en quirófono. *Musas*, 2(1), 42–56. <https://doi.org/10.1344/musas2017.vol2.num1.3>

Cid Armijo Y, Faúndez López F, Gálvez Loyola Á, González Salas C, Oliva Sánchez D, Orrego Vergara A, et al. (2019). Percepción de padres adultos de San Felipe, acerca de su participación en el proceso de parto. Disponible en: <https://repositoriobibliotecas.uv.cl/handle/uvsc1/10613>

Costa Romero M, Lalaguna Mallada P, Díaz Gómez NM. Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación [Skin to skin contact after cesarean delivery. Theme update and actuation proposal]. *Rev. Esp. Salud Publica*. 2019 feb 19;93:e201902006. Spanish. PMID: 30773531; PMCID: PMC10308826.

González-Jiménez R, Barés-Leal L, Caffarena-Morán L, Castro-López E, Martínez-Bergada R, Pérez-San Emeterio A. (2018). Vivencias de la paternidad a través del rol de acompañante en el trabajo de parto: una comparación generacional. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-175068>

Grossi V, Vasconcelos C, Zveiter M, Rocha C, Rodrigues da (2022). The father's experience in cesarean birth at the obstetric center: contributions to care / A vivência do pai no nascimento por



cesariana no centro obstétrico: contribuições para a assistência.
<https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9843>

Guerrero-Castañeda RF, Menezes TM de O, Prado ML do. Phenomenology in nursing research: reflection based on Heidegger's hermeneutics. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2019;23(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0059>

Jiménez RG, Leal LB, Morán LC, Castro López E, Bergada RM, Emeterio APS (2019). Vivencias de la paternidad a través del rol de acompañante en el trabajo de parto en la Comunidad de Madrid: una comparación generacional. Disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/56>

Ley de parto digno, respetado y humanizado”, Ley 2244 de 2022 Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). [Minsalud.gov.co](https://www.funcionpublica.gov.co). Obtenido de Función pública: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=189347>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). [Minsalud.gov.co](https://www.minsalud.gov.co). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>

Organización Mundial de la Salud -OMS. (2018) Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>

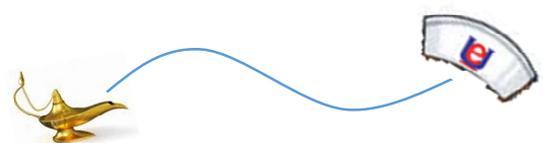
Pérez Jiménez JM, Blanco Rodríguez C. Cesárea Humanizada Estudio Fenomenológico y Experimental del Contacto Piel con Piel (2022). Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/143000/P%3%a9rez%20Jim%3%a9nez%2c%20Jos%3%a9%20Miguel%20tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Proyecto de Ley No.063 de 2017 “Parto Humanizado”. Organización Colegial de Enfermería. Disponible en: <https://oceinfo.org.co/component/eventbooking/general/audiencia-publica-proyecto-de-ley-no-063-de-2017-parto-humanizado?tmpl=component&print=1>

Riaño Correa A L. Acompañamiento de la pareja o familiar en el trabajo de parto y parto 2021. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/4318/monografia%20lorena%20ria%3%91o.pdf?sequence=1&isallowed=y>

UNICEF, Gobierno de Misiones, Hospital Neonatal Misiones (2020). Paternar Ser y Estar. Argentina. Obtenido de <https://www.unicef.org/argentina/media/9741/file/Guia%20paternar.pdf>

Venegas A, Elena C. (2020). Experiencia de padres que vivenciaron el nacimiento de su hijo en una institución de salud. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/75836>



ARTICULO DE REFLEXIÓN

Favorecer el autocuidado del adulto mayor a través de una intervención educativa basada en Dorothea Orem

Encouraging self-care among elderly individuals through an educational intervention based on Dorothea Orem's theory of self-care.

Promover o autocuidado dos idosos por meio de uma intervenção educativa baseada em Dorothea Orem.

Ana María Murillo Salamanca^I
0000-0003-2284-3300

Carol Pinzón Jaimes^I
0000-0002-4366-8866

Yonatan Arley Acosta Bonilla^{II}
0000-0003-3231-6643

Luz Adíela Holguín Holguín^{II}
0000-0002-3442-3840

Yury Andrea Jiménez Acevedo^{II}
0000-0002-0721-8139

Camilo Andrés González González^{II}
0000-0002-5687-0377

Tatiana Alejandra Hernandez Gamboa^{II}
0000-0002-7895-9719

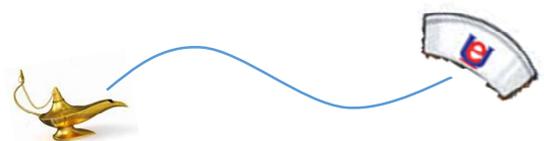
Leidy Alejandra Arcos Acuña^{II}
0000-0001-9316-073

^I Docente Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja Colombia.

^{II} Docente Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja Colombia.

Autor correspondiente: Ana María Murillo Salamanca

anamaria.murillo@uptc.edu.co



RESUMEN

La educación para el cuidado de las personas con enfermedades crónicas se ha dirigido a brindar algunas nociones relacionadas con la enfermedad e identificación de signos de alarma, pero poco se ha evaluado en cómo estos conocimientos generan conciencia de la enfermedad para ejercer acciones de autocuidado. **Objetivos:** Diseñar una intervención educativa de enfermería orientada bajo la teoría de autocuidado de Dorothea Orem. **Metodología** se desarrolló un plan de cuidados al alta, en una adulta mayor que presenta quemadura grado 3 asociada a descompensación de su insuficiencia cardíaca y se diseñó una intervención educativa de enfermería. **Resultados:** se identifica un déficit de conocimientos relacionados con la enfermedad crónica, procesos de negación, y factores de riesgo que pueden favorecer la aparición de nuevas complicaciones. **Conclusiones:** se concluyó que la disposición y el apoyo de los cuidadores es un factor influyente para el éxito de una intervención educativa. **Palabras Claves:** Autocuidado, Adulto mayor, Educación en salud, Enfermería geriátrica, Insuficiencia cardíaca.

ABSTRACT

Education concerning the care of individuals with chronic illnesses has traditionally focused on imparting knowledge related to the specific ailment and the identification of warning signs. However, little attention has been given to assessing how this knowledge translates into increased awareness of the disease, leading to the adoption of self-care practices. **Objective:** This study aims to address this gap by designing an educational nursing intervention grounded in Dorothea Orem's self-care theory. **Methodology:** We developed a post-discharge care plan for an elderly woman who had suffered a grade 3 burn in conjunction with heart failure decompensation. Subsequently, we designed a nursing education intervention tailored to her specific needs. **Results:** Through our intervention, we identified several key findings, including a deficiency in knowledge concerning chronic diseases, the presence of denial processes, and an inadequate understanding of the risk factors that may contribute to the emergence of new complications. **Conclusions:** This study highlights the pivotal role of caregiver willingness and support in the success of educational interventions aimed at promoting self-care among the elderly population. **Keywords:** Self-care, Aged, Health education, Geriatric nursing, Heart failure.

RESUMO.

