

Actualizaciones en **ENFERMERÍA**



Fundación
Santa Fe de Bogotá

Vol. 19, No. 1, Año 2017
ISSN 2389-8674 (en línea)



Fundación
Santa Fe de Bogotá

5

Modelar la enfermería: un compromiso del Hospital Universitario Nacional de Colombia con el país

13

Cuidado de enfermería a partir de los saberes

22

Cuidando para el Bienestar del paciente

29

Cuidarnos para cuidar, cuidar para cuidarnos

35

Comprometidos con la ciencia y el arte del cuidado humanizado

DIRECTORA DE ENFERMERÍA

Sandra Marcela Cortés Gómez

Fundación Santa Fe de Bogotá

EDITORA

Luz Estella Aragón Pinto

Coordinadora de Educación y Gestión del Conocimiento

Dirección Enfermería - Fundación Santa Fe de Bogotá

COMITÉ EDITORIAL

Sonia Echeverri, Enf. Magíster
Fundación Conocimiento

Vera Núñez, Enf. PhD. (C)
Fundación Santa Fe de Bogotá

Blanca Stella Vanegas Morales, Enf. Magíster
Fundación Santa Fe de Bogotá

Luisa María Luengas Ramírez, Enf. PhD
Fundación Santa Fe de Bogotá

Daniel Gonzalo Eslava, PhD,
Fundación Universitaria del Área Andina

Lina Villabona, Enf. Especialista
Fundación Santa Fe de Bogotá

María Claudia Duque Enf. PhD
Pontificia Universidad Javeriana

Claudia Ariza, Enf. PhD.
Pontificia Universidad Javeriana

Johana Botero, Enf. Magíster
Canadá

PARES ACADÉMICOS

Edier Mauricio Arias Rojas
Universidad Nacional de Colombia

Olga Janneth Gómez Ramírez
Universidad Nacional de Colombia

Gloria Mabel Carrillo González
Universidad Nacional de Colombia

Luz Ángela Argote Oviedo
Universidad del Valle

Juan David Montenegro Ramírez
Fundación Universitaria Ciencias de la Salud

Yolanda Vallejo Pazmiño
Fundación Universitaria Ciencias de la Salud

Alejandra María Alvarado García
Universidad de la Sabana

Lina María Vargas Escobar
Universidad El Bosque

Elizabeth Vargas Rosero
Universidad Nacional de Colombia

Erika Rossi Díaz-Benítez
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez- México

Norma Elena de León Ojeda
Hospital Pediátrico William Soler - Cuba

Uva Margarita González
Universidad El Bosque

ACTUALIZACIONES EN ENFERMERÍA ISSN 2389-8674 (En línea) se publica en ediciones especiales para Colombia y Latinoamérica, © 1998 por la Fundación Santa Fe de Bogotá. Derechos reservados. La Institución se reserva todos los derechos, inclusive los de traducción. Se prohíbe la reproducción y reimpresión, total o parcial de los artículos sin el permiso previo del editor bajo las sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento, comprendidas las reprografía y el tratamiento informativo, y la distribución de ejemplares de ella, mediante alquiler o préstamo público.

Publicación de la Fundación Santa Fe de Bogotá Calle 119 No. 7-75, Teléfono: +571-603 03 03 extensión 5129, 5408, 5749. Bogotá, D.C., Colombia.

E-mail: actual.enferm@fsfb.org.co **Visite:** <http://www.fsfb.org.co> **Corrección de estilo:** Viviana Zuluaga Zuluaga

Traducción: Theodore Adrian Zuur / **Diagramación:** Media For Health www.m4h.com.co / **Fotografía Portada:** Alejandro Arango

EDITORIAL

Estimados colegas, para el equipo de trabajo de nuestra revista es inmensamente satisfactorio poder ofrecer esta edición especial que marca un hito histórico por el enfoque con que se ha proyectado esta publicación para seguir ofreciéndose en los próximos años. Como es conocido por ustedes, la revista se editó por primera vez en 1998 y durante esos años se caracterizó por orientarse en la publicación de artículos científicos con un enfoque clínico.

En el año 2015 se da inicio a un riguroso análisis de las características, la orientación y la proyección de la revista a través de metodologías de evaluación estratégica con el fin de generar mayores y mejores respuestas a las expectativas de producción intelectual y publicación de profesionales de enfermería. Con el análisis de los resultados se decide que Actualizaciones en Enfermería será una revista de carácter *Profesional* con el objetivo principal de contribuir con la transferencia de conocimiento para el desarrollo y fortalecimiento de las prácticas de cuidado en enfermería.

Este nuevo enfoque busca publicar diferentes experiencias, análisis y revisiones relacionadas con el cuidado en enfermería conservando la rigurosidad académica y del método científico que requieren los escritos de alta calidad y de esta forma hacer evidente la importancia, el compromiso y el aporte de enfermería al cumplimiento de las metas de salud universal.

El presente número la sección de trabajos originales está dedicada al desarrollo de *Modelos de Práctica Profesional* a través de alianzas Docencia-Asistencia. Estos Modelos resultan ser una excelente estrategia para favorecer el trabajo conjunto y articulado entre la docencia y la asistencia que requieren nuestros pacientes pues tienen una misma meta: brindar un cuidado idóneo, oportuno y de alta calidad donde ante todo se privilegie el respeto por la dignidad de la persona y su familia.

En el presente año, la Universidad del Valle y la Fundación Santa Fe de Bogotá deciden ofrecer conjuntamente el Diplomado: Alianzas Docencia-Asistencia para la implementación de Modelos de Cuidado de Enfermería: "Liderazgo para la transformación de la práctica". En esta actividad académica participaron profesionales de enfermería de diferentes regiones del país en representación de alianzas entre universidades y hospitales universitarios.

Estamos convencidas que el trabajo en alianza entre docencia y asistencia potencia esfuerzos, optimiza recursos y fortalece la correspondencia entre lo que se enseña en las universidades y el desempeño laboral de nuestros profesionales. De igual manera, que el trabajo con Modelos de práctica visibiliza y da valor a nuestro quehacer profesional, favorece la interacción interdisciplinaria, fortalece la autonomía y la toma de decisiones y garantiza la alineación con los principios de calidad en nuestras instituciones.

En este número con el que inauguramos el nuevo enfoque de la revista **ACTUALIZACIONES EN ENFERMERÍA** otorgamos un especial reconocimiento a los Modelos de Práctica Profesional de cinco Alianzas Docencia-Asistencia desarrollados a través del diplomado entre enero y junio del 2017.

Agradecemos a todas las personas que con su dedicación y compromiso hicieron posible esta iniciativa.



Sandra Marcela Cortés Gómez
Directora Enfermería
Fundación Santa Fe de Bogotá



Claudia Santamaría de Herrera
Directora Escuela de Enfermería
Universidad del Valle



Fundación
Santa Fe de Bogotá

ARTÍCULOS ORIGINALES

5

Modelar la enfermería: un compromiso del Hospital Universitario Nacional de Colombia con el país

13

Mejorar la experiencia de la salud humana: cuidado de enfermería a partir de los saberes

22

Modelo funcional "Cuidando para el bienestar del paciente"

29

Modelo de cuidado en enfermería: cuidarnos para cuidar, cuidar para cuidarnos. Experiencia de alianza docencia asistencia.

35

Modelo funcional: comprometidos con la ciencia y el arte del cuidado humanizado.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

44

Cambios y afectación en la vida diaria del cuidador de niños y niñas con anomalías congénitas e intervención del equipo de salud

50

El cuidado de enfermería y la responsabilidad social.

ARTÍCULOS NARRATIVA

56

La vida puede cambiar en un minuto

CONTENIDO

MODELAR LA ENFERMERÍA

UN COMPROMISO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA CON EL PAÍS



Modeling the nursing: a commitment of the colombian national university hospital with the country

Magda Lucía Flórez-Flórez¹ Nathaly González-Pabón²

RESUMEN

Objetivo. Construir un modelo de cuidado de enfermería para orientar la práctica profesional en el Hospital Universitario Nacional de Colombia (HUNC).

Metodología. Como parte de un diplomado que la alianza HUNC–Universidad Nacional de Colombia (UNC) buscó para fortalecerse, se adelantó un estudio metodológico que constó de 4 etapas: 1) Revisión teórico conceptual sobre el cuidado de enfermería y su articulación con la práctica. 2) Identificación y validación de los elementos metaparadigmáticos de Enfermería y sus supuestos. 3) Análisis de las formas de trabajo en red, comunicación y liderazgo transformacional. 4) Consolidación y socialización del modelo y sus indicadores.

Resultados. A partir de este estudio se identificaron los elementos metaparadigmáticos de Enfermería que orientan la práctica en la alianza HUNC–UNC; los supuestos que reflejan la forma en que estos elementos se relacionan para lograr la práctica esperada de Enfermería. Se plantean indicadores que hacen posible la medición de un plan de desarrollo conjunto para cualificar la asistencia, la docencia, la gestión y la investigación de enfermería.

Conclusiones. El modelo de cuidado de Enfermería para orientar la práctica profesional en la alianza HUNC–UNC permite modelar la Enfermería, es decir, señalar cómo debe desarrollarse la práctica en los diferentes roles que se ejercen alrededor del cuidado respondiendo a los rasgos propios de una Universidad y Hospital de impronta nacional, reflejando el compromiso de la Enfermería institucional con el país.

Palabras clave. Enfermería, Atención de enfermería, Investigación en enfermería, Teoría de enfermería, Educación en enfermería, Calidad de la atención de salud (DeCS)

ABSTRACT

Objective. Build a nursing care model to guide the professional practice in the National Academic Hospital of Colombia. (HUNC).

Methodology. From of a diplomat that the alliance (HUNC) and National University of Colombia (UNC) seek to strengthen, a methodological study was made and consist of four stages: 1. Conceptual theoretical review on nursing care and its relationship with practice. 2. Identification and validation of the nursing metaparadigm elements and their assumptions. 3. Analysis of networking work practices, communication and transformational leadership. 4. Consolidation and socialization of the model and its indicators.

Results. From this study we identified the nursing metaparadigm elements that guide the practice in the HUNC–UNC alliance; the assumptions that reflect the way in which these elements are related to achieve the expected nursing practice. Indicators are being proposed to measure a development plan to rate the assistance, teaching, management and research in the nursing practice.

Conclusions. The nursing care model guiding the professional practice in the HUNC–UNC alliance allows to model nursing indicating how the practice should be developed in the roles that are applied around care like a university and a hospital of national reputation should, reflecting the commitment of the institution of nursing with this country.

Key words. Nursing, Nursing care, Nursing research, Nursing theory, Nursing education, Quality of health care (DeCS)

¹Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. E-mail: mlflorez@unal.edu.co

²Especialista en Enfermería Cardiorrespiratoria. Enfermera Coordinadora Unidad de Cuidado Intensivo, Hospital Universitario Nacional de Colombia. E-mail: nathaly.gonzalez@hun.edu.co

INTRODUCCIÓN

Sustentar la práctica de Enfermería a partir de la identificación de las necesidades de cuidado de las personas es un aspecto central para contribuir a mejorar los estándares de calidad de la atención en salud y reducir los riesgos derivados de la experiencia que pueden llegar a tener las personas en su paso por las instituciones prestadoras de salud. Para ello, es importante que esta práctica de enfermería esté inmersa en las directrices que dictan organismos internacionales, nacionales y locales.

En este sentido, se encuentra que organizaciones como el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) orientan sus acciones para asegurar que los cuidados de enfermería que se brinden sean de calidad para todos los usuarios y establece políticas de salud con el fin de velar por la salud de la población mundial.

Así mismo, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) planteó los Objetivos de Desarrollo Sostenible con el fin de erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para toda la población; para ello establecieron 17 objetivos dentro de los cuales Enfermería puede trabajar en algunos de ellos como el 3 y 4: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las edades (objetivo 3); Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos (Objetivo 4).

Es tan importante el trabajo que las enfermeras realizan día a día para que de una u otra manera se puedan alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que la ONU publica cómo las enfermeras de todo el mundo están haciendo una labor intensa para mejorar el acceso a la atención en salud, para educar a las diferentes poblaciones de acuerdo con sus necesidades; establecen estrategias para abordar la pobreza, para contribuir a mejorar la nutrición de la población, realizan acciones para disminuir la desigualdad, entre varios de los objetivos planteados. Este arduo trabajo es realizado en poblaciones con necesidades identificadas, como en Zambia, Hong Kong, Australia, Estados Unidos, Uganda, China, Siria, entre otras.

A nivel nacional, es importante resaltar cómo la Ley 911 de 2004, en su artículo 1 promulga el respeto por la vida, la dignidad de los seres humanos y por sus derechos, constituyéndose en los principios y valores que orientan el ejercicio de la enfermería. De la misma manera en el artículo 3, define el acto de cuidado de enfermería como el ser y esencia del ejercicio de la profesión; lo que implica realizar un proceso de identificación de necesidades, priorizándolas para así establecer un plan de cuidado orientado a promover la vida, prevenir la enfermedad, participar en el tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo. Lo anterior, en una interacción permanente entre el profesional de enfermería, el sujeto

de cuidado, la familia o grupo. De esta manera, esta Ley se constituye en un pilar central que fundamenta el ejercicio de la práctica profesional en todos los ámbitos donde se desempeñe el profesional de enfermería.

Esta práctica profesional está encaminada a brindar un cuidado de enfermería de calidad bajo los más altos estándares de atención nacional e internacional, por lo que juega un papel importante en procesos de acreditación institucional. En este sentido, cobra importancia la Acreditación como una estrategia de mejoramiento continuo que lleva a las instituciones para que encaminen sus acciones para el desarrollo de procesos de calidad, que tengan como objetivo resultados centrados en el paciente y su familia; en donde el logro de la excelencia en la atención permita al paciente experimentar una atención con calidad y segura.

En este mismo sentido, el Sistema Único de Acreditación en Salud en Colombia está orientado por los principios de gradualidad, manejo de información e integralidad, cuyo fin último es el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud a través del cumplimiento de estándares definidos para tal fin. Así mismo, la atención centrada en el usuario, identificar y satisfacer sus necesidades, con una gestión clínica excelente y segura, minimizando el riesgo de sufrir eventos adversos; humanización de la atención en salud, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, transformación cultural permanente y responsabilidad social, son propuestos como Ejes trazadores en el Sistema Único de Acreditación en Salud.

En este aspecto se resalta el HUNC quien en su misión se define como una entidad que presta servicios de salud al ser humano en forma compasiva y segura, que educa, investiga, trabaja en equipo interdisciplinario, buscando la excelencia y garantizando la responsabilidad social y ambiental; haciendo énfasis en la humanización en toda la atención brindada. En este sentido para el 2021, se propone ser una entidad acreditada generando experiencias positivas en pacientes y estudiantes, siendo líder en investigación y prestación de servicios.

Por supuesto y como se describió anteriormente, enfermería juega un papel importante en estos procesos, tan es así que en la misión de la Dirección de Enfermería se resalta el Cuidado Humano como elemento central y se proyecta para el 2021 como una organización reconocida a nivel nacional e internacional por su calidad humana, conocimiento, innovación e investigación con el fin de garantizar prácticas seguras. Para el Hospital Universitario, la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia acreditada a nivel nacional en su carrera de enfermería y a nivel internacional con la Maestría en Enfermería, se convierte en un eje central que comparte la generación de conocimiento disciplinar y de salud, orientado a dar respuestas académicas y sociales, de acuerdo a

las necesidades regionales y locales del país. Resalta en su visión un equipo de docentes, estudiantes y egresados que participan activamente en la resolución de problemas prioritarios de la sociedad y en la toma de decisiones sobre políticas públicas de salud y educación.

De acuerdo a lo anterior, surge la importancia del planteamiento de modelos de cuidado de enfermería en las instituciones de servicio, los cuales en los últimos años se han convertido en una estrategia orientada a fortalecer la práctica clínica a través de diferentes iniciativas como por ejemplo el establecimiento de alianzas docencia-servicio; donde se busca mejorar y consolidar el trabajo conjunto entre la academia y la asistencia con el fin brindar un cuidado con altos estándares de calidad. Estas alianzas pueden encaminarse a contribuir y fortalecer uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionado con Revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible (Objetivo 17), donde la ONU propone que, para alcanzar estos objetivos deben plantearse uniones entre gobiernos, la sociedad civil, los científicos, el mundo académico y el sector privado.

Dado lo anterior, surge la necesidad de plantear un modelo de cuidado de enfermería que oriente la práctica profesional en la alianza docencia-servicio entre el HUNC y la UNC, fundamentado en los más altos estándares de calidad, caracterizado por la identificación de las necesidades de la población objeto de cuidado, buscando el bienestar y la satisfacción de la persona durante su experiencia de salud.

Este estudio es útil, porque el establecimiento de un modelo de cuidado de enfermería beneficiará a todos los sujetos de atención del HUNC, proporcionándoles un cuidado seguro y de calidad, a partir de sus necesidades particulares, las cuales serán identificadas y priorizadas para posteriormente establecer un plan de cuidado personalizado.

El estudio es importante para el desarrollo de la enfermería por cuanto favorecerá el desarrollo del liderazgo transformacional de las enfermeras del HUNC en alianza con la UNC, fomentando la satisfacción de las necesidades del sujeto de cuidado en un ambiente seguro y en un trabajo interdisciplinario continuo. De la misma manera, el cuidado se fortalecerá a través del trabajo conjunto con los docentes, estudiantes y enfermeras de la alianza, donde la educación tanto al personal de salud como al sujeto de cuidado serán un eje transformador en busca de la excelencia; en este mismo sentido reflejará la responsabilidad social que tiene la alianza a nivel del país.

El trabajo es novedoso por cuanto puede impactar de manera positiva el cuidado de enfermería a través del trabajo continuo de la alianza HUNC-UNC, fortaleciendo los conceptos teóricos y conceptuales de la práctica

de enfermería, haciendo énfasis en la identificación de los conceptos metaparadigmáticos y las relaciones entre ellos que generan unos supuestos que definen de manera importante el modelo.

METODOLOGÍA

Como parte de un diplomado que la alianza HUNC-UNC buscó para fortalecerse, se adelantó un estudio metodológico que constó de 4 etapas:

1) Revisión teórico conceptual sobre el cuidado de enfermería y su articulación con la práctica. Para esta primera parte, se revisó la literatura relacionada con el significado de los conceptos metaparadigmáticos como lo son el cuidado, la enfermería, el sujeto de cuidado y contexto. De la misma manera, se revisó a partir de la literatura cómo se relacionan los conceptos del cuidado.

2) Identificación y validación de los conceptos metaparadigmáticos y los supuestos que los unen. Para identificar los conceptos se utilizó un Formato de Reconocimiento de Elementos Centrales para la Práctica de Enfermería, propuesto por la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de la Sabana y validado con la Fundación Santa Fe de Bogotá. Se incluyó en este, una pregunta referente a la relación del HUNC con el desarrollo de la enfermería en Colombia, de tal manera que el formato finalmente quedó compuesto por 8 preguntas abiertas. Una vez obtenida la autorización para su uso se aplicó al 73.6% (n= 38) de enfermeros del HUN. Posteriormente, se tabularon y analizaron las encuestas por parte del equipo de la alianza docencia-servicio (Enfermera coordinadora Unidad de Cuidado Intensivo HUNC, enfermera profesora asociada Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia, profesora tutora y Directora de Enfermería del HUNC) obteniendo la definición de los elementos centrales para la práctica. Una vez identificados los elementos centrales, estos se validaron con un grupo focal conformado por cinco enfermeros líderes de servicios, con estudios de posgrado y con diferencias en sus tiempos de experiencia clínica (desde un año de experiencia hasta más de 10 años). Con este grupo también se establecieron los supuestos de acuerdo a la relación identificada por ellos, con cada uno de los elementos centrales.

3) Análisis de las formas de trabajo en red, comunicación y liderazgo transformacional. En esta etapa se realizó revisión de la literatura relacionada con el liderazgo transformacional, teoría del cambio, manejo de conversaciones cruciales. Esta revisión de literatura fue retroalimentada por la Dra. Lynda Wilson, asesora de la Organización Panamericana de la Salud, en estos temas, quien lo hizo a partir de conferencias y ejercicios prácticos. Posteriormente, se desarrolló una guía de trabajo, orientada a la identificación del escenario deseado para la práctica de enfermería, con sus



respectivas estrategias e indicadores, que incluyó los siguientes pasos:

- a) Definición de 5 condiciones para el mejoramiento de la atención de los sujetos de cuidado (paciente y familia) en la institución.
- b) Definición de cinco condiciones para el mejoramiento en la formación que la institución ofrece a los estudiantes y el personal de enfermería
- c) Definición de cinco logros o reconocimientos que se quiera que enfermería tenga como disciplina profesional en el marco de la alianza docencia-asistencia.
- d) Definición de cinco avances que se esperan de enfermería en el campo de la investigación o la proyección social en el marco de la alianza docencia-asistencia.

Una vez definidas las 20 condiciones, estas fueron consignadas en una matriz diseñada para tal fin, donde se priorizaron por importancia y gobernabilidad; finalmente se ponderaron y se obtuvieron las 5 condiciones prioritarias a trabajar. A continuación, se establecieron dos estrategias para lograr cada condición señalando las metas de logro en términos de corto, mediano o largo plazo. Igualmente se identificó el papel de la alianza para obtener el logro y se propusieron indicadores para cada condición.

4) Estructuración del modelo y sus indicadores. Una vez estructurado el modelo, se procedió a definir su nombre, el diagrama y se definió el plan de acción para continuar con la consolidación del modelo que servirá de base para continuar fortaleciendo el cuidado de enfermería y el trabajo en alianza docencia servicio.

RESULTADOS

El modelo de cuidado de la alianza HUNC-UNC, denominado “Modelar la Enfermería: un Compromiso del Hospital Universitario Nacional de Colombia con el País”, concibe los elementos metaparadigmáticos de la siguiente forma:

Sujeto: Ser humano persona y familia que como sujetos de derecho son vistos integralmente y que requieren los servicios del HUNC para atender sus necesidades o dolencias y preservar su salud procurando su bienestar. Contexto: El contexto de cuidado es un ecosistema que se da en medio de un hospital universitario que cuenta con un equipo multidisciplinario de salud profesional, técnico y en formación en el cual enfermería juega un papel importante.

Salud o meta del cuidado: Satisfacer integralmente las necesidades del sujeto que utiliza los servicios del HUNC, con el propósito de garantizar el bienestar, seguridad, comodidad y compañía que lo lleven a mejorar las condiciones de salud, para dignificarlo como sujeto y fortalecer su autodeterminación, conocimiento, habilidad y capacidad de cuidar.

Enfermería: Enfermería es cuidador de la persona y familia como sujeto de derechos que busca en el HUNC un servicio de salud. Mediante el Proceso de enfermería cumple funciones de gestión y coordinación con el equipo interdisciplinario, comunica, apoya, hace seguimiento, educa, aboga, contextualiza y acompaña al sujeto, liderando su cuidado.

Estos conceptos tienen relación entre ellos y se expresa bajo los siguientes supuestos:

Relación sujeto-contexto

- El sujeto de cuidado es ser el centro del ecosistema de salud y seguridad social dentro del cual está incluido el HUNC
- El contexto del HUNC refleja que la persona y su familia son sujetos de derecho
- El ecosistema de salud tiene como centro al sujeto de cuidado y propende para que todos los elementos del mismo fluyan armónicamente alrededor de él.

Relación sujeto-salud

- Una atención con calidez y calidad del cuidado de enfermería dignifican tanto al sujeto de cuidado como al cuidador
- La identificación de las necesidades de cuidado del sujeto procura su bienestar durante la estancia en el HUNC
- La experiencia de recibir servicios de salud en el HUNC es compartida por la persona y su familia

Relación sujeto-enfermería

- Reconocer al sujeto de cuidado y respetar su dignidad, exige calidez y calidad en la relación de cuidado

- Para dar cuidado de enfermería es preciso identificar las necesidades del sujeto durante la estancia en el HUNC y proyectar las que puede llegar a tener al regresar a su entorno habitual
- La educación es parte del cuidado de enfermería durante su estancia en el HUNC; esta debe fortalecer la autodeterminación del sujeto atendido.

Relación contexto-salud

- El HUNC prepara profesionales para que sean capaces de dar respuesta a las necesidades de salud de los sujetos de cuidado en el ecosistema de salud y seguridad social
- Los estudiantes en el HUNC aportan nuevo conocimiento para fortalecer el cuidado del paciente
- En el contexto del HUNC fortalecer las relaciones interdisciplinarias mejora el resultado del cuidado

Relación enfermería-contexto

- El contexto del HUNC debe fortalecer la autonomía del profesional en formación
- Los estudiantes en el HUNC aportan nuevo conocimiento para fortalecer el cuidado del paciente.
- El contexto de HUNC permite el crecimiento profesional, personal y disciplinar de Enfermería

Relación salud- Enfermería

- Estar al lado del paciente genera ventajas para el cuidado de la salud y permite a enfermería hacer evidente su poder.
- Reconocer conceptualmente el cuidado es esencial para cualificar el servicio que ofrece enfermería
- Para lograr las metas del cuidado, enfermería necesita del trabajo colaborativo con el equipo y el sujeto de cuidado.

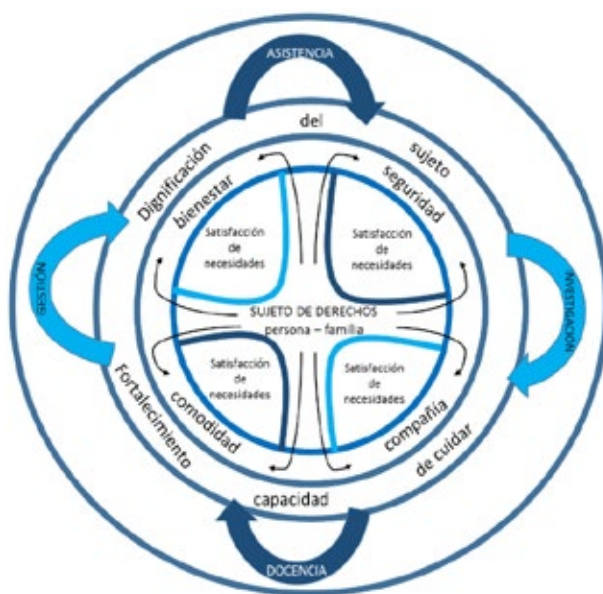
Para representar el modelo “Modelar La Enfermería: un Compromiso del Hospital Universitario Nacional de Colombia con el País”, se seleccionó una imagen que lo simboliza (ver figura 1) y se tomó la decisión de no buscar un slogan porque su nombre representa exactamente lo que se quiere lograr. Modelar como dar forma y como dar ejemplo, señalar cómo, en este caso, indicar la forma y caminos que tiene que tener el desarrollo de la enfermería para la transformación de la experiencia de salud de los colombianos.

Este modelo exige a la alianza docencia servicio HUNC-UNC trabajo en red, comunicación y liderazgo transformacional. En tal sentido, los siguientes son los aspectos encontrados para avanzar en este campo que incluyen además de un plan sobre aspectos estratégicos, los indicadores propuestos para medir el avance (ver tabla 1).

Este modelo fue socializado ante las directivas de las instituciones, los pares académicos del diplomado y expertas nacionales e internacionales en el tema. Sus aportes ayudaron a consolidarlo.



Figura 1. Imagen que representa la decisión de Modelar La Enfermería como un Compromiso del Hospital Universitario Nacional de Colombia con el País



Fuente: elaboración propia, 2017.

TABLA 1

Estrategias de cambio	Tiempo	Papel de la alianza	Indicador
1. Oportunidad en las intervenciones de cuidado de Enfermería			
Acompañamiento y seguimiento a los enfermeros en los diferentes procesos asistenciales	Mediano plazo	Involucrar la docencia en el fortalecimiento de los procesos asistenciales en coordinación el equipo líder de enfermería del HUNC	$\frac{\text{Nº de planes de cuidado de Enfermería ejecutados}}{\text{Nº de planes de cuidado de Enfermería planteados}} \times 100$
Reconocimiento y motivación de los logros obtenidos como equipo de enfermería	Mediano plazo	Generar espacios de interacción entre la asistencia y la academia donde se hagan evidentes los logros obtenidos desde los dos escenarios que fortalezcan el cuidado de enfermería a los sujetos del HUNC	$\frac{\text{Nº de encuestas de satisfacción del cuidado de Enfermería sobresaliente}}{\text{Nº total de encuestas de satisfacción del cuidado de Enfermería aplicadas}} \times 100$
2. Oportunidad en la respuesta al llamado			
Establecer los tiempos de respuesta al llamado de Enfermería, conciliado con los enfermeros asistenciales de acuerdo con las necesidades particulares del sujeto	Corto plazo	Fortalecer los criterios de priorización de actividades y necesidades de atención de los sujetos de cuidado	$\frac{\text{Promedio de tiempo de respuesta al llamado de Enfermería}}{\text{tiempo total de llamados de Enfermería}} \times 100$
Capacitación al personal de Enfermería y sujetos de cuidados, en la adecuada utilización del timbre de llamado de enfermería	Mediano plazo	Involucrar a estudiantes y docentes en la realización de procesos investigativos con el fin de diagnosticar los tiempos óptimos de respuesta	$\frac{\text{Promedio de tiempo de presencia en el llamado}}{\text{tiempo total de respuesta a los llamados}} \times 100$
Seguimiento a los tiempos de respuesta al llamado de Enfermería	Mediano plazo		
3. Capacitaciones por necesidades por áreas críticas			
Estructurar programa de Educación continua al personal de Enfermería del HUNC, contando con la participación de estudiantes y docentes de la UN	Corto plazo	Facilitar el establecimiento de los programas de educación continua en coordinación entre la facultad y el HUN, con participación de los dos grupos	$\frac{\text{Nº de personas capacitadas}}{\text{Nº total de personas citadas a capacitación}} \times 100$ $\frac{\text{Nº actividades cumplidas}}{\text{Nº total de actividades que aplican}} \times 100$
4. Reconocer a la enfermera como parte importante del equipo interdisciplinario			
5. Auto reconocimiento por parte de Enfermería			
Fortalecer las condiciones que permiten el empoderamiento de las enfermeras	Mediano plazo	Establecer mecanismos de visibilización de los logros y reconocimientos obtenidos por el equipo de Enfermería Establecer mecanismos de visibilización de los logros y reconocimientos obtenidos por el equipo de Enfermería Generar espacios de interacción entre la asistencia y la academia donde se hagan evidentes los logros obtenidos desde los dos escenarios que fortalezcan el cuidado de enfermería a los sujetos del HUNC	(No. de productos académicos que reflejan mejoramiento de la práctica de enfermería en el HUN socializados en un semestre) (No. de productos académicos que reflejan mejoramiento de la práctica de enfermería en el HUN que se espera socializar por semestre) (No. de productos académicos que reflejan trabajo conjunto de la alianza docencia servicio FE-UN - HUN para la cualificación de la práctica de enfermería socializados en un semestre) (No. de productos académicos que reflejan trabajo conjunto de la alianza docencia servicio FE-UN - HUN para la cualificación de la práctica de enfermería que se espera socializar por semestre) $\times 100$ $\times 100$ $\times 100$

Fuente: elaboración propia, 2017.

DISCUSIÓN

El modelo de práctica profesional "Modelar La Enfermería: un Compromiso del Hospital Universitario Nacional de Colombia con el País" representa como se señaló la expectativa que tiene la ONU para el desarrollo de la enfermería y el reto de ayudar a transformar el sistema de salud del país. Como lo expresan la misión y la visión institucionales, este modelo asume el ámbito nacional y se compromete con la sociedad.

Bajo criterios de Eun Ok Im., el Modelo es sencillo, cuenta con el desarrollo de conceptos, supuestos y una lógica interna que es congruente con el contexto. Ha sido desarrollado de forma participativa y validado con pares. Según lo expresan Chamberlain y cols., es lo que se denomina un modelo profesional de práctica para enfermería.

En este ejercicio se refleja todo el conocimiento enfermero, donde el desarrollo de una técnica basada en evidencia, refleja su naturaleza empírica. La creatividad, su carácter estético, su dimensión y ámbito, el conocimiento político social, la participación de sus proponentes, el conocimiento personal, pero sobre todo el modelo señala que una enfermería diferente, que puede y debe modelar el liderazgo en enfermería como un compromiso del Hospital Universitario Nacional de Colombia con el país, es posible, señalando un conocimiento emancipatorio que responde a la confianza de la sociedad con la institución y a su compromiso con la equidad y el desarrollo social, especialmente en el campo de la salud.

CONCLUSIONES

El modelo de cuidado de enfermería para orientar la práctica profesional en la alianza docencia servicio entre HUNC y la UNC "Modelar La Enfermería: un Compromiso del Hospital Universitario Nacional de Colombia con el País", permite modelar la enfermería, es decir, señalar cómo debe ser la práctica desarrollada en los diferentes roles que se ejercen alrededor del cuidado y establecer una guía que responde a los rasgos propios de una Universidad y Hospital de impronta nacional, en reflejo del compromiso de la enfermería institucional con el país.

Se sugiere a partir de esta experiencia continuar con el fortalecimiento de la alianza docencia servicio entre UNC y el HUNC, continuar el trabajo en red con pares que tengan intereses comunes y con quienes se pueda hacer sinergia e este campo; ellos serán aliados para los propósitos de transformación que el Modelo propuesto pretende.