Descritores: A educação para o cuidado de pessoas com doenças crônicas tem visado fornecer algumas noções relacionadas à doença e identificação de sinais de alerta, mas não foi avaliado como esse conhecimento gera consciência da doença para exercer ações de autocuidado. **Objetivo:** Desenhar uma intervenção educativa de enfermagem orientada pela teoria do autocuidado de Dorothea Orem. **Método:** Foi desenvolvido um plano de cuidados pós-alta para uma idosa com queimadura de grau 3 associada à descompensação da insuficiência cardíaca e desenhada uma intervenção educativa de enfermagem. **Resultados:** identifica-se um déficit de conhecimento relacionado às doenças crônicas, aos processos de negação e aos fatores de risco que podem favorecer o aparecimento de novas complicações. **Conclusão:** concluiu-se que a disposição e o apoio dos cuidadores é um fator influente para o sucesso de uma intervenção educativa. **Descritores:** Autocuidado, Idoso, Educação em saúde, Enfermagem geriátrica, Insuficiência cardíaca.



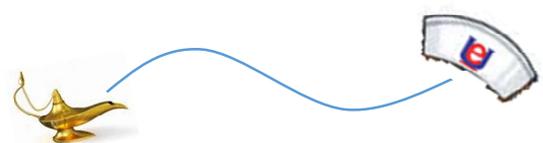
Financiamiento y Reconocimiento: Sin financiamiento. Los autores agradecen a la paciente, familia y a su cuidadora por la disposición, consentimiento, y colaboración valiosa en este caso clínico.

INTRODUCCIÓN.

La insuficiencia cardíaca (IC) o falla cardíaca (HF, inglés) es un síndrome clínico complejo que debido a trastornos estructurales o funcionales del corazón ocasiona la incapacidad de bombear sangre de manera efectiva hacia los diferentes tejidos del cuerpo, alterando el gasto cardíaco y fallas en los procesos de precarga, contractilidad y poscarga ⁽¹⁾. Se constituye en un problema de salud pública multicausal, asociado a estilos de vida inadecuados, altos costos, con pronósticos poco predecibles y de alta mortalidad, sobre todo en ancianos ⁽²⁾.

La incidencia y prevalencia por IC aumenta con la edad debido al incremento en la esperanza de vida, el avance en los tratamientos de enfermedades cardiovasculares, múltiples comorbilidades y los cambios propios del envejecimiento ⁽³⁾. Las hospitalizaciones por HF en EEUU han crecido un 26% entre 2013 y 2017, atribuible al aumento en la población adulta mayor; en Latinoamérica ubica su prevalencia en 1%, afectando principalmente personas entre 51 y 69 años de edad, con tasas de reingreso hospitalario del 20-38% y una mortalidad anual de 24.5%. En Colombia se estima una prevalencia del 2,3% afectando aproximadamente a 1.097.201 personas ⁽⁴⁾. Si los pacientes requieren hospitalización por falla cardíaca aguda descompensada, la mortalidad se acrecienta: 3-10% fallecen dentro del hospital, 10-20% fallecen en los primeros 30-60 días del egreso y 50% fallecen en los primeros 6 meses después del egreso ⁽⁴⁾.

Las causas de IC o HF varían de acuerdo al área geográfica, sin embargo son predominantes: enfermedad isquémica o infarto cardíaco, hipertensión arterial, enfermedad valvular, stroke, enfermedad arterial periférica y fibrilación auricular ^(1-2, 4-6) Así mismo, presenta algunos signos y síntomas (menos típicos) que alteran la calidad de vida y comprometen la seguridad de los pacientes como: síncope, mareos, fatiga, cansancio o confusión que sumado a factores propios de la vejez pueden ocasionar accidentes como caídas, traumatismos, quemaduras, etc.^(1,3). La pérdida del apetito y pérdida de peso son otras manifestaciones clínicas que evidencian una alimentación inefectiva e incompleta, presentando estados nutricionales deficientes o incluso desnutrición que suelen llevarlos a procesos agudos de descompensación ^(1,3).



OBJETIVO. Describir el desarrollo e implementación de una intervención educativa, al alta de la institución hospitalaria para una paciente adulta mayor con IC, tomando como base explicativa la teoría de autocuidado de Dorothea Orem.

DESCRIPCIÓN DEL CASO.

Mujer de 86 años, con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca desde el año 2020, que ingresa a la institución para asistir a cita de control por medicina interna donde evidencian quemadura de tercer grado en cara interna del muslo de miembro inferior derecho producida por líquido caliente hacía 4 días, según refiere la paciente, secundario a síncope por descompensación de IC. Sin otra sintomatología asociada, es referida al servicio de urgencias, allí informa que cuidaba sus heridas en casa con “pomadas” y aguas medicinales (hierbabuena). Es valorada por especialista en cirugía plástica quien indica curaciones y preparación del lecho de la herida por el equipo de enfermería y tratamiento farmacológico con antibiótico intravenoso. Al día 12 de hospitalización, se realiza injerto de piel parcial área general, con adecuada adherencia y evolución a los 8 días, lo cual respalda la decisión del alta y continuar manejo en casa. Durante todo el tiempo de hospitalización, la paciente no presenta alteraciones cardiovasculares por su enfermedad de base y se mantienen los cuidados de seguimiento clínico con énfasis en el sistema cardiovascular. El acompañamiento y los abordajes a la paciente y sus cuidadores se realizaron días antes a la intervención quirúrgica hasta el día del egreso de la institución y continuaron con visitas domiciliarias de valoración, educación y seguimiento telefónico por la ubicación rural de su residencia.

INTEGRACIÓN DEL METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA SEGÚN DOROTHEA OREM:

Siendo el autocuidado una actividad aprendida por las personas y orientada para regular los factores que afectan su desarrollo, vida, salud y bienestar^[7] Dorothea Orem plantea reconocer en el metaparadigma de enfermería, sus 4 elementos: persona, entorno, salud y enfermería, para así identificar la determinación psicosocial, los requerimientos de cuidado, los factores externos que intervienen en las prácticas de autocuidado y proponer, de este modo, las acciones de asistencia acorde a las necesidades a priorizar (Tabla No. 1).

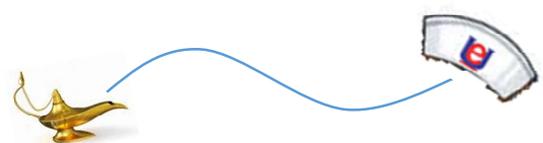
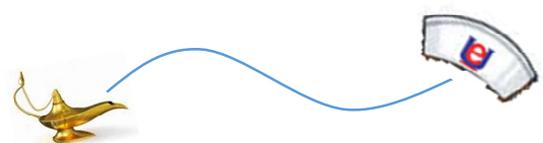


Tabla No. 1 - Valoración basada en los elementos del metaparadigma de enfermería.