Es también importante que se replantee la relación academia servicio en otros campos del conocimiento en donde el liderazgo de la enfermería pueda apoyar con mejores y mayores desarrollos como miembro del equipo de salud.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad del Valle y a la Fundación Santa Fe de Bogotá por la excelente iniciativa de fortalecer las alianzas docencia servicio para el desarrollo de la enfermería en el país. A nuestra tutora profesora Beatriz Sánchez por su constante apoyo y por todos sus conocimientos brindados. Al HUNC en cabeza del Dr. Néstor Darío Bustamante, a la directora de Enfermería profesora Ana Helena Puerto, por su disposición para aceptar este nuevo reto. A todos los enfermeros del HUNC por su participación en la construcción del modelo. A la Facultad de Enfermería de la UNC, en especial a la Decana profesora Yaneth Parrado, la Vicedecana profesora Yuriyam Rubiano y a la Directora del Departamento de Enfermería profesora Mabel Carrillo, por darnos la oportunidad de participar en este proyecto y por confiar en nuestro trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 International Council of Nurses. Nurses a Voice to lead. Achieving the SDGS. (Consultado 13 de junio de 2017). Disponible en: <https://www.icnvoicetolead.com/>
- 2 Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 17 objetivos para transformar nuestro mundo. (consultado 13 de junio de 17). Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- 3 International Council of Nurses. Case Studies. (Consultado 13 de junio de 2017). Disponible en: <https://www.icnvoicetolead.com/case-studies/>
- 4 Ley 911 de 2004.
Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. (consultado 13 de junio de 2017). Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
- 5 Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario. Colombia, 2011
- 6 Ministerio de Salud y Protección Social, Decreto 903 de 2014. Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud. Artículo 4.
- 7 Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución Número 2082 de mayo de 2014, artículo 2, Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud.
- 8 Hospital Universitario Nacional de Colombia, Dirección General, Corporación Salud UN. Misión. Documento Despliegue Estratégico, 2015
- 9 Hospital Universitario Nacional de Colombia, Dirección General, Corporación Salud UN. Visión. Documento Despliegue Estratégico, 2015
- 10 Despliegue Estratégico de la Dirección de Enfermería. Hospital Universitario Nacional de Colombia, Corporación Salud UN, 2015
- 11 Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Misión.
(citado 13 de junio de 2017) Disponible en: <http://enfermeria.bogota.unal.edu.co/releases/facultad/presentacion.htm>
- 12 Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Visión. (citado 13 de junio de 2017). Disponible en: <http://enfermeria.bogota.unal.edu.co/releases/facultad/presentacion.html>
- 13 Documento Diplomado Alianza Docencia Servicio para la Implementación de modelos de cuidado de enfermería, Liderazgo para la transformación de la práctica, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, 2017
- 14 Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 17 objetivos para transformar nuestro mundo. Objetivo 17: Revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible. Consultado 13 de junio de 2017). Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- 15 Im, Eun-Ok. The Current Status of Theory Evaluation in Nursing. Journal of Advanced Nursing. 2015; 71(10), 2268–2278.
- 16 Chamberlain B; Bersick E; Cole D; et al. Practice models: A concept analysis. Nursing Management, 2013, October 16-18.
- 17 Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. Adv Nur Sci 1978; 1(1):13-23.
- 18 White J. Patterns of knowing: review, critique, and update. Adv Nurs Sci 1995; 17(4): 73-86.
- 19 Chinn P, Kramer M. Nursing's fundamental patterns of knowing. In: Integrated theory and knowledge development in nursing. 8va ed. St. Louis: Elsevier; 2011.

MEJORAR LA EXPERIENCIA DE LA SALUD HUMANA:

CUIDADO DE ENFERMERÍA A PARTIR DE LOS SABERES

Carmita Anabely Cepeda Chamorro¹

Adriana Lucía Valdez Fernández²

RESUMEN:

Objetivo: Desarrollar los elementos teórico-conceptuales y prácticos para que la alianza Hospital Universitario San José de Popayán (HUSJ)- Universidad del Cauca (Unicauca) implemente su propio Modelo de Cuidado de Enfermería que contribuya a la transformación de las prácticas de Cuidado en los servicios hospitalarios, mejorando la experiencia de la salud humana a partir de reconocer los diversos saberes.

Metodología: Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico desarrollado por fases que incluyeron entrevistas, análisis de los conceptos metaparadigmáticos de enfermería, el desarrollo de supuestos del cuidado, definición de los conceptos que orientan la definición del modelo de cuidado que responde al contexto de la alianza docencia servicio y sus indicadores de desarrollo y socialización del modelo planteado.

Resultados: Siguiendo cada uno de los pasos planteados en el Diplomado Alianza docencia servicio para la implementación de modelos de cuidado de enfermería, se desarrolló una aproximación hacia el modelo "Cuidar lo humano desde los saberes" en el que se incluyen además de los conceptos metaparadigmáticos de enfermería, los supuestos e indicadores de medición priorizados.

Conclusiones: La aproximación al Modelo "Cuidar lo humano desde los saberes" brinda los elementos teóricos conceptuales que orientan la práctica profesional de enfermería, que responde al contexto de la alianza docencia servicio entre la Universidad de Cauca y el Hospital Universitario San José.

Descriptor: Enfermería, Atención de Enfermería, Educación de enfermería; Teoría de enfermería; Asistencia Sanitaria Culturalmente Competente. (DeCS)

SUMMARY:

Objective: To develop the theoretical-conceptual and practical elements so that the San José de Popayán University Hospital alliance (HUSJ) - Universidad del Cauca (Unicauca) implements its own Nursing Care Model that contributes to the transformation of the care practices in the hospital services, improving the experience of human health from recognizing the various knowledge.

Methodology: Qualitative study with a phenomenological approach developed by phases that included interviews, analysis of the metaparadigmatic concepts of nursing, the development of care assumptions, definition of the concepts that guide the definition of the care model that responds to the context of the service teaching alliance and its indicators of development and socialization of the proposed model.

Results: Following each of the steps outlined in the Diploma teaching Alliance service for the implementation of nursing care models, an approach towards the model "Caring for the human from the knowledge" was developed, which also includes the metaparadigmatic concepts of nursing, the assumptions and measurement indicators prioritized.

Conclusions: The approach to the Model "Taking care of the human from the knowledge" provides the conceptual theoretical elements that guide the professional practice of nursing, which responds to the context of the service teaching alliance between the University of Cauca and the San José University Hospital

Descriptors: Nursing, Nursing Care, Nursing Education, Nursing Theory, Culturally Competent Healthcare. DeCS

¹ Enfermera Universidad del Cauca, Magister en Enfermería con énfasis en cuidado al niño y Especialista en Enfermería en Neonatología, Universidad del Valle. Docente Ocasional Departamento de Enfermería, Universidad del Cauca. Popayán, Colombia. Correo electrónico: carmita.cepeda@correounivalle.edu.co

² Enfermera, Universidad del Cauca, Magister y Especialista en Administración en Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Estudiante de Doctorado en Ciencias de la Educación, Universidad del Cauca. Docente Tiempo Completo Departamento de Enfermería, Universidad del Cauca. Popayán, Colombia. Correo electrónico: adrianitalvf@unicauca.edu.co



INTRODUCCIÓN

En América Latina la investigación en enfermería ha mostrado vacíos de conocimiento, representados en las teorías y filosofía de la profesión, los cuidados enfermeros, las técnicas y los procedimientos de Enfermería, evaluación educacional, caracterización de los sujetos de cuidado, entre otros(1); que pueden ser de utilidad para la determinación de líneas de investigación e identificación de problemas propios de Enfermería que requieren la comprensión de estos fenómenos para contribuir al cuidado y el crecimiento del saber disciplinar de acuerdo al contexto.

Gómez(2) plantea que es necesario redimensionar el valor social del cuidado, al hacer visible a los ojos de la sociedad los conocimientos, las técnicas, los procesos, los métodos y formas particulares de cuidado, propios de la Enfermería, centrados en relaciones horizontales y reciprocidad entre los sujetos de cuidado y las enfermeras (os), en los que los resultados sean medidos por la capacidad resolutoria lograda, por el nivel de adaptación alcanzado, por el grado de transformación o por la compensación obtenida en las respuestas de las personas en su propio autocuidado, así como en el cuidado de aquellos que se hayan comprometido en esta relación de ayuda. Según la autora "es una deuda con la tradición del cuidado de la salud y de la vida, para la creación de saberes propios arraigados en saberes de carácter interdisciplinar e iluminados por la cultura y por los saberes populares, para finalmente validar e internalizar las nuevas formas de actuar, de pensar, de trabajar y de resolver los problemas de la práctica" (2). En este sentido, es necesario que el avance disciplinar no olvide la dimensión humana que es la esencia y núcleo del cuidado al igual que el saber propio del sujeto de cuidado en torno a su salud, debido a que enfermería es una disciplina y una ciencia en construcción, con un conocimiento propio que evoluciona de manera independiente al de otras disciplinas.

Borré, Lenis, Suárez y Tafur (3) plantean que dicho conocimiento ha sido construido con el fin de dar respuesta a los fenómenos de interés y problemas

presentes en la práctica profesional. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados por teóricos, investigadores y estudiosos de la disciplina, en la estructuración de un conocimiento que sustente la práctica, este no ha tenido la visibilidad suficiente, quizá se deba al desconocimiento de los modelos teóricos propios de la profesión o a la falta de formación disciplinar en los programas académicos. Moreno (4) señala que una estrategia para estructurar el conocimiento y sustentar la práctica disciplinar serían los modelos de enfermería como una estrategia para mejorar la calidad, autonomía y visibilidad del cuidado. Es así como, los modelos de cuidado buscan mejorar la experiencia de la salud de las personas reconociéndolas como seres humanos diversos, con necesidades de cuidado en algún momento de su vida y con el cual, podemos compartir esta experiencia de cuidado que debe ser acorde a su contexto y su cultura. Donde el enfermero podrá brindar un cuidado cultural congruente y de esta manera se reconoce a sí mismo como cuidador, es reconocido por el sujeto de cuidado y se posiciona como líder transformacional dentro de su campo de acción social.

La construcción de un modelo de cuidado parte de la sinergia de los roles de enfermería asistencial y educador, donde la alianza un vehículo eficaz para el cambio y fundamental para los resultados óptimos de los sujetos de cuidado (5).

De esta manera la academia se apoya en las instituciones prestadoras de servicio de salud como espacios de aprendizaje donde el estudiante desarrolla competencias no solo del hacer y conocer sino del ser y saber convivir, al respecto Betancourt, Muñoz, Barbosa y Fernández (6), señalan que la práctica clínica es una herramienta válida para el aprendizaje progresivo de la Metodología Enfermera y taxonomías enfermeras. Borré et al(3), indican que las escuelas, programas y/o facultades de Enfermería están llamadas a transversalizar la enseñanza del componente disciplinar en los currículos de formación, para lo cual es necesario revisar los diferentes elementos de la estructura curricular a la luz de las tendencias de la disciplina, la profesión y los servicios de salud, e involucrar a los actores principales que desarrollan el proceso formativo y de aquellos que se benefician de los cuidados, con el fin de responder a las necesidades de salud y bienestar demandadas por la sociedad actual, fortaleciendo la dimensión cultural del cuidado.

Este proyecto tiene por objetivo desarrollar los elementos teórico-conceptuales y prácticos para que la alianza Hospital Universitario San José de Popayán (HUSJ)- Universidad del Cauca (Unicauca) implemente su propio Modelo de Cuidado de Enfermería que contribuya a la transformación de las prácticas de Cuidado en los servicios hospitalarios, mejorando la experiencia de la salud humana a partir de reconocer los diversos saberes.

METODOLOGÍA

Al pretender indagar en una experiencia humana el presente estudio se plantea como una investigación cualitativa porque "Es un campo interdisciplinar, tras disciplinar y en muchas ocasiones contradisciplinar" (7), además Tailor y Bogdan (8) la consideran como "aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable" estos dos autores nos orientan a tener una visión de sujeto en su contexto.

El enfoque será fenomenológico porque destaca los significados de la experiencia de los sujetos en torno al cuidado de la salud. (9) consideran la fenomenología "como la investigación sistemática de la subjetividad (...) intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando".

En concordancia con el enfoque se definió como técnica para la recolección de la información entrevistas semiestructuradas. Herrera (9) la define como "una técnica en la que una persona (entrevistador) solicita información de una persona o grupo para obtener datos sobre un problema determinado". Para lograr una aproximación al modelo de cuidado fue necesario entrevistar a profesionales de la asistencia, sujetos de cuidado, estudiantes y profesores para obtener un panorama desde los actores frente los conceptos metaparadigmáticos de enfermería (concepto de sujeto del cuidado, contexto, enfermera y salud o meta del cuidado), que sustentan la epistemología del cuidado en enfermería y establecen la ruta en la construcción del modelo, además de la revisión teórica de estos conceptos desde las teorías de Madeleine Leininger, Dorotea Orem y Virginia Henderson.

El análisis se realizó mediante la codificación de la información a través de categorías emergentes. Latorre y González (10), señalan al respecto que "el análisis de datos es la búsqueda sistemática y reflexiva de la información obtenida a través de los instrumentos. Constituye uno de los momentos más importantes del proceso de la investigación e implica trabajar los datos, recopilarlos, organizarlos en unidades manejables, sintetizarlos, buscar regularidades o modelos entre ellos". Este momento nos permitió establecer los supuestos de enfermería que son "afirmaciones teóricas que van a formular las bases teórico-científicas que fundamentan la conceptualización de la enfermería" (11). Los cuales fueron validados por pares y expertos nacionales e internacionales, dentro del diplomado. Es así, como la revisión de los planteamientos iniciales en contraste con las teorías de la diversidad y universalidad de los cuidados de Madeleine Leininger, las necesidades básicas de Virginia Henderson y el déficit de autocuidado de Dorotea Orem, emerge la definición de un modelo de cuidado que responde al contexto de la alianza docente

servicio y sus indicadores de desarrollo y socialización del modelo planteado y que fue validado con pares académicos y expertos en las sesiones del diplomado.

En este sentido, el profesional de enfermería de la Universidad del Cauca cuida en contextos de multiculturalidad, reconoce a las personas, sus saberes y prácticas, de esta forma contribuye a la relación del conocimiento cultural y científico; competencias adquiridas desde el inicio de su formación y que desarrolla a través de la investigación y la práctica de cuidado de una población de amplia diversidad étnica en el país, ubicada en el departamento del Cauca, según estadísticas DANE 2005, el 21,55% es población indígena y el 22,2% afrocolombiana; los departamentos de La Guajira, Cauca, Nariño, Córdoba y Sucre, es donde se concentran el 65,77% del total de la población indígena del país(12)

RESULTADOS

La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de 12 entrevistas a profesionales de la asistencia, 8 entrevistas a estudiantes, 3 a sujetos de cuidado y 3 a profesores. Del análisis de la información obtenido, a través de las entrevistas, emergen los elementos teórico-conceptuales y prácticos, supuestos, diagrama y slogan que orientan la aproximación al modelo: Cuidar lo humano desde los saberes, los cuales fueron validados por expertos en una de las sesiones del diplomado.

Los ítems indicadores, se establece para hacer seguimiento a este primer momento de aproximación al desarrollo del modelo, es así, como una de las estrategias para sensibilizar a uno de los actores involucrados (profesores), fue el taller de narrativas. A continuación se describen los resultados:

1. Conceptos:

- **Sujeto:** ser total y dinámico que funciona biológica, simbólica y socialmente dentro de un contexto cultural y determina sus acciones de cuidado en salud. En el Hospital Universitario San José (HUSJ): usuarios y su cuidador principal- familia.
- **Enfermería:** es un saber y/o un servicio humano que proporciona cuidados específicos de acuerdo a su cultura de manera que contribuya a la preservación o recuperación de la salud, incluso, en el final de la vida. En el HUSJ, el profesional de enfermería define que se desempeña en diferentes roles como: asistencial, educador, abogado y Colaborador.
- **Salud:** estado pleno de bienestar del individuo definido por su cultural para llevar a cabo su rol cotidiano. En el HUSJ la salud es brindar cuidado al usuario y a su cuidador para satisfacer sus necesidades básicas en pro de su bienestar o recuperación de la salud.