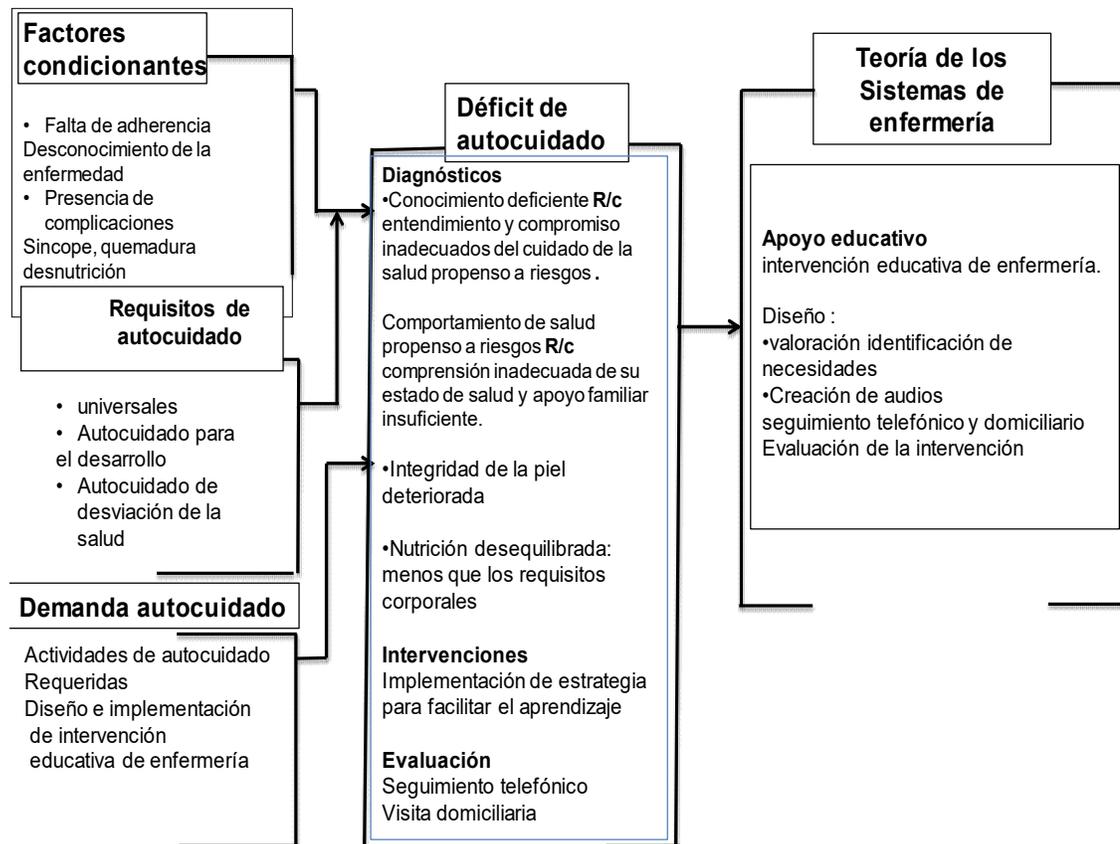
Persona	Entorno	Salud	Enfermería
<p>Madre de 5 hijos, actualmente convive con una hija en condición de discapacidad intelectual.</p> <p>Religión: católica</p> <p>Se encuentra a cargo de una cuidadora solo para ayuda en la preparación de alimentos y algunas tareas del hogar.</p> <p>Dependencia económica de sus hijos.</p>	<p>Vive en zona rural del municipio de Turmequé, Boyacá, Colombia.</p> <p>Vivienda actual en zona urbana, fabricada en ladrillo, piso en cerámica y servicios públicos básicos.</p> <p>Refiere buenas relaciones inter e intrafamiliares.</p> <p>Cuida aves de corral: gallinas y animales domésticos: perro y gato.</p>	<p><i>Antecedentes medicoquirúrgicos:</i></p> <p>Apendicectomía y Peritonitis 2015.</p> <p>Infarto agudo de miocardio 2020.</p> <p>Insuficiencia cardiaca congestiva 2020.</p> <p>Desnutrición proteico-calórica 2022.</p> <p><i>Exploración física (aspectos relevantes):</i></p> <p>Piel frágil en miembros superiores, signos de dermatoporosis</p> <p>Edema leve en miembros inferiores.</p> <p>Quemadura de tercer grado en muslo de pierna derecha</p> <p>IMC= 16.6 kg/m²</p>	<p><i>Intervenciones:</i></p> <p>Valoración integral</p> <p>Identificación de necesidades</p> <p>Diseño plan de cuidado</p> <p>Administración de medicamentos</p> <p>Seguimiento en casa</p> <p>Cuidados de la herida e injerto.</p> <p>Educación sobre acciones de autocuidado de acuerdo con las necesidades identificadas.</p>

INTEGRACIÓN DE LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM AL PLAN DE ALTA: Las teorías de enfermería son útiles, si se comprenden en su real significado y se aplican adecuadamente a situaciones derivadas de las necesidades de la disciplina y de la práctica [8]. Es por esto que una práctica sustentada en un modelo conceptual tiene una meta clara y sugiere herramientas para el desarrollo de intervenciones coherentes con la realidad del sujeto de cuidado. Orem planteaba que la teoría del déficit de autocuidado debe ser valorada de modo que se ponga en una balanza las *demandas de autocuidado* que hacen referencia a: ¿qué necesita la paciente para tener bienestar?, contra la *agencia de autocuidado* que se entenderá como la capacidad de auto brindarse cuidado, la cual depende de la *habilidad, conocimientos y motivación* que la persona presente, permitiendo así el cambio de conducta.



Se requiere correlacionar los datos descritos en el caso clínico con los factores condicionantes, requisitos de autocuidado y demandas de autocuidado para desarrollar los diagnósticos e intervenciones (Figura 1).

Figura 1 - Integración de la teoría de autocuidado de Dorothea Orem y el caso clínico.

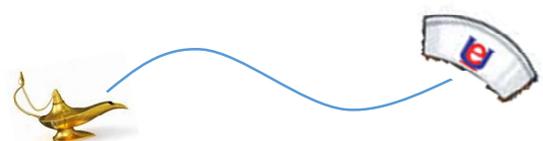


PLAN DE CUIDADO E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Los siguientes son los diagnósticos, objetivos y las intervenciones de enfermería planteadas y desarrolladas, de acuerdo con los déficits de autocuidado identificados (Tabla No. 2).

Tabla No. 2 - Diagnósticos, Objetivos e Intervenciones de enfermería identificados a partir de los déficits de autocuidado.

Diagnósticos de enfermería NANDA	Objetivos NOC	Intervenciones específicas NIC
----------------------------------	---------------	--------------------------------



<p>00126 Conocimiento deficiente R/c entendimiento y compromiso inadecuados del cuidado de la salud m/p verbalmente.</p>	<p>(1830) Conocimiento: control de la enfermedad cardíaca. (1803) Conocimiento: proceso de la enfermedad.</p>	<p>Enseñanza: proceso de enfermedad (5602) a través de la estrategia educativa. Facilitar el aprendizaje (5520) con ayuda de material educativo audiovisual y evaluación de aprendizajes. Visitas domiciliarias de apoyo (5328). Seguimiento telefónico (8190).</p>
<p>00188 Comportamiento de salud propenso a riesgos R/c comprensión inadecuada de su estado de salud y apoyo familiar insuficiente.</p>	<p>(1902) Control del riesgo. (1910) Conducta de seguridad: ambiente seguro del hogar. (1504) Soporte social.</p>	<p>Identificación de riesgos (6610) Manejo ambiental: seguridad (6486). Prevención de caídas (6490). Fomentar la implicación familiar (7110).</p>
<p>00046 Integridad de la piel deteriorada R/c: accidente en el hogar secundario a descompensación de la función cardíaca.</p>	<p>(1106) Curación de las quemaduras. (1107) Recuperación de las quemaduras. (1910) Conducta de seguridad: ambiente seguro del hogar.</p>	<p>Cuidado de las heridas: quemaduras (3661). Cuidados de la piel: zona del injerto (3583). Cuidados de la piel: zona donante (3582). Manejo ambiental: seguridad (6486). Enseñanza: individual (5606)</p>
<p>00002 Nutrición desequilibrada: menos que los requisitos corporales R/c suministro inadecuado de alimentos m/p valoración física</p>	<p>(1622) Conducta de cumplimiento: dieta prescrita. (2202) Preparación del cuidador familiar domiciliario.</p>	<p>Enseñanza: dieta prescrita (5614). Suplementación nutricional con Ensure® Monitorización nutricional (1160). Aumentar los sistemas de apoyo (5440).</p>

Fuente: NANDA Internacional. Diagnósticos de Enfermería: Definiciones y clasificación 2021-2023. 12ª ed. España: Elsevier; 2021. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

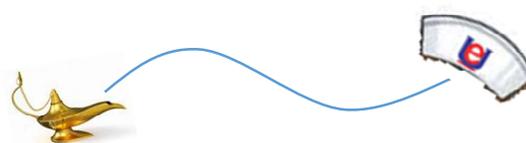
RESULTADOS.