- Entorno: es la cultura como un contexto donde el sujeto aprende los comportamientos de cuidado y satisface sus necesidades. En el HUSJ el entorno se ve impactado por el componente biológico del usuario. (estado de salud) y su cuidador, sin olvidar que ese componente biológico se afecta por la parte social, cultural y psicológica

2. Supuestos:

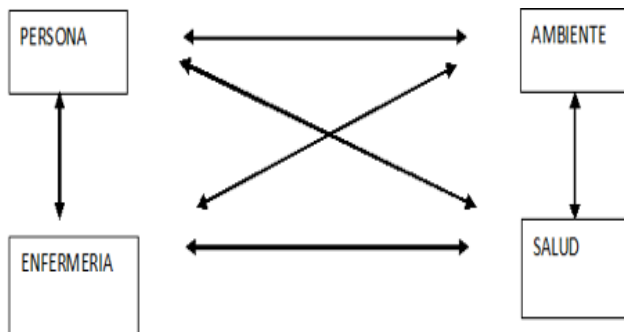


Gráfico No. 1 Relaciones entre supuestos de enfermería

- El sujeto de cuidado conoce otras prácticas de cuidado del conocimiento científico y las analiza para incorporarlas a sus saberes para alcanzar la recuperación de su salud y la de su comunidad.
- El sujeto de cuidado es un facilitador de su propio cuidado y el de su comunidad en cuanto apoya y ayuda a comprender al conocimiento científico la razón de sus prácticas de cuidado.
- El contexto hospitalario debe ser territorio de paz y encuentro para compartir, respetar, aprender y negociar diversos saberes culturales para el cuidado más propicio en un momento de la salud y a su vez debe ser un espacio de conservación cultural del territorio colombiano, porque impacta de forma positiva su salud y satisfacción personal al sentirse comprendidos.
- El contexto debe propender por la participación de los líderes de las comunidades para que sirvan de guía para facilitar el proceso de comunicación entre sujeto de cuidado y del equipo de salud.
- El profesional de enfermería debe fortalecer la dimensión cultural del cuidado para decidir en situaciones críticas de la atención de la salud la mejor alternativa de prevención y atención oportuna que no ponga riesgo la salud y la vida de los sujetos de cuidado.
- El profesional de enfermería debe garantizar que el proceso final de vida del sujeto de cuidado este acompañado y guiado de acuerdo a sus creencias y costumbres culturales, utilización de sus prácticas religiosas o formas de espiritualidad.

- El profesional de enfermería en su rol de educador y el estudiante de enfermería deben ser agentes facilitadores de cambio que participan de una forma activa en la comunicación entre el sujeto de cuidado y los demás miembros del equipo de salud para que la atención en salud sea integral, es decir sean comprendidas y realizadas con éxito para impactar en la recuperación de la salud.

3. El cuidado de enfermería debe impactar de forma positiva en la experiencia de salud de los sujetos de cuidado al respetar las creencias, prácticas y saberes en el aprendizaje de autocuidado. Diagrama:



4. Slogan

"Cuidado de enfermería al servicio de la comunidad, con calor de hogar"

5. Indicadores

Indicador1: Propuesta de cuidado: número de fases desarrollados para la elaboración del modelo de cuidado en enfermería por la Alianza Docencia Servicio(ADS) sobre el número total de fases proyectadas para la elaboración del modelo de cuidado en enfermería entre la ADS X 100.

Objetivos específicos:

Objetivo 1: Describir el cuidado genérico en los usuarios de los servicios de salud del HUSJ.

Indicador 1: Número de investigaciones desarrolladas por la ADS en torno al cuidado genérico del usuario sobre el número total de investigaciones proyectadas en el semestre por la ADS- servicio X 100.

Objetivo2: Describir el cuidado profesional documentado para los usuarios de los servicios de salud Hospital Universitario San José (HUSJ).

Indicador 2: Número de encuentros entre la ADS que generan estrategias concretas o avance en el mejoramiento de la práctica sobre el número total de encuentros proyectados en el semestre por entre la ADS X 100.

Objetivo 3: Sensibilizar a los enfermeros de la asistencia y academia en el modelo de cuidado para fortalecer la dimensión cultural del cuidado.

Indicador 3: Sensibilizar actores institucionales a través de la de la narrativa en enfermería.

Número de ateneos desarrollados entre la ADS para el análisis de situaciones de enfermería a través de la narrativa sobre Número total de ateneos proyectados en el semestre entre la ADS X 100

6. Beneficios y beneficiarios del modelo

El presente modelo puede fortalecer la alianza docencia servicio porque los beneficios son:

- **Alteridad:** Reconoce a las personas como seres humanos diversos, con necesidad de cuidado en algún momento de su vida y con el cual podemos compartir esta experiencia de cuidado que debe ser acorde a su contexto y su cultura, en donde el enfermero se reconoce así mismo como cuidador y es reconocido por el sujeto de cuidado.
- **Comunicación:** Se comprende que el cuidado de la experiencia de la salud humana se basa en las prácticas asistenciales específicas y en las de la cultura de los sujeto de cuidado, lo cual se traduce en un proceso de comunicación e interacción entre personas y grupos con identidades culturales específicas.
- **Identidad:** Acoge la diversidad de saberes que influyen en las prácticas de cuidado de las personas con orientación de enfermería y participación de los sujetos de cuidado.
- **La investigación de cuidado cultural** busca comprender los problemas de cuidado propios de personas procedentes de otras culturas, contribuyen al conocimiento disciplinar porque aporta al cambio y a la disciplina.

Los beneficiarios del presente modelo son todos aquellos que participan en el cuidado la experiencia de la salud humana responsable y coherente a la cultural como son profesionales de enfermería en su rol asistencial y educador, estudiantes de enfermería, sujetos de cuidado y sus cuidadores, porque los

cuidados son fundados y basados en las personas, al emplear datos centrados en los informantes y no solo en las convicciones o prácticas del enfermero.

7. Importancia del modelo para el desarrollo de la enfermería

- **Identidad:** La enfermera se identifica como agente activo de la experiencia de la salud al volver la vista hacia el cuidado contextual y su responsabilidad en la calidad de vida de las personas, utiliza la interacción, la relación de ayuda y sus recursos personales para la comprensión del sujeto de cuidado de una cultura específica.
- **Sentido:** Practica de enfermería fundada y basada en el saber de los sujetos de cuidado, a través de la investigación y la aplicación en la práctica.
- **Reconocimiento:** Ayuda a otros profesionales, a los sujetos de cuidado y cuidadores a comprender la contribución de la disciplina de enfermería para mejorar la salud individual y colectiva.
- **Analiza** con su grupo de trabajo los valores, los paradigmas, los conceptos y los objetivos que fortalezcan la dimensión cultural del cuidado.

8. Novedad del modelo planteado

Se considera dentro de los criterios de novedad el posicionamiento de la disciplina al sustentar lo cuidados a partir de la investigación de cuidado cultural al comprender los problemas de cuidado propios de personas procedentes de otras culturas, contribuyen al conocimiento disciplinar porque aporta al cambio y a la disciplina.

9. Compatibilidad con teorías de mayor rango o modelos conceptuales

Se observa que el presente modelo tiene compatibilidad con la teoría de rango medio de Madeleine Leninger, referenciada por Muñoz (13), a continuación se presenta un comparativo entre los puntos de convergencia desde la teoría y la practica en la alianza docencia servicio

ITEM	De la teoría a la práctica de enfermería Universalidad de los cuidados Leininger	HUSJ-UNICAUCA
Problema: requerimiento o necesidad identificado	Enfermería como medio para conocer y ayudar a las culturas	Cuidado basado en las creencias de que las personas de diferentes culturas podrían informar y determinar mejor el tipo de cuidados que deseen o necesitan recibir de sus cuidadores profesionales
Análisis de sus causas basadas en el referente teórico	1. Cuidado: Experiencias o ideas que faciliten mejorar las condiciones humanas y estilos de vida. Cuidado como protección, cuidado como respeto y cuidado como presencia. 2. Cultura: Valores, creencias y normas de estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos de una cultura particular que guían los pensamientos, las decisiones y las acciones en forma de patrón y con frecuencia intergeneracional. 3. Constructos émico (emic) y étic(etíc). Émic se refiere al conocimiento y la visión cultural local y Étíc la visión externa del conocimiento de la cultura local que puede ser del profesional o la institución. De ahí se deriva el cuidado genérico o émico y el cuidado profesional de enfermería o ético. 4. Factores de la estructura social y la cultura: Se define como factores amplios, comprensivos y especiales, que influyen las expresiones y significados del cuidado. 5. La Etnohistoria: Se define como los hechos, eventos e instancias pasadas de los seres humanos, grupos e instituciones que ayudan a explicar los estilos de vida presentes y pasados. 6. Contexto ambiental: Experiencias prácticas que dotan de significado a las expresiones, interpretaciones e interacciones sociales de la gente dentro de factores geofísicos, ecológicos, espirituales, sociopolíticos y tecnológicos. 7. Visión del mundo: Postura de valor que tiene sujeto sobre la vida o el mundo alrededor de ellos. 8. Modos de Acción de cuidado: Preservación o mantenimiento del cuidado cultural, negociación o acomodación y su reestructuración. 9. Cuidado cultural congruente: Son conocimientos, actos y decisiones sensibles y reconocibles para ajustar los valores, creencias y estilos de vida de las personas en pro de su salud y bienestar. 10. La diversidad del cuidado: Significados, patrones, valores, estilos de vida, símbolos y otras características del cuidado cultural para proporcionar beneficios a las personas según su cultura. 11. La universalidad: Características compartidas o similares del fenómeno del cuidado cultural.	1. Cuidado: Concebir un saber científico y humanístico para que se proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura. En donde el profesional de enfermería brinda el cuidado desde diferentes roles: asistencial, educador, abogado y colaborador 2. Cultura: "lente" heredado para que el individuo perciba y entienda su mundo y para que aprenda a vivir en él. La cultura está formada por la suma de creencias, prácticas, hábitos, aversiones, costumbres, rituales, que se aprenden en la familia a través de la socialización. 3. Constructos émico (emic) y étic(etíc): El cuidado genérico o émico: Se refiere a las prácticas y conocimientos del sujeto en torno a su salud de acuerdo a su cultura, a través de la investigación en cuidado cultural por curso de vida el profesional de enfermería comprenda la visión émica del sujeto. El cuidado profesional de enfermería o ético: Se refiere al conocimiento y prácticas de cuidado formales y explícitas obtenidas a través de instituciones educativas. El currículo de la institución educativa sea construido a partir de la experiencia de cuidado cultural de los profesores – estudiantes en prácticas formativas y de las investigaciones disciplinares en torno al cuidado cultural, lo cual permite que al futuro profesional brinde un cuidado cultural competente. 4. Factores de la estructura social y la cultura: Para brindar un cuidado cultural competente, el profesional de enfermería de tener en cuenta los determinantes sociales en salud que influyen directa o indirecta en la salud y el bienestar. 5. La Etnohistoria: Para comprender las influencias del cuidado cultural de la salud y del bienestar o de la muerte, es necesario que la desde la alianza docencia servicio se investigue la mirada émica del sujeto. 6. Contexto ambiental: Para brindar un cuidado cultural competente, el profesional de enfermería desde el rol educativo y asistencial debe investigar el contexto ambiental de las diferentes culturas que se encuentran en el Departamento del Cauca. 7. Visión del mundo: Los productos de investigación disciplinar en cuidado cultural nos permitirán comprender la visión de mundo de las diferentes culturas que se encuentran en el Departamento del Cauca. 8. Modos de Acción de cuidado: Los productos de investigación disciplinar en cuidado cultural nos permitirán comprender cuales cuidados se pueden preservar, negociar y reestructurar. 9. Cuidado cultural congruente: La visión del cuidado genérico o émico, con que cuenta profesional le permitirá establecer unos modos de acción del cuidado cultural congruente con miras a prevenir la enfermedad, la discapacidad y la muerte. 10. La diversidad del cuidado: La visión del cuidado genérico o émico, con que cuenta profesional le permitirá establecer unos modos de acción del cuidado cultural congruente con miras a proporcionar beneficios a las personas según su cultura. 11. La universalidad: El profesional de enfermería debe ser un mediador entre el cuidado genérico popular y el cuidado profesional, cuya experiencia debe ser divulgada como producto de investigación que aporte a la disciplina.
Efecto sobre las condiciones físicas y emocionales de las personas	El efecto sobre las condiciones físicas y emocionales de los individuos o grupos para mejorar sus actividades diarias se da cuando el cuidado es benéfico expresado en la cultura y en un patrón de estilos de vida.	Cuando se reconoce al sujeto de cuidado como un ser total y dinámico que funciona biológica, simbólica y social, dentro de un contexto cultural y determina sus acciones de cuidado en la salud, se orientan los cuidados para obtener efecto sobre las condiciones físicas y emocionales.

10. Estrategias para socializarlo con directivos, compañeros y usuarios

Para dar continuidad al desarrollo del modelo según las orientaciones recibidas en el diplomado se establecen las siguientes estrategias:

Objetivos	Estrategias		
	Corto	Mediano	Largo Plazo
General: Generar una propuesta de que fortalezca la dimisión cultural para aplicar en la alianza docencia servicio dirigido a los usuarios de los servicios del Hospital Universitario San José.	Elaborar un proyecto para la creación de un modelo de cuidado en enfermería a través de la alianza docencia servicio.	Desarrollo del proyecto para la creación de un modelo de cuidado en enfermería a través de la alianza docencia servicio.	Implementación y seguimiento del modelo de cuidado en enfermería en el HUSJ.
Objetivo específico 1: Describir el cuidado genérico en los usuarios de los servicios de salud del HUSJ.	Identificar las necesidades de investigación desde el campo disciplinar en los diferentes servicios de salud del HUSJ y dar a conocerlas a la Universidad del Cauca para determinar posibles temas de investigación.	Inscribir los proyectos de investigación a la vicerrectoría de investigaciones de la Universidad del Cauca Previo aval del departamento de enfermería y HUSJ.	Desarrollar los proyectos de investigación y publicar los productos que resulten de las investigaciones.
Objetivo específico 2: Describir el cuidado profesional documentado para los a los usuarios de los servicios del Hospital Universitario San José.		Conformar un grupo de cuidado entre la docencia y asistencia que permita el crecimiento de la disciplina y reconocernos como enfermeros agentes transformadores dentro de las instituciones.	Evidenciar mediante los indicadores que surgen del modelo de cuidado la costo-efectividad de los cuidados de enfermería que conlleve al profesional de enfermería diferentes roles dentro de la organización.
Objetivo 3: Sensibilizar a los enfermeros de la asistencia y academia en el modelo de cuidado para proveer cuidado profesional cultural congruente.	Sensibilizar a los actores institucionales de la alianza docencia servicio en el reconocimiento de la disciplina a través de la de la narrativa en enfermería, con el objetivo de construir el conocimiento enfermero.	Conformar un grupo de cuidado entre la docencia y asistencia que permita el crecimiento de la disciplina y reconocernos como enfermeros agentes transformadores dentro de las instituciones.	Construcción de un currículo del Programa de enfermería de la UNICAUCA a partir del modelo de cuidado de enfermería producto de la investigación de la alianza docencia servicio.

DISCUSIÓN

Los profesionales de enfermería a fin de dar respuestas a las demandas sociales de mejorar la calidad de atención en el sistema de salud, deben proponer modelos de gestión del cuidado como herramientas que cree identidad profesional y reconocimiento de su quehacer por parte del sujeto de cuidado, equipo de salud y las instituciones. Zarate (14) señala que hasta ahora la experiencia y la actividad de enfermería en las instituciones de salud ha demostrado que es una acción reactiva, que responde a la definición de políticas del propio sistema, lo que ha delineado su comportamiento laboral. Dentro de nuestro ejercicio de aproximación a un modelo de cuidado, se evidencia un vacío contextual en las instituciones donde la enfermera ejerce el rol asistente y educador, porque prevalecen los intereses del sistema de salud sobre la esencia del que hacer enfermero, además del desconocimiento de bases sólidas del componente disciplinar y la visión de salud desde el sujeto de cuidado. Albarran (15) en su estudio evidencia que existe una relación clara entre la ciencia y la cultura del cuidado, sobre todo en cuanto a la promoción de las teorías y marcos o modelos de práctica el cuidado, sin embargo, esto no es evidente en el análisis de los 22 artículos revisados debido a que ninguno referencia de forma explícita al concepto de cultura y su influencia sobre el cuidado de la ciencia, lo cual evidencia que hay una falta de orientación a los profesionales sobre cómo abordar las necesidades del individuo que adoptan las características culturales y diversas que dan forma al mundo de la vida de los seres humanos.

Por otra parte, la diversidad cultural de nuestro entorno, parecería oportuno para la enfermería articular la dimensión cultural de manera más explícita, por lo que es necesario repensar nuestro ejercicio profesional desde el reconocimiento de la riqueza epistemológica de la profesión y las creencias, prácticas y saberes de los sujetos de cuidado, para así poder posicionar un cuidado cultural congruente, donde el profesional de enfermería sea proactivo es decir brinde acciones de cuidado que atiendan las necesidades de salud de las personas reales y potenciales de los servicios de salud de acuerdo a su contexto y cultura.

Existen modelos organizacionales en los que prevalece la orientación hacia la práctica del cuidado, que pueden probarse y si son adecuados convertirse en modelos para la gestión del cuidado (14). Al respecto Pérez en su estudio concluye que la aplicación del Modelo del Sol Naciente de Leininger, para caracterizar la cultura de una comunidad es eficiente para establecer cuidados

transculturales de enfermería capaces de transmitir bienestar al paciente al sentir que los elementos de su cultura son respetados y que su "cuidado" es coherente con ellos (16).

El modelo de cuidado cultural congruente dentro del sistema de salud reduce la disparidad racial y étnica. Anderson et al (17), afirma que cuando las personas no entienden lo que sus cuidadores manifiestan, no hablan su idioma o son insensibles a las diferencias culturales, la calidad del cuidado de la salud puede verse comprometida. Es así, como es necesario que el modelo de cuidado cultural en las instituciones sea evaluado a través de la medición de las intervenciones del profesional y los sujetos de cuidado (18). De esta forma, un modelo de cuidado cultural implica la fusión de conocimientos culturales y la sensibilidad en la aplicación a la práctica (19), que puede hacerse visible a través de las narrativas como una herramienta con la cual el enfermero expresa verbal o por escrito su experiencia en su relación con el sujeto de cuidado (20). En este orden de ideas podemos decir que el contexto ha transformado las prácticas y que la enfermería tiene en sus manos plantear estrategias para el cuidado individual y colectivo que difieren de las tradicionales con el de asegurar a las personas diversas formas de cuidado integral, humano y libre de riesgos.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El modelo de cuidado de enfermería: mejorar la experiencia de la salud humana: cuidado de enfermería a partir de los saberes, valora la singularidad del individuo, el entorno, la profesión y la salud en el que se brinda la atención, para ser cultural competente y congruente a las necesidades del individuo, su familia y comunidad, donde la alianza docencia asistencia crea un espacio para su construcción, aplicación, evaluación y seguimiento. Además de que los profesionales de enfermería se reconocen y son reconocidos por su liderazgo transformacional, ya partir de la investigación el modelo se valida y nutre de una manera constante. Es relevante el aporte a la disciplina al reconocer a las personas como seres humanos con un saber en torno a su salud.

Se sugiere a las instituciones que conforman esta alianza: Universidad del Cauca y Hospital Universitario San José, repensar el currículo desde el rol asistencial para construir conocimiento desde la práctica y como desde el rol educador se contribuye al crecimiento disciplinar mediante investigaciones que sustenten nuestra praxis y conlleve a un cuidado seguro y humano.

El diplomado "Alianza docencia servicio para la implementación de modelos de cuidado de enfermería" liderado por la Universidad del Valle y Fundación Santa fe, contribuyo al renacer de nuestra disciplina porque permitió regresar la vista hacia el cuidado y nuestra responsabilidad en la calidad de vida de las personas, donde se requiere un proceso de integración profesional e investigación basada en evidencias científicas que favorezca la práctica de enfermería hacia el cuidado humano y se propicie mediante la alianza docencia servicio un ambiente de aprendizaje positivo y significativo.

AGRADECIMIENTOS

Nuestros más sinceros agradecimientos a estas instituciones por abrir este nuevo horizonte en nuestra disciplina.

REFERENCIAS

- 1 Aguirre Raya Dalila. La investigación en enfermería en América Latina 2000-2010. Rev haban cienc méd [Internet]. 2011 Sep [citado 2017 Jun 07] ; 10(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000300017&lng=es.
- 2 Gómez-Palencia IP. Técnica de la narrativa en enfermería, patrones de conocimiento y abordaje teórico. Rev Cienc Biomed [Internet]. 2012 Feb [citado 2017 Jun 07] ; 3(1): Disponible en: <http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1095/1005>
- 3 Borré-Ortiz YM, Lenis-Victoria C, Suárez-Villa M, Tafur-Castillo J. El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. Rev Cienc Salud [Internet]. 2015 Jun [citado 2017 Jun 07] ;13(3): Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v13n3/v13n3a11.pdf>
- 4 Moreno Fergusson María Elisa. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. Aquichán [Internet]. 2005 Oct [cited 2017 June 07]; 5(1): 44-55. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100005&lng=en.
- 5 Lamont, S., Brunero, S., Lyons, S., Foster, K., y Perry, L. Collaboration amongst clinical nursing leadership teams: a mixed-methods sequential explanatory study. Journal of nursing management. [Internet]. 2015 Nov [cited 2017 May 17]; 23(8): 1126-1136 Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12267/full>
- 6 Bettancour L., Muñoz L., Barbosa M., Fernandes M. El docente de enfermería en los campos de práctica clínica: un enfoque fenomenológico. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2011 Sep- Oct. [citado 2017 Jun 07] ; 19(5): Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_18.pdf
- 7 Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. Handbook of Qualitative Resareh. Sage Publications, California, 1994. P.576
- 8 Taylor, S, Bogdan, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paidós. Barcelona. (1986). P.20
- 9 Herrera, J. Investigación Cualitativa. [Internet]. [Citado 2017 nov.13]; [P: 4 - 20].Disponible en: <https://juanherrera.files.wordpress.com/2008/05/investigacion-cualitativa.pdf>
- 10 Latorre, A. Gonzales, R. el maestro investigador. La investigación en el aula. Graó. Barcelona 1987. P.43
- 11 Enfermería fundamental. Leyes, Teorías, Tendencias y Modelos. [Internet]. [[Citado 2017 nov.13]; [P: 1 - 45].Disponible en: https://www.enfermeria21.com/...enfermeria/Leyes_Teorias_Tendencias_Modelos.doc
- 12 On line Departamento administrativo nacional de estadística DANE. La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos. [Internet]. [Citado 2017 may.17]; [P: 29-30].Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/visibilidad_estadistica_etnicos.pdf
- 13 Muñoz,L. citada en Moreno, María Elisa. DE LA TEORÍA DE ENFERMERÍA A LA PRÁCTICA 1ª ed. Bogotá: Universidad de La Sabana, 2016. Impreso.P. 285-312
- 14 Zarate Grajales Rosa A. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2004 [citado 2017 Mayo 24]; 13(44-45): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es.
- 15 Albarran, J., Rosser, E., Bach, S.,Uhrenfeldt,L., Lundberg, P y Law, K. Exploring the development of a cultural care framework for European caring science. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being [Internet]. 2011 Dic. [citado 2017 Jun 08]; 6(4): 11457. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3235943/>
- 16 Pérez Pimentel Sandra. Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad urbana: Camaguey 2008. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2009 Dic [citado 2017 Jun 08]; 25(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200003&lng=es.
- 17 Anderson, L., Scrimshaw, S., Fullilove, M., Fielding, J. y Normand, J. Culturally competent healthcare systems. American Journal of preventive medicine. [Internet]. 2003 Abril. [citado 2017 Jun 08]; 24(3): 68-79. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00657-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00657-8)
- 18 Truong, M., Paradies, Y. y Priest, N. Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. BMC Health Services. [Internet]. 2014 Febl. [citado 2017 Jun 08]; 14(99): 2-17. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/99>
- 19 Papadopoulos, I., Tilki, M. y Ayling, S. Cultural competence in action for CAMHS: Development of a cultural competence assessment tool and training programme. Contemporary nurse: a journal for the Australian nursing profession. [Internet]. 2008 May. [Citado 2017 Jun 08]; 28: 129-140. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18844566>
- 20 Alarcón, Á., Barrera, L., Carreño, S., Carrillo, G., Farías, R., González, G., Sánchez, B. y Santamaría, N. (2014). Development of a functional model of nursing care in cancer. Investigación y Educación en Enfermería. [Internet]. 2014 Jul. [Citado 2017 Nov 13]; 32: 206-215. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000200003&lng=en&tlng=en

MODELO FUNCIONAL CUIDANDO PARA EL BIENESTAR DEL PACIENTE

Zuleima Cogollo¹

Amparo Montalvo Prieto²

Isabel Gómez³

Ana Acosta López⁴

Lucy Barrera Ortiz⁵

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar un Modelo funcional en enfermería, "Cuidando para el bienestar del paciente", orientado a brindar un cuidado humanizado por un talento humano comprometido.

Metodología: el presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, la población la constituyeron 43 enfermeras vinculadas al cuarto piso de la ESE Hospital Universitario del Caribe, las mismas constituyeron la muestra. La recolección de la información se realizó a través de un formato de reconocimiento de los elementos centrales de la práctica de Enfermería, diseñado por la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de la Sabana, implementado en la Fundación Santa Fe de Bogotá.

Resultados. Con base en el análisis del contexto y de los datos arrojados, se seleccionó la teoría de "Cuidado humanizado una experiencia desde el aprendizaje" de Patricia Benner; se determinaron los conceptos que dieron paso a los supuestos y diseño del modelo funcional de cuidado de enfermería en alianza HUC-Universidad de Cartagena.

Conclusión. El desarrollo de una dinámica secuencial de análisis contextual, espacio y reflexión de una práctica que permite orientar y cualificar el desempeño profesional en la institución con una asistencia humanizada donde se logra cuidar para el bienestar.

Palabras clave: cuidado, humanizado, modelo funcional enfermería, bienestar, calidad de vida (DeCS)

INTRODUCCIÓN

En los últimos años en la disciplina de Enfermería se ha desarrollado un interés especial por superar la fragmentación entre teoría y práctica, que le permita a las nuevas generaciones poner en contexto práctico los fundamentos filosóficos y epistemológicos propios del saber enfermero y a la vez contar con un acervo probatorio de la efectividad de las diferentes teorías y modelos en el acto de cuidar. (1)



El cuidado es la esencia de Enfermería y debería estar constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia (2). Es por esto que el cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. (3).

Para Benner (4) la persona es un ser integral que se encuentra en permanente construcción del "yo", el cual crece a través de la experiencia interactiva con los demás, es allí donde se observa al individuo como un ser biosicosocial involucrado en el desarrollo de actividades internas y externas desde donde se establecen sus necesidades. El profesional de enfermería en su relación de cuidado debe actuar con cada ser humano de manera diferente, integrando todas sus necesidades y no valorándolo como objeto pasivo de cuidado, sino como un ser de cambios continuos.

Alarcón et al. y Sánchez, conciben que un modelo para el cuidado de enfermería, se relaciona con mejorar la calidad del cuidado, fortalecer la identidad de enfermería, alcanzar mayor costo-efectividad y nivel de satisfacción de los usuarios, mejorar las habilidades interpersonales, las condiciones de vida y el cuidado de los usuarios. (5) El modelo conceptual para Moreno está fundamentado en principios filosóficos, éticos y científicos, provee un marco de referencia para la práctica y reflejan el pensamiento, los valores, las creencias de quienes los han propuesto. (6, 7, 8)

En América Latina y en Colombia la aplicación de los modelos y teorías de enfermería en la práctica clínica, han sido visibles en algunas instituciones de salud, determinando que constituyen una herramienta de perfeccionamiento en cuidado humano, generando en el paciente y su familia un bienestar de su proceso salud – enfermedad. En Cartagena por su parte, no hay evidencias al respecto, lo que ha impedido no solo contar con referentes teóricos que impulsen el desarrollo teórico, sino que además orienten el proceso de resolución de problemas propios de la profesión, desde el punto de vista empírico. (9)

El objetivo del presente trabajo es desarrollar un Modelo funcional en enfermería, "Cuidando para el bienestar del paciente", orientado a brindar un cuidado humanizado por un talento humano comprometido, desde el marco de la alianza docencia servicio, Hospital Universitario del Caribe y Universidad de Cartagena Programa de Enfermería.

MÉTODO

Tipo de estudio: el estudio se desarrolló bajo una metodología cualicuantitativa. El componente cuantitativo fue de orden descriptivo se caracterizó la población de estudio y el cuidado de enfermería brindado en el servicio elegido. El componente cualitativo se basó en entrevistas realizadas a las enfermeras para obtener información acerca de cómo son definidos por ellas los conceptos metaparadigmáticos de la teoría del cuidado.

Población: 43 enfermeras vinculadas al cuarto piso de la ESE Hospital Universitario del Caribe, las mismas constituyeron la muestra.

TÉCNICA E INSTRUMENTOS

Instrumentos: Se utilizó un formato de reconocimiento de los elementos centrales de la práctica de Enfermería, de la Facultad de Enfermería y rehabilitación de la Universidad de la Sabana, validado por la Fundación Santafé, adaptado por las autoras del presente trabajo al contexto del Hospital Universitario del Caribe.

El formato consta de cuatro preguntas que indagan conceptos metaparadigmáticos, 2 preguntas sobre situaciones que enorgullecen a las enfermeras y mejorarían la práctica y 1 pregunta que la relación del HUC con el desarrollo de Enfermería.

PROCEDIMIENTO

En el marco del trabajo de docencia-servicio y como respuesta a las Misiones y Visiones institucionales que conforman la alianza, con prioridades establecidas para mejorar la calidad de vida de la población usuaria del Caribe y América Latina, brindando una asistencia humanizada y ética, con un talento humano comprometido, que comprende mejor el quehacer de enfermería en la institución, se propuso el desarrollo del Modelo Funcional "Cuidando para el Bienestar del paciente". Para ello se adelantó un estudio en cuatro fases: **1) análisis del contexto, 2) Diagnóstico, 3) Reconocimiento de escenarios de cuidado con sus componentes 4) documentación teórica, 5) Diseño gráfico del modelo**

1) Análisis del contexto

La Empresa Social del Estado – ESE Hospital Universitario del Caribe, institución pública descentralizada, presta servicios de salud de mediana y alta complejidad. Su funcionamiento se fundamenta en una fuerte alianza con la Universidad de Cartagena y la interrelación con proveedores externos de servicios. Como Institución de carácter Universitario, realizan sus prácticas formativas los estudiantes de los programas de Medicina, Enfermería, Química y Farmacia y Administración de los Servicios de Salud (10).

El programa de Enfermería de la Universidad de Cartagena, forma profesionales para brindar cuidado al individuo, familia, comunidad y grupos vulnerables, en los diferentes niveles de atención, realidades sociales y ambientales; líderes, con sentido holístico, ético, crítico, reflexivo y formado en valores. (11)

Análisis de la información: el trabajo combinó análisis cuantitativos y cualitativos de la información recolectada en correspondencia con la metodología propuesta. Para la captura de datos y análisis descriptivo se utilizó el programa Microsoft Excel. Los datos obtenidos en la etapa de diagnóstico tuvieron un manejo cuantitativo, se calcularon frecuencias absolutas y relativas de las respuestas obtenidas de las enfermeras.

La información recolectada en las fases de documentación teórica y práctica fue sometida a un análisis cualitativo, para obtener las categorías que permitieran vislumbrar y conectar el pensamiento de las enfermeras frente a los conceptos metaparadigmáticos con una teoría de Enfermería.

Consideraciones éticas: La presente investigación tuvo en cuenta la Resolución N° 008430 de 1993, por la cual se establecieron normas para la investigación en salud en Colombia. (13) también se fundamentada en principios científicos y éticos, establecidos en el código deontológico para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia (Ley 911 de 2004), en donde se salvaguardará la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos (14), por tanto se tuvieron en cuenta los siguientes apartes: Idoneidad de las investigadoras: La investigación se llevó a cabo por profesionales competentes, enfermeras, docentes de una Instituciones de Educación Superior, quienes tienen una trayectoria asistencial e investigativa.

Resultados: Para el logro de los resultados se consideraron las siguientes etapas:

2) Fase diagnóstica:

Características del grupo de estudio: 43 Enfermeras respondieron consistentemente la encuesta aplicada, 40 de ellas eran enfermeras generales y 3 tiene especialidad en áreas gerenciales, 39,5% laboraban en el área de hospitalización y 37,2 al área de urgencias, el 23% restante estaban distribuidas en otros servicios (consulta externa, cirugía, triage, entre otras.), la mayoría de las enfermeras 46,5% tenían horarios de trabajo rotativos y el 22,3 % cumplen horarios entre 7am y 5 pm. Respecto a los años de experiencia laboral este oscilo entre 1mes y 23 años.

Características del cuidado profesional; el 51,2% de las enfermeras participantes consideran como expectativa de cuidado la recuperación del paciente y el 25% la recuperación de la calidad de vida del paciente. El 34,9 consideran como contexto de cuidado un ambiente cómodo y el 32,6 como brindar cuidado integral, humanizado, de calidad y oportuno. Respecto al rol de enfermero (a) frente atención del sujeto, se encontró que 74,4% de las entrevistadas opino brindar cuidado integral al paciente, planeado, accionando, supervisando y ejecutando. En cuanto a los aspectos en la práctica con los cuales se siente orgulloso 53,5% destaco el cuidado

del paciente. Frente a los aspectos de la práctica que se pueden mejorar las 30,2% enfermeras informaron que las condiciones de trabajo para los profesionales de enfermería (salario, número de pacientes) y el 18,6 disponibilidad de insumos. En cuanto a la opinión o sugerencia para concretar el tema de cuidado dentro del modelo de enfermería 20,9% nuevamente insistieron mejorar las condiciones de trabajo del profesional de enfermería, mientras que 30,2% optó por no responder.

A partir de los datos se listan características planteados por las enfermeras con el fin de identificar los supuestos teóricos coherentes con el pensamiento de las enfermeras.