Realizadas las intervenciones en cada uno de los déficits de autocuidado identificados, se evidenciaron los siguientes resultados de acuerdo con la evaluación de indicadores pre y post intervención aplicados a través de visitas de observación, test de evaluación y la puntuación global de resultados NOC:

Conocimiento deficiente: manifiesta un conocimiento sustancial aceptable acerca de su enfermedad, medicación y riesgos durante la última visita domiciliaria y tele seguimiento.

Comportamiento de salud propenso a riesgos: manifiesta comprender los factores de riesgo de caídas y acepta modificaciones en su hogar para evitar accidentes. Familia y cuidadores establecen un cronograma de acompañamiento y cuidado continuo.

Integridad de la piel deteriorada: se evidencia progresión exitosa en la curación de la quemadura y zona donadora sin presencia de infección durante el tratamiento. Demuestra capacidad sustancial para realizar cuidados personales (Figura 2).



Nutrición desequilibrada, menos que los requisitos corporales: se evidencia que la ingesta de nutrientes y alimentos y la relación peso/talla mejoró un rango de desviación grave del rango a desviación sustancial del rango.

Figura 2 – Evolución de la quemadura desde el día 1 de hospitalización hasta el seguimiento pos-egreso.



DISCUSIÓN.

La educación al adulto mayor requiere que el profesional de enfermería considere diferentes factores que impactan el aprendizaje de los pacientes y sus cuidadores de acuerdo con los objetivos planteados para el cuidado en casa, ellos son: función cognitiva, cambios propios del envejecimiento, enfermedades crónicas, accesibilidad a los servicios sanitarios y apoyo de familia o cuidadores [9]. Estos últimos se convierten en pieza fundamental del cuidado en casa y de lograr que las intervenciones en salud sean exitosas, modifiquen hábitos o conductas que fortalezcan su bienestar y calidad de vida y disminuyan la posibilidad de recaídas [10], Igualmente, contar con estrategias propias que permitan plantear planes de egreso eficientes, es una oportunidad aprovechable para sistematizar el cuidado y hacerlo más eficaz.

CONSIDERACIONES FINALES.

El cuidado de enfermería requiere una visión integral del contexto del paciente, familia o cuidadores, donde la aplicación de una teoría de enfermería es una valiosa herramienta para organizar, ejecutar y evaluar todo el proceso de atención e intervenciones, acordes a las



necesidades individuales. El trabajo cooperativo es fundamental para lograr los objetivos trazados en un plan de cuidado, con la incorporación de estrategias de seguimiento continuo y el uso de herramientas educativas que permitan la apropiación de conocimientos teniendo en cuenta edad, nivel educativo, estado de salud, capacidad cognitiva, red de apoyo y aspectos socioeconómicos y demográficos.

CONTRIBUCIONES A LOS CAMPOS DE LAS DISCIPLINAS SOCIOSANITARIAS, SALUD Y EDUCACIÓN:

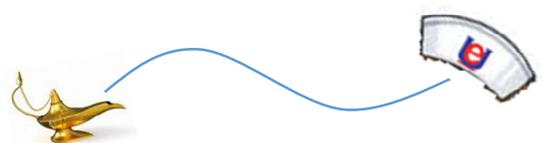
Involucrar las teorías de enfermería a la vida practica para crear intervenciones eficaces de acuerdo con las necesidades de las personas. Realizar un seguimiento a partir de la evaluación de objetivos con el fin de intervenir las modificaciones necesarias para favorecer el proceso de autocuidado. Diseñar estrategias y/o metodologías educativas para el adulto mayor y su familia, acorde a su contexto social y formas de aprendizaje.

Referencias Bibliográficas

1. McDonagh TA, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal* [internet]. 21 September 2021 [citado 2023 jul 8]; 42 (36): 3599–3726. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>
2. Timmis A, Bardas P, Townsend N, et al. European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2021. *European Heart Journal* [internet]. 21 February 2022 [citado 2023 jul 9]; 43 (8): 716–799. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab892>
3. Castañeda Camacho H. Fragilidad y características clínicas en pacientes muy ancianos con falla cardíaca aguda. [Internet]. Universidad Nacional De Colombia; 2022 [citado: 2023, julio]. 83 p.
4. Gómez JE, Saldarriaga CI, Echeverría LE, Luna P, Grupo Investigador RECOLFACA. Registro colombiano de falla cardíaca (RECOLFACA): Resultados. *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2021 [citado 2023 jul 9]; 28(4): 334 - 344. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v28n4/0120-5633-rcca-28-4-334.pdf>
5. Calderón LE, Satizábal N, Rincón EA, Olaya P, Flórez N, Carrillo DC, et al. Perfiles clínicos y hemodinámicos en pacientes con falla cardíaca aguda. *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2017 [citado 2023 jul 8]; 24 (5): 448-457. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.04.006>
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563317300682>
6. Dourado MB, Oliveira FS, Gama G. Perfis clínico e epidemiológico de idosos com insuficiência cardíaca. *Rev. enferm. UFPE on line* [Internet]. 2019 [citado 2023 jul 9]; 13(2): 408-415. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1015045>



7. Cancio-Bello Ayes C, Lorenzo Ruiz A, Alarcó Estévez G. Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. Informes Psicol. [Internet]. 6 de julio de 2020 [citado 2023 agosto 16]; 20(2): 119-38. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/200>
8. Moreno ME, Muñoz L. De la teoría de enfermería a la práctica experiencias con proyectos de gestión del cuidado. Santafé de Bogotá: Universidad de la sabana; 2016. ISBN: 978-958-1204-13-7.
9. Melo Castillo YP. Significados de la educación para la salud en contexto del adulto mayor con enfermedad crónica. rev cuarzo [Internet]. 30 de junio de 2022 [citado 16 de agosto de 2023];28(1):26-3. Disponible en: <https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cuarzo/article/view/662>
10. Hierrezuelo Rojas N, Fernández Gonzáles P, Girón Pérez E. Cuidadores de adultos mayores dependientes. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2021 Sep [citado 2023 Ago 15]; 37(3): e 1427. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300007&lng=es



PROYECTO NUCLEAR

Situación de enfermería “Del miedo a la realidad”

Nursing Situation "From fear to reality".

Situação de enfermagem "Do medo à realidade".

Cristian Camilo Salazar Diaz ¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8567-455X>

Camila Andrea Garces Rueda ¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9517-3896>

Sergio Sánchez Arboleda ¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-7476-143X>

Ines Alexandra Torres ¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2793-2388>

Valeria Flórez ¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3255-5081>

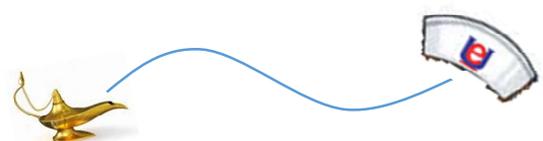
Briyith Dayanna Guzman Holguin ¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8041-0871>

¹Universidad Alexander Von Humboldt. Armenia - Quindío, Colombia.