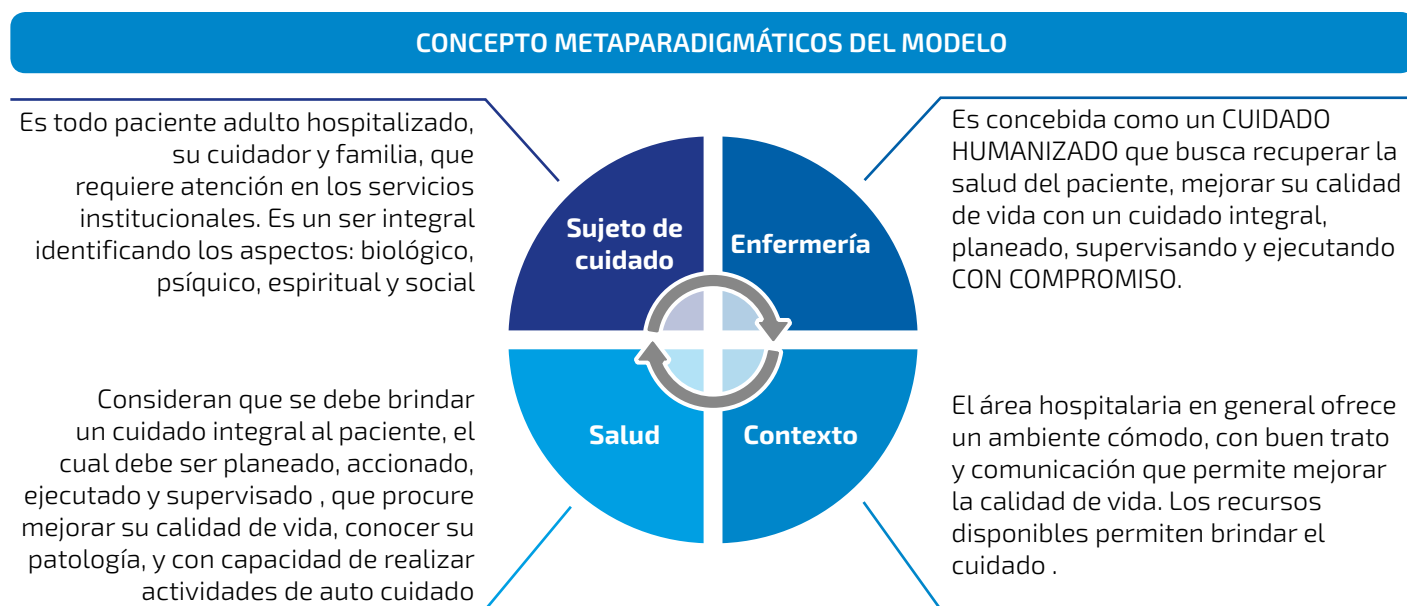
Características

- Basado en una filosofía humanística.
- Dentro de un marco de servicio, de ayuda y ser ayudado.
- Orientado a recuperar la salud del paciente, mejorar la calidad de vida y/o proporcionar una muerte digna.
- Con capacidad de valorar y responder a un proceso de atención para satisfacer las necesidades.
- Dentro de un marco ético del cuidado y de responsabilidad.
- Con compromiso en la formación del cuidado.

Fase de reconocimiento de escenarios de cuidado con sus componentes

Desde el punto de vista cualitativo a partir del análisis de las respuestas de las enfermeras respecto se hace el reconocimiento de los escenarios de cuidado y sus componentes: ¿A quién se cuida? **determinado en el sujeto de cuidado**, ¿Cómo se cuida? **determinado en enfermería**, ¿En dónde? **corresponde al contexto** y ¿Para qué se cuida? **la salud y meta del cuidado**.

A partir de las respuestas se determinan los elementos metaparadigmáticos con los se identifican las enfermeras al brindar cuidados que se consignan en el siguiente esquema.



Fuente: elaboración de las autoras a partir de los conceptos emitidos por las enfermeras

Fase de documentación teórica: la información expresada por las enfermeras permitió al grupo reflexionar sobre los conceptos del metaparadigmáticos de Enfermería (ser humano, cuidado, salud entorno y enfermería) e identificar elementos conceptuales planteadas que se armonizaron con algunos de los supuestos teóricos relacionados con el acto de cuidar. Los supuestos teóricos identificados constituyen planteamientos generales aplicados al cuidado, que direccionan para la práctica de Enfermería.

Para desarrollar este Modelo funcional de cuidado, se tomó la filosofía "Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la Enfermería" de Patricia Benner (4) quien considera que "enfermería no ha documentado adecuadamente sus conocimientos clínicos y la falta de estudio de estudio de las prácticas y de las observaciones clínicas hace que las teorías de enfermería carezcan de la singularidad y la riqueza del conocimiento de la práctica clínica experta".

En el desarrollo de su teoría, esta autora sustenta que la práctica y el conocimiento tienen una diferencia, afirma que el desarrollo de conocimiento en una disciplina práctica "consiste en ampliar el conocimiento práctico" a través de investigaciones científicas basadas en la teoría y la experiencia práctica. Define el **saber práctico** como la adquisición de una habilidad que puede desafiar al saber teórico y **el saber teórico** sirve para que un individuo asimile un conocimiento y establezca relaciones causales entre los diferentes sucesos.

Benner en su propuesta de principiante, principiante avanzado, competente, eficiente hasta el experto, observó que la adquisición de habilidades está basada en la experiencia, la cual es más segura y más rápida cuando se produce a partir de una base educativa sólida. A medida que la Enfermera gana experiencia, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico. Utiliza las descripciones de las situaciones clínicas reales, que permiten reconocer los significados de los actores del cuidado. De Acuerdo a los Elementos del Metaparadigma, Benner define:

Enfermería: En una relación de cuidado, "una condición que facilita la conexión y el interés". El cuidado es básico, establece la posibilidad de ayudar y ser ayudado. Se considera como una práctica del cuidado, cuya ciencia sigue una moral y una ética del cuidado y la responsabilidad.

Persona: Es un ser auto interpretativo, es decir, la persona no viene al mundo predefinida, sino que va definiéndose con las experiencias vitales. La persona posee una comprensión fácil y no reflexiva de la identidad en el mundo.

Salud: Se centra en cómo han vivido la experiencia de estar sano y enfermo. Se define como lo que puede valorarse, mientras que el bienestar es la experiencia humana de la salud o el conjunto.

Situación: Transmite un entorno social con una definición y un significado social. Está definida por la interacción, la interpretación y el entendimiento de la situación unidos a la persona. La interpretación personal de la situación depende del modo en que el individuo se encuentre en ella.

Competencias identificadas en situaciones reales de la práctica, se derivan inductivamente los siguientes siete dominios según la función de intención:

- Rol de ayuda
- La función de enseñanza y formación
- Función de diagnóstico y seguimiento del paciente
- La gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez
- La administración y la vigilancia de las intervenciones y los regímenes terapéuticos
- El seguimiento y la garantía de la calidad de las prácticas del cuidado de la salud
- Las competencias organizadas en el rol del trabajo (15)

Postulados Modelo Funcional "Cuidando para el Bienestar del paciente" del HUC

- Talento humano comprometido
- Valoración e intervención de la situación de salud del paciente estado de Bienestar" (Físico, psicológico, social y espiritual)
- Humanización y calidad:
- Reconocer y brindar un cuidado digno y respetuoso.
- Paciente informado
- Cuidado Interactivo y reciproco

Fase de diseño del modelo

Para el diseño del modelo se tuvieron los siguientes aspectos:

a) Características del servicio de hospitalización 4 piso del hospital universitario

En el servicio de hospitalización (4 piso) con 53 camas distribuidas y se admiten pacientes de infectología y cáncer.

Para la coordinación de enfermería se encuentra un supervisor(a), quien se encarga del control de las actividades y auditoria de los procesos de enfermería, lo apoyan en su función ocho 8 enfermeras distribuidas en las 24 horas del día, cuentan además con diecinueve 19 auxiliares de enfermería. (10)

Es importante considerar que en el servicio se sitúan las categorías establecidas por Benner relacionadas con las competencias desde principiante a experta, derivado de la heterogeneidad en el conocimiento y experiencia es así como, se encuentran estudiantes de Enfermería desde su primera practica hasta la práctica administrativa y las diferentes docentes que acompañan a los estudiantes, que además de tener años de experiencia asistencial tienen alta cualificación y acompañan a las enfermeras del servicio en la toma de decisiones y al proporcionar el cuidado.

b) Las situaciones de cuidado – Servicio Hospitalización 4 piso.

Las situaciones que presentan los pacientes hospitalizados y requieren intervenciones sistemáticas de cuidado de enfermería, se podrían sintetizar en **la alimentación**, ya que estos pacientes por su condición de salud se ven afectados en su nutrición, por la espera de procedimientos diagnósticos que lo ameriten, o por la incapacidad de deglutir, y necesitar una valoración nutricional para optar otra vía de alimentación. **El dolor** presente en los pacientes con cáncer, refleja una inadecuada calidad asistencial en el tratamiento, debido a la falta de medicamentos, o al desconocimiento de enfermería de las estrategias alternas para aminorarlo, así como para valorarlo. **La deficiente comunicación** de la enfermera con el paciente, la cual es percibida como la ausencia de espacios de confianza que puedan permitir la estabilización del estado emocional del mismo y la verbalización sobre dudas y preguntas de su situación de salud.

La eficacia de los cuidados se evaluara mediante indicadores que determinan el grado de cumplimiento y las metas alcanzadas por el personal de enfermería. Los indicadores en términos generales son evaluados por las enfermeras del servicio (enfermera eficiente), las estudiantes en práctica administrativa (principiante avanzado) y las docentes (experta) de acuerdo a Benner, quienes acompañan a las estudiantes de manera permanente en todas las intervenciones de cuidado que se realizan. Finalmente todo el personal de enfermería contribuye con la consecución de la meta "el bienestar del paciente".

Es así como se propone el siguiente grafico que representa el modelo funcional de cuidado **"Alianza Hospital Universitario del Caribe – Universidad de Cartagena.** (Ver Figura 1 en la siguiente página).

DISCUSIÓN

En la construcción del modelo funcional "Cuidando para el bienestar del paciente", basados en situaciones reales del cuidado enfermero en el HUC en alianza con la Universidad de Cartagena, se utilizó el referente de la teoría de Patricia Benner, quien fundamenta e interpreta el ejercicio de la Enfermera clínica a partir de las competencias que las enfermeras van adquiriendo con la interacción laboral y profesional y que los clasifica desde principiante a experta. (16) Competencias y habilidades requeridas por el profesional de enfermería en interacción a través de la empatía, al comprender y vivir la situación de cuidado.

En el modelo funcional propuesto a partir de las definiciones dadas por las enfermeras de la institución (HUC) respecto a los metaparadigmas de enfermería permitió identificar la teoría de Benner, como la más congruente con sus pensamientos, así mismo, las situaciones de cuidado identificadas en la práctica se relacionaron con los dominios de esta teoría. De acuerdo con la visión de Benner y Wrubel, quienes han descrito el cuidado como una experiencia primaria, humana, que determina lo que ocurre entre la enfermera y la persona y lo importante para ella, la disciplina de enfermería ha de ser acorde con el marco epistemológico y con el conocimiento como característica principal, que se genera a partir del desarrollo del propio núcleo disciplinar en respuesta a las necesidades de la práctica profesional. (17,18)

En coherencia con la teoría de Benner en el servicio de hospitalización 4 piso HUC se requiere que enfermería realice su práctica bajo un marco de referencia claro, con habilidades y competencias específicas para abordar las diferentes situaciones que se presentan en el contexto del cuidado, aplicar el proceso de enfermería y participar en: trabajo en equipo, rol de ayuda, comunicación efectiva, juicio clínico, seguimiento y la garantía de la calidad de las prácticas del cuidado que contribuyen a brindar un cuidado integral y humano, sensible a las situaciones particulares de cada paciente, que finalmente se traduzca en el bienestar de los pacientes hospitalizados en este servicio; pacientes con enfermedades crónicas: cáncer e infecciosas.(19)

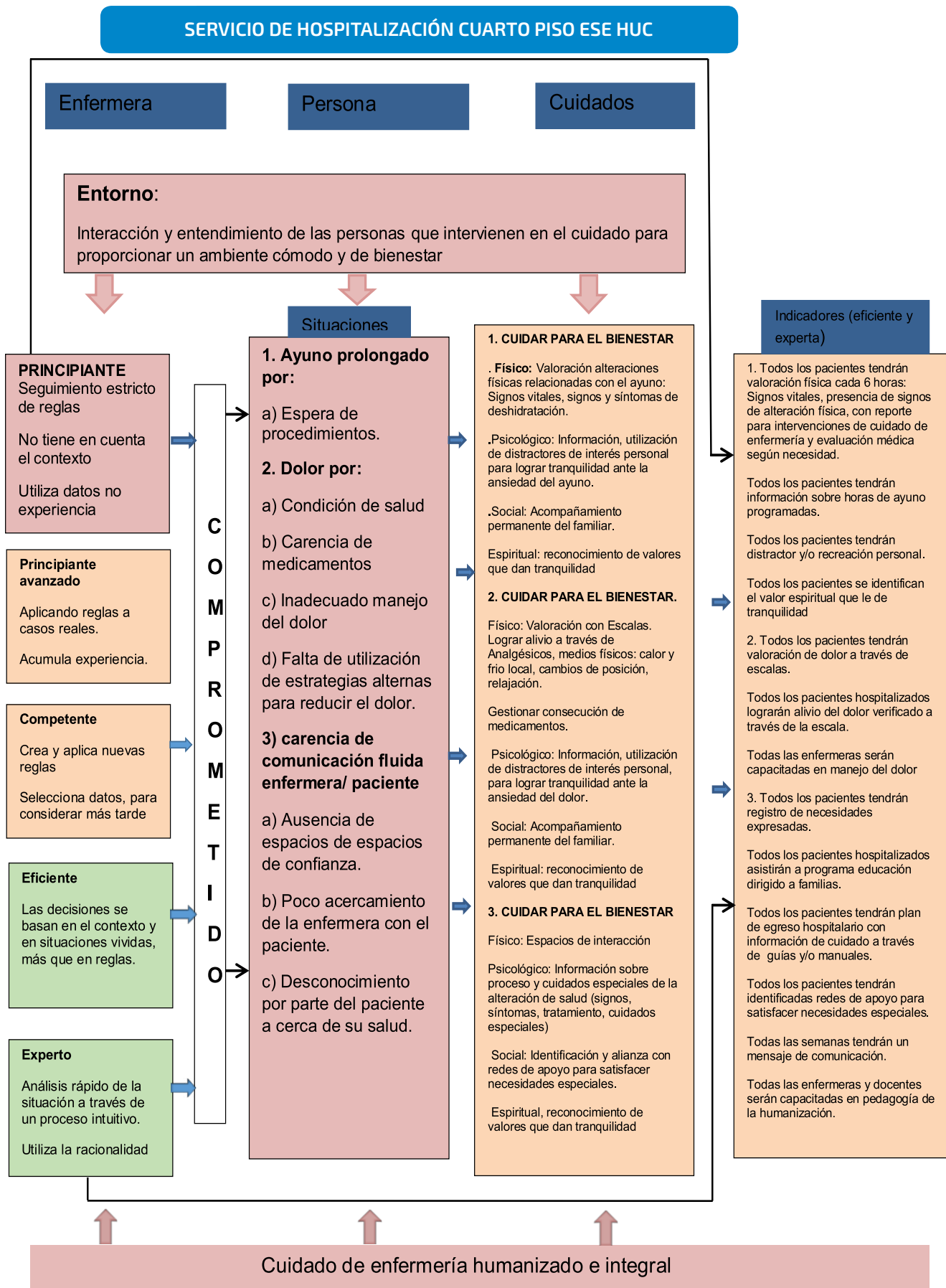
La propuesta muestra una serie de pasos en la búsqueda de respuestas efectivas frente a las situaciones de cuidados más recurrentes en el servicio y que son susceptibles de mejorarse desde el hacer de enfermería, fundamentado en un modelo de cuidado, de esta manera se fortalece el conocimiento disciplinar traduciéndose en calidad y desarrollando una práctica diaria de forma profesional. (20)

Los modelos, la teoría y la práctica enseñan al Enfermero actuar con sentido disciplinar, a desarrollar un conocimiento propio, potencializan el acercamiento entre las instituciones formadoras y los que viven el día a día la praxis del cuidado(3), es un reto para la disciplina reforzar estos conocimientos, siendo la practica un espacio que permite el aprendizaje a través de la experiencia, utilizando sus conocimientos, habilidades y actitudes para solucionar problemas.

Sánchez determina que los modelos funcionales, se asocian con los modelos teóricos, guían más de cerca la práctica de la enfermería en el campo clínico, permiten hacer representaciones, facilitan la acción con referentes teóricos, respaldan la estandarización y auditoría para cualificar procesos y generan identidad profesional e institucional. (7)

Varios estudios han probado la efectividad de los modelos funcionales, por ejemplo, Ángel Jiménez et/ al. quienes aplicaron un modelo de cuidado bajo los fundamentos teóricos de Virginia Henderson en el servicio de Ginecobstetricia de la Clínica Universitaria Bolivariana en la ciudad de Medellín lograron una mayor fundamentación de la práctica, fortalecer la relación enfermería-paciente y la calidad de los cuidados brindados. (21) Por otro lado, Castañeda

Modelo “cuidando para el bienestar del paciente”



Méndez J y Ramos Garzón J, aplicaron la teoría de los Cuidados de Swanson en pacientes con enfermedad coronaria en la Sala de reanimación de un Servicio de urgencias, en Bogotá Colombia y lograron que los pacientes manifestaran sentirse bien atendidos por los estudiantes de Enfermería, calidad del cuidado y mayor satisfacción de sus necesidades (22). En ese mismo sentido, Moreno-Fergusson ME y Alvarado-García A M, realizaron una revisión de la literatura y evidenciaron un incremento en las publicaciones relacionadas con el estudio y la aplicación del Modelo de Adaptación de Roy, especialmente en Brasil, México y Colombia (23-26). Sin embargo, el presente modelo es el primero que se diseña para ser aplicado posteriormente en un servicio hospitalario de la ciudad de Cartagena.

Los resultados de las experiencias relacionadas con la aplicación del Modelo en la docencia y la asistencia así como los productos de investigación son una contribución necesaria para el desarrollo disciplinar de enfermería, profundizar y crear nuevos conocimientos a partir de la experiencia clínica, genera un lenguaje común en un paradigma compartido que favorece la reflexión, la investigación y contribuye con la satisfacción de los pacientes y su bienestar general.

Las fortalezas de este estudio tienen que ver con el estrechamiento del vínculo docencia servicio entre el Hospital Universitario del caribe y El programa de

Enfermería de la Universidad de Cartagena, en la medida que se diseñan modelos de trabajo conjunto que finalmente apuntan al bienestar del paciente y la calidad del servicio prestado en la Institución. Por otro lado es de gran importancia para Enfermería poder llevar a la práctica los fundamentos teóricos de la disciplina y antes que esto, poder aplicarlos y mostrar evidencias que con su aplicación se impacta de manera positiva la calidad del cuidado.

Dentro de sus limitaciones se evidencia la escasa implicación de las Enfermeras con las teorías propias de su disciplina que obstaculiza su participación y apropiación para el desarrollo y aplicación de modelos de cuidado que fortalezcan su quehacer

CONCLUSIÓN

El desarrollo de una dinámica secuencial de análisis contextual, espacio y reflexión sobre una práctica de Enfermería que oriente y cualifique el desempeño profesional entre el Hospital Universitario del Caribe y el Programa de Enfermería de la Universidad de Cartagena, permitió diseñar un modelo de cuidado que incluye; asistencia humanizada y cuidar para el bienestar, dentro de los marcos de las Misiones y Visiones de las instituciones proponentes.

REFERENCIAS

- Graham J. Nursing theory and clinical practice: how three nursing models can be incorporated into the care of patients with end stage kidney disease. *CANNT Journal* 2006; Oct-Dec. 16(4): 28-31.
- Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985.
- Watson J. Caring science as sacred science. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005.
- Benner P, Spichiger E, Wallhagen M. Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. *Stand J Caring Sci* 2005; 19:303-309.
- Alarcón AM, Barrera-Ortiz L, Carreño SP, Carrillo GM, Farías RE, González G, et al. Desarrollo de un modelo funcional de cuidado de enfermería en cáncer. *Invest Educ Enferm*. 2014; 32(2): 206-215. (Consultado: junio 18 de 2017). En: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072014000200003&script=sci_arttext&lng=es
- Moreno ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. *Aquichan*. 2009; 5 (1). (Consultado: junio 18 de 2017). En: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/58/121>. Fecha de acceso: [doi:https://doi.org/10.5294/58](https://doi.org/10.5294/58).
- Sánchez B. Utilidad de los modelos de enfermería en la práctica. En: *El arte y la ciencia del cuidado*. Bogotá: Unibiblos, 2002; 13-30.
- Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de Enfermería, Madrid: Mosby, 2002, 672
- Rodríguez Martínez R. Modelos de enfermería integrados al cuidado del paciente nefrológico en el contexto cubano. *Revista Cubana de Enfermería* 2012; 28(4):474-484.
- Hospital Universitario del Caribe. Plataforma estratégica. 2017
- Universidad de Cartagena, Facultad de Enfermería. Documento maestro programa de Enfermería, 2017.
- Universidad de la Sabana Facultad de Enfermería. Encuesta de recolección de información: Ejercicio de reconocimiento de elementos centrales para la práctica de enfermería en la Fundación Santa Fe de Bogotá. 2017.
- Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud de Colombia. Octubre 4 de 1993.
- Responsabilidad deontológica para el ejercicio del profesional de enfermería en Colombia. Ley 911 de 2004 de octubre 5. *Diario Oficial del estado*, No. 45.693, (6-10-2004), Título III: Capítulo I, Art.9 y 10.
- Bryczynski K. Patricia Benner: Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería. En: Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier Mosby, Séptima Edición. 2010: 137-164.
- Izquierdo Machín E, Martínez Ruiz MT, Ramírez García B. Evidencia empírica de la Teoría de Patricia Benner en la labor profesional de los Licenciados en Enfermería. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2016;15(4):0-0.
- Reviera M.S. El arte de cuidar en enfermería, *Rev. Horizonte de Enfermería*. 2004; 15, 11-22
- Benner, P. Práctica progresiva en enfermería, manual de comportamiento profesional, ed. Grijalva Barcelona, España, 1987.
- Millán Núñez-Cortés Jesús, Civeira-Murillo Fernando, Gutiérrez-Fuentes José A. El hospital universitario del siglo XXI. *Educ. méd. [Internet]*. 2011 Jun [citado 2017 Jun 25]; 14(2): 83-89. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132011000200003&lng=es.
- González-Carrillo E et al. Modelo para el desarrollo de competencias del personal de enfermería en neonatología. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2016; 24(1):11-8
- Ángel Jiménez et/al. Aplicación de un modelo de cuidado en el servicio de ginecobstetricia de la clínica universitaria bolivariana. *Avances en Enfermería* 2007; 25(1):9-18 2007.
- Castañeda Méndez J y Ramos Garzón J. Aplicación de la Teoría de Kristen Swanson en el cuidado de pacientes con enfermedad coronaria: una experiencia desde la docencia. www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/libroseditorialunimar/article/view/.../917
- Moreno-Fergusson ME, Alvarado-García AM. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. *Aquichan*. 2009;9 (1): 62 – 72
- Moreno ME. Aplicación del Modelo de adaptación en un servicio de rehabilitación ambulatoria. *Aquichan* 2001; 1(1): 14-7.
- Monroy P. Aproximación a la experiencia de aplicación del Modelo de adaptación de Roy en la unidad de cuidado intensivo pediátrico. *Enfermería Hoy* 2003; 1(1): 17-20)
- Moreno ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería. Experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. *Aquichan* 2005; 5(5): 44-55

MODELO DE CUIDADO EN ENFERMERIA: CUIDARNOS PARA CUIDAR, CUIDAR PARA CUIDARNOS.

EXPERIENCIA DE ALIANZA DOCENCIA ASISTENCIA. CALI 2017.

*Care program model in nursing: taking care of us for caring, caring for taking care of us.
Experience of an alliance between teaching and assistance. Cali 2017.*

María Eugenia Acevedo¹

Luzmila Hernández²

María del Rocío Medina³

Víctor Hugo Quintero⁴

Claudia Santamaría de Herrera⁵

Martha Lucia Vásquez⁶

Mónica María Villalobos⁷

RESUMEN

Introducción: Dentro de una estrategia de trabajo aliado entre los docentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle y las enfermeras de práctica clínica del Hospital Universitario del Valle, institución de salud de alta complejidad, se propuso desarrollar un proceso para la identificación de los elementos constitutivos de un modelo funcional de cuidado de enfermería aplicable en la institución.

Objetivo: Identificar y sustentar un modelo funcional de cuidado de enfermería que guíe la práctica profesional del Hospital Universitario del Valle

Metodología: Esta investigación se realizó mediante la metodología investigación- acción en tres fases, que abarcaron desde la articulación institucional a través de la creación de una mesa de trabajo docencia servicio hasta la exploración mediante encuestas y grupos focales de los elementos del cuidado de Enfermería significativos para los profesionales de Enfermería, los usuarios de la institución de salud y los estudiantes de Enfermería.

Resultados: Los elementos de cuidado se organizaron en categorías cualitativas que sustentaron los conceptos y los supuestos de cuidado del modelo, identificando como una relación positiva de cuidado aquella que optimiza la experiencia de salud, promueve la capacidad de autocuidado y dignifica la condición humana. Se determinaron cuáles serían las condiciones necesarias para que esta afirmación se reflejara en la realidad diaria del cuidado de enfermería, se priorizaron estas condiciones teniendo en cuenta criterios de

gobernabilidad e importancia y se generó un plan de acción que facilitara el desarrollo del modelo de cuidado funcional en la institución de salud.

Conclusiones: Las experiencias vividas por las enfermeras que participaron en la asistencia y docencia en el Hospital, son fuente de información valiosa que amplía el conocimiento de los enfermeros, al identificar conceptos claves y coherentes con las acciones de cuidado que se desarrollan en la Institución.

Palabras clave: Enfermería Cuidado de Enfermería, Modelo Funcional Enfermería, Modelos de Enfermería; Teoría de Enfermería; Teoría y Práctica de Enfermería. (DeCS)

SUMMARY

Introduction: Within an allied work strategy between the teachers of the School of Nursing at Universidad del Valle and the nurses of clinical practice at Hospital Universitario del Valle, a highly complex health institution, the development of a process for the identification of the constitutive elements of a functional model of nursing care applicable in the institution was proposed.

Objective: To identify and sustain a functional model of nursing care that guides the professional practice at Hospital Universitario del Valle

Methodology: This research was conducted through the action research methodology in three phases, ranging from the institutional articulation through the creation of a round table –service-teaching– to the exploration through surveys and focus groups on nursing care elements that are significant to nursing professionals, users of the health institution and Nursing students.

Results: The elements of care were organized in qualitative categories that supported the concepts and assumptions of care of the program model, and as a result identifying as a positive care relationship the one that optimizes the health experience, promotes self-care capacity and dignifies the human condition. The

¹ Enf Esp. Enfermería Neonatal. Coord. Serv. de Ginecoobstetricia. HUV eacevedohuv@gmail.com

² Enf. Mg Enfermería. Profesora Asociada Univalle. luzmila.hernandez@correounivalle.edu.co

³ Enf Esp. Enfermería Materno Perinatal. Servicio de Partos. HUV. rociemedi@yahoo.es

⁴ Enf. Mg Enfermería Profesor Asistente Univalle. victor.quintero@correounivalle.edu.co.

⁵ Enf. Mg Educación Profesora Asociada Univalle. clasantaha@gmail.com

⁶ Enf PhD Enfermería Profesora Titular pensionada Univalle. maluvassq@gmail.com

⁷ Enf. Mg Enfermería Coordinadora Enfermería HUV. momaviga@yahoo.com

necessary conditions for this affirmation to be reflected in the daily reality of nursing care were determined. These conditions were prioritized taking into account criteria of governance and importance, and an action plan was generated to facilitate the development of the functional care model in the health institution.

Conclusions: *The experiences nurses, who took part in the assistance and teaching at the Hospital, went through are a source of valuable information that broadens the knowledge of the nurses, by identifying key concepts and in coherence with the care actions that are implemented in the health Institution.*

Keywords: *Nursing, Nursing Care, Nursing Functional Model, Nursing Models, Nursing theory, Theory and Practice of Nursing.*

INTRODUCCIÓN

La Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle (EEUV) identificó desde hace varios años, la necesidad del trabajo articulado con las instituciones prestadoras de servicios de salud para la cualificación del cuidado de enfermería, esencia del quehacer de la profesión. En este sentido, desde el año 2005, formuló el Proyecto de Desarrollo Disciplinar en Enfermería, Proyecto que luego se consolidó como Programa definiendo tres componentes de trabajo, uno de ellos: Docencia-Asistencia al interior del cual se definieron estrategias de trabajo.

El Hospital Universitario del Valle (HUV), institución hospitalaria de carácter estatal presta servicios en los niveles III, IV de atención en salud y es el centro de prácticas clínicas por excelencia tanto para la Escuela de Enfermería como para todos los programas de pre y postgrado de la Facultad de Salud.

Los profesionales de Enfermería del HUV han estado ligados históricamente a la EEUV, ya sea porque son egresados de los programas de pregrado o postgrado; porque participan en los diferentes comités de la Escuela, son estudiantes activos o tienen vinculación con ella como profesores hora cátedra. Adicionalmente, las enfermeras del HUV siempre están invitadas a las diferentes y permanentes actividades de educación continua y perfeccionamiento con las que la Escuela actualiza y cualifica su recurso docente.

Con esta dinámica de trabajo conjunto, se identificó la necesidad de potenciarlo e integrar conocimientos y estrategias tanto de la docencia como del servicio para la cualificación de la práctica de Enfermería. Inicialmente se conformó la Mesa Docencia-Servicio integrada por enfermeras de ambas instituciones cuyo propósito se orientaba a fortalecer el quehacer de Enfermería mediante la cualificación del recurso humano, la investigación en problemas de la práctica y la identificación de un modelo funcional o profesional de cuidado de enfermería.

Teniendo claro el propósito, se definió que más que un trabajo articulado o colaborativo, como se había realizado en años anteriores, lo que se requería era un trabajo "aliado" donde las fortalezas de enfermería de las dos instituciones: Universidad del Valle y

Hospital Universitario del Valle, sumaran sus saberes e identificaran el potencial del trabajo aliado tanto para el desarrollo de los programas de formación como para la prestación del servicio en el HUV mediados por el conocimiento científico en Enfermería a través de la investigación.

Con referentes nacionales en trabajo con Modelos Funcionales como el del Instituto Nacional de Cancerología, la Fundación Santafé de Bogotá y la Clínica Universitaria de la Sabana y con referentes internacionales con hospitales certificados como hospitales Imán, se decidió que la Alianza entre el HUV y la EEUV se enfocaría en la identificación del modelo funcional de cuidado con que trabajan las enfermeras en el HUV. Los modelos funcionales, por su parte, guían más de cerca la práctica de la enfermería en el campo clínico, permiten hacer representaciones, facilitan la acción con referentes teóricos, y respaldan la estandarización del cuidado lo que permite cualificar los procesos en enfermería (1). Por lo anterior, en esta investigación se propuso como objetivo Identificar y sustentar un modelo funcional de cuidado de enfermería que guíe la práctica profesional del Hospital Universitario del Valle. Este artículo presenta el trabajo riguroso adelantado por las dos instituciones para identificar y sustentar dicho modelo, la forma en que dicho modelo se articula a las misiones y visiones institucionales y el aporte que constituye dicho modelo a la calidad de los procesos de cuidado de Enfermería y a la acreditación institucional.

Cabe anotar, que el Modelo Funcional de Cuidado en Enfermería guía la práctica profesional, facilita la aplicación de referentes teóricos, la estandarización y la auditoría de procesos, también genera identidad profesional e institucional. El Modelo fortalece el desarrollo de la disciplina tanto en la academia como en la asistencia y, de igual manera fortalece los diferentes roles de desempeño de la profesión.

METODOLOGÍA

Esta es una investigación descriptiva la cual se abordó mediante la metodología investigación- acción. Este término fue acuñado y desarrollado por Kurt Lewin en varias de sus investigaciones (Lewin, citado por Bausela 1973) (2), y se fundamentó en que los problemas guían la acción; no obstante, lo fundamental en esta metodología es la exploración reflexiva que el profesional hace de su práctica, no tanto por su contribución a la resolución de problemas, como por su capacidad para que cada profesional reflexione sobre su propia práctica, la planifique y sea capaz de introducir mejoras progresivas. En ese orden de ideas, el abordaje metodológico elegido permitió, más que hacer aportes teóricos, originar y promover un modelo funcional de cuidado a partir de un análisis cualitativo de encuestas, entrevistas grupales y discusiones entre el grupo de trabajo cuyos resultados fueron acopiándose y analizándose progresivamente hasta identificar los conceptos centrales del modelo de cuidado de enfermería para el Hospital Universitario del Valle. La investigación se desarrolló en tres fases:

Fase I

Esta primera fase comenzó en el año 2013 en el marco del convenio docencia –servicio entre la Universidad del Valle (Univalle) y el HUV cuando se conformó la mesa Docencia-Servicio (DS) entre la Escuela de Enfermería de la institución educativa y las coordinadoras de Enfermería de la institución de salud. Para ese mismo año, la Escuela de Enfermería inició una serie de acciones en el marco del Programa de Desarrollo Disciplinar en Enfermería (PDDE) (3) y para ello diseñó y desarrolló dos diplomados (Filosofía y Conocimiento en Enfermería nivel 1 y nivel 2) a los cuales, además de las docentes de la Escuela, asistieron varias enfermeras del HUV.