Autor correspondiente: Cristian Camilo Salazar Diaz

Email: csalazar1495@cue.edu.co



RESUMEN

Objetivo: Comprender la importancia del rol del cuidado a partir de una experiencia vivida en enfermería. **Método:** Biográfico – A través de las narrativas, podemos aprender y entender la razón de ser de nosotros como cuidadores. **Resultados:** Se logra a través de experiencias y del conocimiento el desarrollo de estrategias enfocadas en la persona como ser holístico de nuestro quehacer, la aplicación del pensamiento crítico para dar soluciones a las necesidades que generan en la persona insatisfacción. **Conclusión:** A partir de una narrativa con haciendo uso de la teoría del cuidado de Kristen M. Swanson podemos lograr identificar y desarrollar cada uno de los objetivos propuestos a lo largo del trabajo, así como la capacidad para dar soluciones y mejorar nuestro enfoca hacia el cuidado como requisito y no como necesidad.

Palabras Clave: Narrativa de enfermería, Metaparadigmas, Kristen M. Swanson, Patrones de conocimiento, Diagnósticos enfermería, Respuestas humanas, Teorías y modelos de enfermería.

ABSTRACT

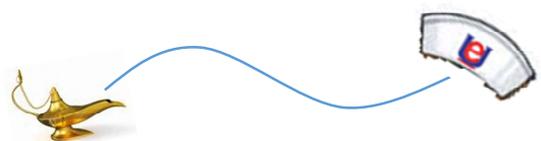
Objective: To understand the importance of the role of caregiving from a lived experience in nursing. **Method:** Biographical - Through narratives, we can learn and understand the raison d'être of us as caregivers. **Results:** It is achieved through experiences and knowledge the development of strategies focused on the person as a holistic being of our work, the application of critical thinking to provide solutions to the needs that generate dissatisfaction in the person. **Conclusion:** From a narrative with the use of Kristen M. Swanson's theory of care we can identify and develop each of the objectives proposed throughout the work, as well as the ability to provide solutions and improve our approach to care as a requirement and not as a need.

Keywords: Nursing narrative, Metaparadigms, Kristen M. Swanson, Knowledge patterns, Nursing diagnoses, Human responses, Nursing theories and models.

RESUMO

Objetivo: Comprender a importância do papel de cuidador através de uma experiência vivida em enfermagem. **Método:** Biográfico - Através de narrativas, podemos aprender e compreender a razão de ser de nós enquanto cuidadores. **Resultados:** Através das experiências e conhecimentos, conseguimos o desenvolvimento de estratégias centradas na pessoa como um ser holístico no nosso trabalho, a aplicação do pensamento crítico para dar soluções às necessidades que geram insatisfação na pessoa. **Conclusão:** A partir de uma narrativa com a utilização da teoria do cuidado de Kristen M. Swanson podemos identificar e desenvolver cada um dos objetivos propostos ao longo do trabalho, bem como a capacidade de fornecer soluções e melhorar a nossa abordagem ao cuidado como um requisito e não como uma necessidade.

Palavras-chave: Narrativa de enfermagem, Metaparadigmas, Kristen M. Swanson, Padrões de conhecimento, Diagnósticos de enfermagem, Respostas humanas, Teorias e modelos de enfermagem.



INTRODUCCIÓN.

El siguiente trabajo tiene como objetivo buscar un enfoque centrado en el conocimiento y desarrollo del pensamiento crítico, del cual se pueda lograr evidencia sobre cada una de los modelos adquiridas a lo largo del semestre, haciendo énfasis en las teorías de enfermería así como cada uno de las bases dentro de estas, las cuales están estrechamente relacionados con estas, como lo son metaparadigmas, patrones de conocimiento, aplicación de diagnósticos de enfermería y las necesidades básicas a partir de las narrativas vividas en enfermería.

Por consiguiente, la narrativa abordada dentro de este trabajo trata a cerca de la experiencia vivida y la conexión más allá entre enfermero – paciente, enfocada en el qué hacer y cómo actuar en situaciones que nadie se espera, la narrativa busca además ser motivo de enseñanza para quien la vive como para quien la lee.

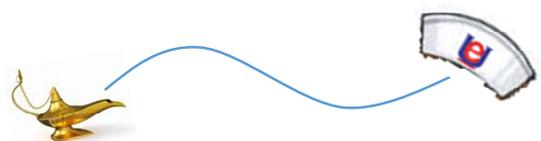
Por otro lado, dentro del abordaje de la historia narrada, se hace énfasis en la “Teoría del cuidado” de Kristen M. Swanson. “Los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal” (Swanson, 1991). Con la ayuda de esta teoría dentro del presente trabajo se logra reconocer a la persona como ser de cuidado e identificar el cuidador como ser capaz de acompañar, brindar bienestar y aprender de ello generando una satisfacción en el paciente y así mismo crear una relación estrecha paciente – enfermero. Además de esto que esta teoría es generada a partir de las diversas investigaciones de Swanson y de fundamentadas en las teorías de Fawcett y Watson. (Swanson, 2001)

OBJETIVOS

- Comprender a partir de situaciones en enfermería el arte de cuidar.
- Identificar a partir de las narrativas las necesidades como un requisito.
- Promover el uso de bases filosóficas y científicas dentro del quehacer diario del enfermero (a).

NARRATIVA EN ENFERMERÍA

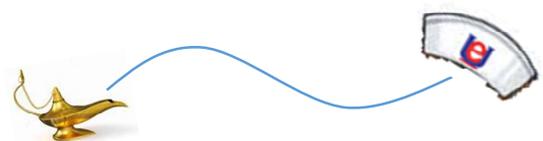
Mi madre es una mujer fuerte, alguien a quien raramente he visto dejarse ganar por la adversidad, alguien que por más enferma que se encuentre nunca deja de hacer las cosas, porque cree que si se detiene es porque se está dejando vencer, por ende, también es una mujer terca y difícil de dar a torcer su palabra cuando dice no. Como todo ser humano tiene sus debilidades y sus



caídas, pero nunca la había visto como aquella noche que regresaba de estudiar. Normalmente cada vez que llegaba la encontraba en casa ayudando a mis hermanos con sus tareas o en los quehaceres del hogar, recuerdo que ese día la noche era calurosa y tranquila, también recuerdo haber llegado a casa y notar que las luces en su gran mayoría estaban apagadas, algo que nunca sucedía, puesto que a mi mamá no le gusta la oscuridad, no tuve un buen presentimiento, cuando toqué la puerta de la casa solo pude observar como a través de la ventana veía mis hermanos asomarse para verificar quién era, cuando entré estaban ambos sentados mirando la televisión, pero algo no se notaba bien y una corazonada me lo decía, lo primero que dije fue: ¿dónde está mi mamá?, a lo que ellos respondieron no verbalmente sino con un movimiento de cabeza apuntando hacia el segundo piso; subí lentamente porque no quería asustarla y algo en mí supuso que no estaba bien.

Cuando llegué al cuarto lo primero que me encuentro es el cuerpo tendido de mi mamá tembloroso acobijado como si se tratara de una noche fría y eterna, no encendí la luz puesto que sabía que podría incomodarla, lo primero que hice al acercarme a ella es sentir su temperatura corporal para verificar de que estuviera bien, pero no logré percibirla alterada. De un momento a otro, ella me dice con voz suave y tono bajo: ¿cómo te fue?, por lo que sin responder a su pregunta le digo ¿qué tiene ma?; sin aliento me responde me duele la cabeza, tengo frío, quiero vomitar, me duele el cuerpo.... Exclamó ¡Ayúdeme!, me llené de angustia instantáneamente y lo primero que dije debe ser su presión. Rápidamente salí del cuarto en busca del tensiómetro para verificar su presión arterial, sabía que era eso y estaba casi seguro de lo que pensaba, puesto que en varias ocasiones cuando se le subía la presión sus síntomas eran similares y su angustia casi que me lo confirmaba, temblorosamente me acerqué a ella, le descubijé el brazo y tomé su presión, sus cifras eran más elevadas de lo normal, lo que hice fue preguntarle el por qué no había ido al hospital, pero mi pregunta era tonta, puesto que yo sabía la respuesta, a ella no le gustaba el hospital, prefiere intentar hacer uso de la medicina alternativa o llamar a la droguería antes que ir a un hospital; entre mis dudas, mi preocupación y mi temor, mi mamá volvió a pronunciar palabra, esta vez dijo ¿Cómo están sus hermanitos?, ¿dónde están ellos?, ¿ya comieron? Y continúo haciéndome preguntas con una voz quejambrosa y rasgada sobre ellos. En mí ya no era solo pensar en mi mamá y su estado, sino también en mis hermanos, preocuparme de ambos, mientras yo me sentía inútil sin poder hacer cambiar de opinión a mi madre y sin obtener resultados positivos con cada una de las cosas que intentaba hacer para que se mejorara por más que ella pusiera de su parte en querer mejorarse lo más pronto posible.

Durante el transcurso de la noche no observaba cambios en mi madre, intentada hidratarla y evitar que se resecara su boca, intenté hacer que su dolor de cabeza disminuyera aplicando papas con vinagre de manzana, como le enseñaron a mi mamá en algún momento mis abuelas y posteriormente a mí, intenté que comiera poco para que salara el estómago, pero fue en vano porque todo lo vomitaba, o simplemente cualquier tipo de comida le hacía sentir náuseas y posteriormente la rechazaba haciendo gestos de su cabeza casi sin fuerzas, su escalofrío persistía a pesar del calor que se sentía en casa, intenté aplicar hielo en su nuca para que la ayudara a relajar y descansar un poco, pero su dolor y malestar no se lo permitían, me decía “No quiero estar más así”; verificaba su presión constantemente, pero todo era en vano, sabía que no estaba ayudando en nada, solo podía mirarla con impotencia de no poder ayudarla por más que quisiera, además de ello, las múltiples preguntas de mis hermanos que reflejaban angustia, miedo y preocupación por mi mamá me hacían sentir entre qué hacer y cómo hacer, es decir, una solución que pudiera mejorar el estado de mi madre y tranquilizar a mis hermanos era una de esas pocas



veces en que la vida te sorprende y no sabes cómo ni de dónde aferrarte después del choque; pasados unos minutos atendí al llamado de mi madre y me dirigí a ella, pude notar que por su mente pasaban muchas cosas de las cuales sentía necesidad de saberlas, fue en ese momento en que sentí su mano sobre la mía y vi como unas lágrimas caían por toda su mejilla, quizás por su estado de salud o quizás eran los pensamientos que pasaban por su mente; ¡cuidé de sus hermanitos!, ¡no deje que nada malo les pase!, al oír aquellas palabras de la boca de mi madre cada una de estas provocó que algo se quebrara en mi interior, pero debía seguir siendo fuerte por ella y por mis hermanos; aun cuando no fui capaz de articular alguna palabra, solo podía sentir en mi interior un vacío, eran demasiadas emociones y sensaciones para una sola persona, no sabía si quedarme con mi mamá o hacer su voluntad y estar con mis hermanos, fue en ese momento que acudimos a Dios, le pedí fuerza y oré por mi madre en silencio hasta que se quedó profunda, como en un estado inconsciente, solté lentamente su mano y la acomodé mejor para que pudiera descansar, todo de la manera más minuciosa posible, por último verifiqué su presión y temperatura antes de salir del cuarto para buscar a mis hermanos y asegurarme de que ellos también estuvieran bien, que no necesitaran nada y decirles con un alivio en el corazón que todo iba a estar bien, para mi sorpresa también se habían quedado dormidos, recuerdo que me quedé sentado al lado del cuarto de ellos como un faro en medio del mar, solo mirando hacia la derecha e izquierda pensando qué pasaría esa noche, pero con la sensación de que todo iba a mejorar, me fijaba que me mi mamá no fuera a tener ninguna alteración o algún cambio repentino que supusiera un riesgo para ella, mientras que también daba rondas a mis hermanos y pensaba al mismo tiempo en aquellas palabras que había pronunciado mamá, la noche se hizo larga y agotable hasta que me quedé dormido junto a ella en una de las muchas rondas que hice como si fuera un celador. Al despertar al otro día sentía unas manos que palmoteaban sobre las mías, cuando pude ver cómo la cara de angustia y miedo de mi madre de la noche anterior me miraba con una sonrisa, como si ya todo hubiera pasado.

MARCO TEÓRICO

La teoría del cuidado de Kristen M. Swanson es un modelo de enfermería que se centra en el concepto de cuidado y su importancia a la hora de ejercer la labor de cuidar y ser cuidado. Según Kristen Swanson (1991) “cuidar es una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado por el cual se siente un compromiso y una responsabilidad personal”, esta teoría surge empíricamente al identificar la necesidad que aparece a partir de experiencias de las mujeres que padecen una pérdida inesperada en su embarazo, de la falta de conocimiento que presentan los padres primerizos, de los cuidados que debe de tener un niños prematuro, de los cuidados intensivos en la unidad neonatal y las madres en riesgo; todo esto siendo abordado en 5 procesos fundamentales secuenciales los cuales son: conocer, mantener la fe, estar con, hacer por, posibilitar. Al aplicar esta teoría, los enfermeros pueden trabajar para mejorar la experiencia del cuidado de los pacientes y promover la plenitud de las personas a lo largo de su trayectoria vital, convirtiéndose en una teoría adaptable a cualquier situación donde se identifique una persona que realiza un cuidado con una persona que necesita de cuidados o aprender a cuidar.

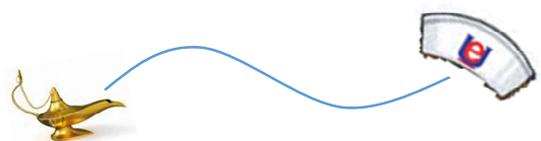


Por lo tanto, su principal importancia es promover la integridad y la curación por medio de la práctica, la investigación y la formación. Está basada en los cuidados que una persona le brinda a otra, de ese modo, lo que podemos analizar en la situación planteada es un sin número de emociones y sentimientos que llevan a la persona a explorar un campo de forma empírica, acto que surge a la hora de querer hacer todo por una persona pero la inexperiencia lo resume a un nada, pero es imposible dejar de pensar en las diferentes soluciones que pueden haber al alcance y sin saber que de alguna manera estamos realizando un cuidado a una persona que lo necesita, con el simple hecho de pensar en aquellas posibles cosas que pueden suceder como se menciona dentro de esta; todo es realizado teniendo en cuenta los 5 procesos fundamentales que se deben de tener a la hora de ejercer el cuidado:

1. Conocer: se lleva a cabo a la hora de querer comprender y encontrar una solución mediante la exploración del entorno
2. Mantener la fe: el sentimiento de hacer y esperar una pronta recuperación y una mitigación del dolor.
3. Estar con: acompañamiento a cada momento por el cuidador.
4. Hacer por: las acciones que el cuidador lleva a cabo pensando en todo momento en el bienestar de la otra persona
5. Posibilitar: satisfacción de identificar los aspectos positivos de los actos que se están ejecutando.

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

“La acción de cuidar a la persona esté enferma o no hace parte del enfermero, porque si esta tuviera la capacidad, disposición, conocimientos o voluntad para hacerlo por si mismo no tendría la necesidad de acudir a alguien más” (Henderson, 1964). Ayudar al individuo es un acto de enfermería que contribuye a su estado de salud, recuperación o una muerte en paz. De acuerdo con su modelo teórico el desarrollo de ideas con base en la enfermería busca cubrir cada una de las necesidades básicas de las personas, ya que para ella las necesidades no son un problema, sino un requisito. Henderson buscaba que la persona consiguiera una independencia total de su mente y cuerpo, por ende, propone un modelo de atención al paciente en la cual se incluyen 14 de las necesidades básicas de las personas, estas no solo cubren el plano fisiológico de las personas, sino también su parte psicológica, moral y espiritual. (Henderson,1964)



NECESIDADES IDENTIFICADAS

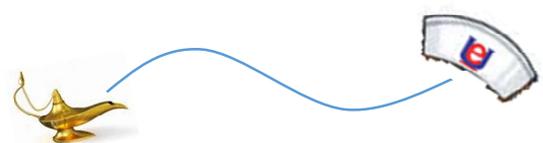
- Necesidad de beber y comer adecuadamente
- Necesidad de dormir y descansar
- Necesidad de mantener la temperatura corporal

Teniendo en cuenta lo anterior podemos inferir del Modelo de Virginia Henderson que, en medio de nuestro acompañamiento al paciente, podemos identificar necesidades de boca de ellos, también denominadas respuestas humanas subjetivas, o por medio de nuestra evidencia al momento de entablar una conexión o relación con ellos, lo que también es denominado como respuestas humanas objetivas.

RESPUESTAS NECESIDADES HUMANAS	
RESPUESTAS SUBJETIVAS	RESPUESTAS OBJETIVAS
Me duele la cabeza, tengo frío, quiero vomitar, me duele el cuerpo.... ¡Ayúdeme!	Su cuerpo temblaba
¿Cómo están sus hermanitos?, ¿dónde están ellos?, ¿ya comieron?	Su presión arterial era alta
Rechazaba la comida haciendo gestos con su cabeza	Su angustia casi me lo confirmaba
“No quiero estar más así”	Su voz era quejambrosa y rasgada
¡Cuide de sus hermanitos!, ¡no deje que nada malo les pase!	Su disposición para mejorarse
	Todo lo vomitaba
	Sus caras reflejaban angustia, miedo y preocupación
	Por su mente pasaban muchas cosas, lágrimas caían por sus mejillas

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA CON BASE AL NANDA

DOMINIO NANDA	DIAGNÓSTICO
DOMINIO 1	<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud • Disposición para mejorar la gestión en salud
DOMINIO 2	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de desequilibrio electrolítico • Riesgo de déficit de volumen de líquidos
DOMINIO 3	No alterado
DOMINIO 4	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de deterioro de la función cardiovascular
DOMINIO 5	No alterado



DOMINIO 6	<ul style="list-style-type: none"> • Disposición para mejorar la esperanza • Baja autoestima situacional
DOMINIO 7	No alterado
DOMINIO 8	No alterado
DOMINIO 9	<ul style="list-style-type: none"> • Disposición para mejorar el afrontamiento • Ansiedad • Riesgo de impotencia
DOMINIO 10	No alterado
DOMINIO 11	<ul style="list-style-type: none"> • Termorregulación ineficaz
DOMINIO 12	<ul style="list-style-type: none"> • Disconfort
DOMINIO 13	No alterado

Dominio: 1. Promoción de la salud

Clase: 2. Gestión de la salud

Código: 00188 – Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud R/C Actitud negativa hacia la atención sanitaria y factores estresantes E/P fracaso al emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud.

Dominio: 1. Promoción de salud

Clase: 2. Gestión de la salud

Código: 00162 – Disposición para mejorar la gestión en salud

Disposición para mejorar la gestión en salud E/P Expresar deseos de mejorar la gestión de los síntomas.

Dominio: 2. Nutrición

Clase: 5. Hidratación

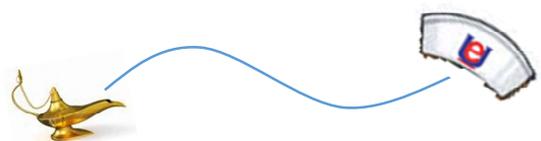
Código: 00195 - Riesgo de desequilibrio electrolítico

Riesgo de desequilibrio electrolítico E/P Vómitos y volumen de líquidos insuficientes

Dominio: 2. Nutrición

Clase: 5. Hidratación

Código: 00028 – Riesgo de déficit de volumen de líquidos



Riesgo de déficit de volumen de líquidos E/P Alteraciones que afectan la ingesta de líquidos y pérdida excesiva de líquidos a través de vías anormales.

Dominio: 4. Actividad/reposo

Clase: 4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares

Código: 00239 – Riesgo de deterioro de la función cardiovascular

Riesgo de deterioro de la función cardiovascular E/P Antecedentes cardiovasculares e hipertensión

Dominio: 6. Autopercepción

Clase: 1. Autoconcepto

Código: 00185 – Disposición para mejorar la esperanza

Disposición para mejorar la esperanza E/P Expresar deseos de mejorar la esperanza

Dominio: 6. Autopercepción

Clase: 2. Autoestima

Código: 00120 – Baja autoestima situacional

Baja autoestima situacional R/C Deterioro funcional E/P Indefensión y reto situacional de la propia valía

Dominio: 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase: 2. Respuestas de afrontamiento

Código: 00158 – Disposición para mejorar el afrontamiento

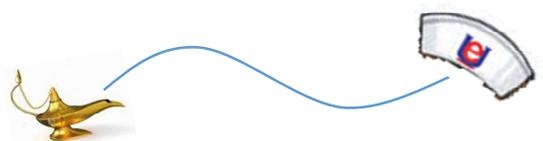
Disposición para mejorar el afrontamiento E/P Expresar deseos de mejorar el uso de los recursos espirituales.

Dominio: 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase: 2. Respuestas del afrontamiento

Código: 00146 – Ansiedad

Ansiedad R/C amenaza de muerte, crisis situacional y necesidades no satisfechas E/P angustia, sufrimiento, temor, conciencia de los síntomas fisiológicos, preocupación, inquietud, aumento de la frecuencia cardíaca y náuseas.



Dominio: 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase: 2. Respuestas del afrontamiento

Código: 00152 – Riesgo de impotencia

Riesgo de impotencia E/P ansiedad, autoestima baja, dolor y enfermedad.

Dominio: 11. Seguridad/Protección

Clase: 6. Termorregulación

Código: 00008 – Termorregulación ineficaz

Termorregulación ineficaz R/C enfermedad E/P hipertensión

Dominio: 12. confort

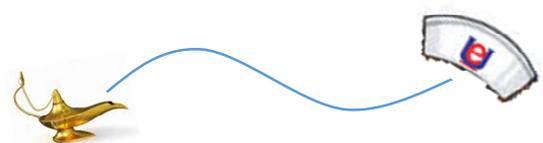
Clase: 1. Confort físico- 2. Confort entorno- 3. Confort social

Código: 00214 - Disconfort

Disconfort R/C síntomas relacionados con la enfermedad E/P ansiedad, inquietud, intranquilidad con la situación, llanto, sensación de frío y temor

METAPARADIGMAS

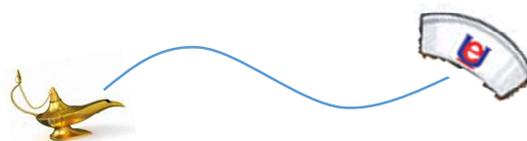
ENFERMERÍA	Según Swanson (1991,1993) define la enfermería como la disciplina conocedora de los cuidados para el bienestar de los demás. Dentro de la narrativa podemos darnos cuenta cómo el enfermero de manera instantánea ejecuta un cuidado inmediato sobre su madre, puesto que este conoce la situación porque la ha manejado en diversas ocasiones, algo similar a la experiencia clínica.
PERSONA	Según Swanson (1993), describe a la persona como seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se manifiesta en pensamientos, conductas y sentimientos, por ende, las personas son modeladas en el entorno en el que viven. Tal como se evidencia dentro de la narrativa, la madre del enfermero se niega en ir al hospital y como consecuencia a su entorno, se está creando un modelo con libre albedrío, pero con sentimientos y conductas negativas.



SALUD	Según Swanson (1993), considera el restablecimiento del bienestar como un complejo procesos de cuidado y curación que incluyen facetas que nos hacen humanos, como lo son nuestros pensamiento o sentimientos; antes de que la madre del enfermero pudiese aliviarse varias de estas surgen libremente a través de los sentimientos, pero a partir de allí surge una renovada plenitud por parte de la madre.
ENTORNO	El entorno es cualquier contexto que influye o que es influido por el cliente (Swanson,1993). Basados en la narrativa, el entorno de la madre no era lo mejor, puesto que, aunque no representara un riesgo directo si jugaba un papel importante en cuanto a la mejora de la cliente.

PATRONES DE CONOCIMIENTO

PATRÓN	INTERACCIÓN DENTRO DE LA NARRATIVA
EMPÍRICO	Representa el conocimiento que se adquiere a través de la experiencia, la comprensión de los significados de los símbolos de lenguaje, es el patrón más asociado a la ciencia tradicional. Como se puede apreciar en la narrativa, el quehacer del enfermero está justificado en las experiencias vividas previamente, por lo que hace uso de sus conocimientos para actuar ante aquella situación, por ende, su actuar está soportada en la base científica.
PERSONAL	Implica el conocimiento de sí mismo y de los demás para poder entablar una relación, a diferencia del patrón empírico, este no está mediado por los símbolos del lenguaje. Como se nota en la narrativa el enfermero tiene una conexión mucho más estrecha que enfermero-paciente, puesto que se trata de su madre y es un vínculo emocional mucho más fuerte, lo que hace que él mismo se cuestione en varias ocasiones sin saber si lo que está haciendo está siendo de ayuda o no, por otro lado, guarda sus sentimientos porque sabe que su inestabilidad podría empeorar la situación, sin embargo, adopta una postura de cuidado en todo momento.
ESTÉTICO	Requiere la abstracción de lo que es individual, particular y único, se expresa de diferentes maneras, por lo que desde el punto de vista de enfermería de debe aprender a Representar, interpretar e imaginar. Un ejemplo de este patrón es cuando el enfermero se acerca a su madre y por medio de una oración entre ambos, el enfermero imagina que todo mejorará. Además de ello después cuando su madre mira a sus ojos sonriendo ella representa y simboliza que todo ha pasado.
ÉTICO	También denominado patrón ideo moral, dirige juicios y acciones que, aunque no son imperativas, obligaciones o deberes morales, pueden ser acciones buenas u honorables. En la narrativa el enfermero en consciente de lo que sabe y lo que está al alcance de sus manos, podemos suponer que su actuar es

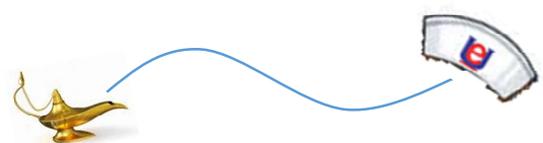


	correcto, aunque él mismo se cuestione, por ello su reflexión inmediata es de obligación, pero corresponde al buen actuar.
--	--

CONCLUSIONES Y CONTRIBUCIONES PARA LA CIENCIA.

En conclusión, la teoría de la enfermería de Kristen Swanson tiene aplicaciones invaluable en la ciencia de la enfermería porque proporciona un marco conceptual que nos permite brindar una atención verdaderamente holística que va más allá de lo puramente técnico y considera las necesidades inherentes del paciente, incluidas las emocionales, sociales y espirituales. Esta teoría guía las intervenciones de enfermería para abordar plenamente las necesidades del paciente como persona, no sólo como un organismo biológico. Además, enfatiza la importancia fundamental de la empatía, la compasión y la presencia tranquila y constante de la enfermera hacia el paciente. También enfatiza la necesidad de que el enfermero tenga un conocimiento íntimo de la persona, de sus vivencias, de los valores y creencias que dan sentido a su existencia. Por tanto, la enfermera siempre respeta la individualidad, la dignidad y la visión del mundo del paciente.

La teoría de Swanson fomenta una atención informada y adaptativa que evoluciona continuamente para satisfacer las necesidades cambiantes del paciente, basada en investigaciones y pruebas continuas a nivel individual. Además, fortalece la relación de confianza y afirmación emocional entre la enfermera y el paciente. Por todas estas razones, esta teoría es invaluable para educar a las nuevas generaciones de enfermeras con una perspectiva verdaderamente humanizada sobre la prestación de atención médica. En conclusión, proporciona un marco importante para implementar una atención de enfermería holística y ética que se centra en la experiencia única de cada paciente, de modo que, con la ayuda de la teoría de Kristen M. Swanson pudimos a partir de una narrativa en enfermería aplicar patrones de conocimiento y metaparadigmas de una manera precisa, cubrir cada uno de los objetivos principales dentro de este trabajo, así como implementar los diagnósticos de enfermería a partir de unas necesidades básicas en la persona, llevando la experiencia al desarrollo de estrategias y generando en nosotros nuevos conocimientos, cimentados en bases científicas y filosóficas.



Referencia Bibliográfica.

- Alfaro, R., & Lefevre. (2021). *Pensamiento crítico, razonamiento clínico y juicio clínico en enfermería* (Vol. 7). ESPAÑA: ELSEVIER.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2018). *Modelos y teorías de enfermería* (Novena ed.). ELSEVIER.
- Angel, Y. M. (2019). Patrón de conocimiento personal identificado en narrativas de profesores de Enfermería. *Revista Cuidarte*, 10(2), e688.
doi:<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.688>
- García, T. B. (1 de mayo de 2007). *Modelos y teorías de enfermería*.
- Herdman, H., Kamitsusru, S., & Lopes, C. T. (2021-2023). *NANDA Internacional, Inc. Diagnósticos de enfermería*. ELSEVIER.
- Jean, N. I. (2007). *Teoría del proceso de enfermería* (Sexta ed.). Barcelona: Elsevier.
- Reyes, G. (2015). *Fundamentos de enfermería* (Segunda ed.). Manuel Moderno.