Como resultado del trabajo generado por la mesa de docencia servicio, en el año 2015 se exploró entre el colectivo de enfermeras del HUV y las docentes de la EEUV, cuál era el fundamento de la práctica de enfermería, encontrándose que el cuidado era el eje central, dominante y unificador de la práctica. A partir de ello, se identificaron tres líneas de trabajo que las dos instituciones debían considerar como columnas para el trabajo interinstitucional: la estructuración de un modelo de cuidado de Enfermería específico para el HUV, la investigación disciplinar en Enfermería y la educación y cualificación del personal de Enfermería.

Fase II

En la mesa Docencia servicio se definió como estrategia diseñar y ofertar un diplomado a nivel nacional para fortalecer el Liderazgo Transformacional en Enfermería que facilitara la identificación de Modelos de Cuidado a través de alianzas docencia servicio; el diseño del diplomado inició en el marco del Simposio de Enfermería del 2015, aprovechando la participación de invitados nacionales e internacionales con trayectoria en estos aspectos. En el marco del diplomado, a partir de enero de 2017 se rediseñó, con el aval de la Fundación Santa Fe de Bogotá (FSFB), una encuesta elaborada por esta Institución la cual permitía indagar, en las profesionales de enfermería, aspectos relativos a su rol (4). En ese sentido, se retomaron los ítems y se adaptaron al contexto para explorar entre las enfermeras aspectos relativos al rol que desempeñaban en el HUV y su relación con el sujeto de cuidado, la salud y la meta del cuidado.

Esta encuesta contempló también la descripción de una experiencia significativa de cuidado y la identificación de aspectos de cuidado que debían mejorarse o incluirse desde la perspectiva de las enfermeras del Hospital. En la descripción de una experiencia de cuidado se buscó que cada profesional refiriera una experiencia de cuidado considerada como una buena práctica, buscando que la misma le hubiera dejado satisfacción por su desempeño y alguna lección para ser mejor cuidador(a).

Para la aplicación de la encuesta, se realizó una convocatoria a todos los profesionales de enfermería del Hospital mediante el correo electrónico de la red interna de la Institución, las carteleras de los diferentes servicios del Hospital y del llamado que cada una de las coordinadoras de los servicios, realizó para tal fin. Dicha encuesta fue diligenciada por un total de 52 enfermeras, que correspondían al 58% de los profesionales que al

momento de la encuesta se encontraban laborando en la institución, que cumplieran con el criterio de inclusión de un mínimo de 6 meses de vinculación al Hospital. Una vez diligenciadas las encuestas se procedió a incorporar los datos en una hoja de cálculo en formato excel para realizar su análisis y se diseñó una guía temática para validar la información, mediante la estrategia de grupos focales, con estudiantes de la Escuela de Enfermería y usuarios de los servicios del Hospital. En cada una de las instancias se conformó un grupo focal (para estudiantes con ocho participantes, para el HUV cinco, de los cuales dos eran de la liga de usuarios, una paciente hospitalizada y dos familiares de los pacientes que estuvieran hospitalizados más de una semana); las preguntas guía se orientaron hacia explorar qué era para ellos el cuidado, quién era el sujeto de cuidado y cómo se establecía (en el caso del grupo focal de estudiantes) la relación entre estudiante-enfermera-docente; para el grupo focal en el HUV esta última pregunta se orientó a explorar cómo era la relación paciente-enfermera asistencial. Para conformar el grupo focal de estudiantes se hizo una convocatoria para aquellos que hubieran cursado al menos tres rotaciones en el HUV. Una vez realizados los grupos focales, para los cuales se pidió el consentimiento informado para la grabación de la entrevista grupal (cada una duró alrededor de dos horas), se procedió transcribir las grabaciones de las entrevistas y a categorizar los resultados lo que permitió avanzar hacia la fase III descrita más adelante.

Fase III

Identificados los aspectos conceptuales relacionados con: sujeto de cuidado y ambiente, sujeto de cuidado y profesional de Enfermería, sujeto de cuidado y meta de salud, enfermería y medio ambiente de cuidado y ambiente de cuidado y meta del cuidado, se procedió a relacionar con la plataforma estratégica de cada una de las instituciones (UNIVALLE y HUV) para identificar si las relaciones mencionadas arriba se correspondían con la visión y misión de las dos Instituciones; esta tarea facilitó identificar la relación entre los aspectos conceptuales del modelo.

Para la consolidación del Modelo Funcional se identificaron y priorizaron: cuatro condiciones que, desde la perspectiva de los usuarios de la institución de salud (paciente y familia) precisaban se tuvieran en cuenta para mejorar el cuidado que se recibía por parte de los profesionales de la enfermería; cuatro condiciones que desde la perspectiva de los estudiantes de la Escuela de Enfermería era necesario se consideraran para su formación universitaria en el ofrecimiento del cuidado y finalmente, cuatro condiciones que desde la perspectiva de las enfermeras de la Institución de salud eran necesarias para que el cuidado de enfermería se ofreciera de manera integral.

Al analizar la información recolectada se evidenciaron también cinco logros que los profesionales de enfermería visualizaban como reconocimientos que la disciplina de enfermería debería tener en el marco de la alianza de docencia asistencia y cinco avances que, la misma alianza, debería tener en el campo de la investigación y proyección social en enfermería.

Todas las condiciones enunciadas arriba fueron calificadas numéricamente de 1 a 10 con relación a su gobernabilidad e importancia, entendiendo como gobernabilidad la autonomía que tiene el profesional de enfermería en la toma de decisiones en el cuidado y asumir la responsabilidad derivadas, y la importancia como algo primordial para realizar el cuidado en enfermería. A partir de la priorización descrita, se definieron las estrategias para la implementación y desarrollo de cada una de las condiciones y sus respectivos indicadores de resultado en términos de cumplimiento y efectividad.

Respecto a las consideraciones éticas, se tuvo en cuenta lo dispuesto en la Resolución 008430 de 1993, la Ley 911 de 2004 y las Pautas éticas internacionales para la investigación con seres humanos (CIOMS) y se contó con el consentimiento oral de cada una de las personas que participaron en el proceso de recolección de la información.

RESULTADOS

Basados en las tres líneas identificadas en la fase I se diseñó un plan de trabajo de la alianza docencia servicio HUV- EEUV cuyos objetivos eran: Plantear y desarrollar un modelo funcional de cuidado que permitiera ofrecer un cuidado de enfermería humano, seguro y eficiente en el HUV; articular las acciones generadas en el proceso misional de Desarrollo Humano y Bienestar de la EEUV en pro del cuidado humano del HUV con las necesidades de cualificación identificadas en los profesionales de enfermería y realizar investigación disciplinar en enfermería a partir de los problemas identificados por las enfermeras en su práctica asistencial.

En la fase II y en el marco del Diplomado Alianza docencia Servicio se identificaron algunas características de las 52 profesionales de enfermería que participaron en la encuesta: el 64% eran mayores de 40 años, el 21% tenían entre 26 y 40 años, el 13 % eran menores de 25 años; el 54% pertenecían a la planta nombrada de personal y el 62% tenía más de 6 años laborando en la Institución. Con relación a su rol laboral, el 31% lo ejercía en servicios de cuidado intensivo, el 29 % en servicios hospitalarios de cuidado al adulto, el 15% en servicios ambulatorios, el 13% en servicios de cuidado obstétrico, el 8% en cargos de gestión y el 4% en otros servicios.

Durante esta fase se identificaron como sujetos de cuidado de la práctica del profesional de enfermería en el HUV al paciente, la familia y la comunidad hospitalaria; como Metas de Cuidado: la optimización de la experiencia de salud, el fomento de la autonomía en el sujeto de cuidado y la preservación de la dignidad humana. Se reconocieron como elementos del contexto que podrían facilitar o dificultar las intervenciones de cuidado: las condiciones socio-económicas; el estado de salud, el conocimiento de la enfermedad y capacidad de autocuidado, y la disponibilidad de recursos institucionales para el cuidado.

Otro aspecto de interés fue el que las enfermeras reconocieran el aporte desde su rol a la educación, comunicación e información para el paciente y su familia. De igual manera, reconocieron que el cuidado integral debería ser una experiencia positiva que

permitiera mantener, recuperar y evitar complicaciones de la salud en el sujeto de cuidado, haciendo de este una experiencia más humana y por ende cualificando el conocimiento, las habilidades y las aptitudes de las profesionales de enfermería.

En la tercera fase los conceptos validados como sujeto de cuidado, ambiente, salud y Enfermería (cuidado/cuidar) se relacionaron identificando los siguientes supuestos conceptuales del modelo, en las siguientes interrelaciones:

1. Sujeto de cuidado y Enfermería:

- Entre cuidador y sujeto de cuidado es indispensable la correspondencia mutua
- Una gestión efectiva de enfermería favorece el cuidado.
- Una relación positiva de cuidado optimiza la experiencia de salud, promueve la capacidad de autocuidado y dignifica la condición humana

2. Enfermería y salud:

- El fin último de enfermería es optimizar la experiencia de salud, fomentar la autonomía y preservar la dignidad humana.
- La experiencia positiva del cuidado de enfermería permite mantener o recuperar la salud y evitar las complicaciones prevenibles del paciente.

3. Enfermería y ambiente:

- Para cuidar es necesario que la enfermera conozca el contexto socioeconómico, y familiar del sujeto de cuidado.
- Para cuidar es primordial contar con recursos humanos y tecnológicos necesarios.
- La institución debe garantizar el ambiente y los recursos para el cuidado.
- El cuidado integral exige de la enfermera conocimiento del marco normativo y la política pública en salud.

4. Ambiente y salud:

- La institución debe proveer los recursos necesarios para favorecer la experiencia de salud.
- El hospital debe propiciar entornos que dignifiquen a las personas y faciliten su cuidado.
- Un ambiente propicio favorece una experiencia óptima de cuidado.
- La adopción de políticas públicas en salud, favorecen una experiencia de salud óptima.
- Cuando el contexto del cuidado considera aspectos culturales, sociales y personales, facilita la experiencia de salud.

5. Sujeto de cuidado y salud:

- El mantenimiento de la salud debe promover el autocuidado, la dignidad y el conocimiento del proceso de salud del sujeto de cuidado.

6. Sujeto de cuidado y ambiente:

- Las condiciones del ambiente deben responder a las necesidades de salud de los sujetos de cuidado.
- El ambiente institucional debe disponer de recursos económicos, humanos, físicos y tecnológicos.

A partir de la información obtenida en las encuestas de los profesionales de enfermería del HUV y los dos grupos focales, se realizó la priorización de cinco aspectos relevantes:

- 1 Que el usuario y su familia reciba un trato con respeto, afecto y actitud de escucha por parte del personal de enfermería.
- 2 Contar con criterios unificados para brindar el cuidado en pro de la asistencia y formación del estudiante.
- 3 Fomentar co-responsabilidad del equipo de enfermería y los estudiantes en la gestión del Cuidado.
- 4 Enfocar la Investigación disciplinar en gestión del cuidado, pedagogía del cuidado y autocuidado.
- 5 Desarrollo conjunto de los planes de egreso de las personas cuidadas entre los estudiantes y las enfermeras de servicio.

Para cada uno de estos aspectos priorizados se definieron dos estrategias para su implementación y sus respectivos indicadores de resultado en términos de cumplimiento y efectividad, aspectos desarrollados en el plan de acción.

DISCUSIÓN

En los últimos años, se ha venido dando un cambio sustancial en la manera como enfermería ofrecía el cuidado: anteriormente con un enfoque eminentemente biológico y determinista a una visión integral y global. En esta transición, sin lugar a dudas, ha incidido el avance en la construcción del conocimiento disciplinar con aportes notables desde las teorías y modelos del cuidado enfermería iluminando el quehacer práctico de la profesión. (5)

Aunado a lo anterior, y con el ánimo de mejorar la calidad del cuidado, se ha venido consolidando la participación conjunta de las instituciones formadoras de profesionales de enfermería y aquellas instituciones prestadoras de los servicios de salud para realizar alianzas que faciliten y promuevan un cuidado de enfermería articulado desde la formación de estudiantes con la realidad que se vive en la práctica clínica asistencial.

Esta nueva dinámica en la relación docencia asistencia, implica y exige enfrentar nuevos desafíos de forma especial por las condiciones difíciles que se dan en los sistemas de salud (6) que muchas veces riñen con lo que desde la academia se quiere enseñar.

La integración docente asistencial (IDA) es definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como la "unión de esfuerzos, en un proceso de creciente articulación, entre instituciones de servicios de salud y de educación para contribuir a mejorar las condiciones de vida de la colectividad, mediante la prestación de

servicios adecuados a las necesidades reales de la población, la producción de conocimientos y la formación de recursos humanos necesarios en un determinado contexto de la práctica de los servicios de salud y de la enseñanza". (7)

En ese sentido, la Univalle como institución educativa a nivel superior junto al HUV como institución prestadora de servicios de salud, han aunado esfuerzos en la búsqueda de mecanismos de conexión entre la formación del profesional de enfermería y las necesidades de los servicios que, a su vez, respondan a las necesidades del sujeto de cuidado, dando como resultado un modelo funcional que facilite el desarrollo de la docencia y la práctica de enfermería en los campos clínicos hospitalarios.

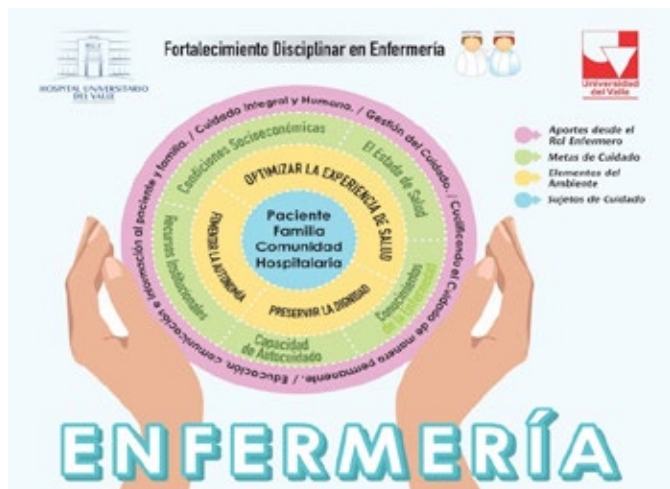
El Modelo Funcional de Cuidado creado en la alianza docencia asistencia entre el HUV y la EEUV con la participación de los actores involucrados (usuarios de los servicios, estudiantes y profesionales de enfermería) mostró que el centro es y debe ser la persona a la cual va dirigido el cuidado. No obstante, uno de los elementos singulares de este hallazgo es que además del paciente al cual va dirigido el cuidado se identificaron como sujetos de cuidado a la familia y a la comunidad hospitalaria. Este hallazgo, por supuesto no exime de la influencia que dicha relación pueda tener en la persona que cuida como acción recíproca del acto de cuidar (8)

Trabajar en la alianza permitió tener más claro el papel de los profesionales de enfermería de la institución de salud como copartícipes del proceso de formación de los estudiantes de la EEUV y a su vez, desde la mirada docente, se pudieron evidenciar las responsabilidades inherentes a participar en la mejora del cuidado a partir de la misma experiencia docente.

De ahí que la práctica de enfermería como punto de encuentro entre sus componentes disciplinares y profesionales se constituyan actualmente como una tendencia de trabajo interdependiente entre estos dos escenarios (1,9).

El trabajo interdependiente debe ser alimentado muy especialmente mediante la creación y mantenimiento de espacios como el de la mesa de docencia servicio que funciona desde hace cuatro años y mediante la cual se estimulan actitudes de pregunta - reflexión frente a las realidades que surjan en el escenario académico y asistencial (10).

Los elementos emanados del modelo se orientaron especialmente en tres aspectos: Optimizar la experiencia de salud, fomentar la autonomía y preservar la dignidad humana. Dichos elementos coincidieron precisamente en los postulados de los planes estratégicos de la institución prestadora de servicio y se articularon estrechamente con el plan de acción de la EEUV (11). Por ejemplo, la línea 4 del plan estratégico del HUV denominada *Fortalecimiento y Control de la relación Docencia Servicio* en sus aspectos gerencia de las relaciones docencia servicio e Investigación y la línea 5 del mismo plan y relativa a la Acreditación Institucional, que incluye la atención con enfoque en usuario y su familia centrado en la humanización y la transformación cultural fueron vertebrales para que el modelo de cuidado tuviera coherencia con los derroteros establecidos por la Institución prestadora del servicio (12,13).



Con esta base, el modelo funcional de cuidado guía la práctica de enfermería para que el paciente, su familia y en general, la comunidad hospitalaria sujeto de cuidado reciban un trato digno que involucre el respeto, el afecto y la actitud de escucha por parte del personal de enfermería; de igual manera, el modelo insta para que se continúe trabajando en la unificación de criterios para brindar el cuidado; en el trabajo mancomunado para favorecer la formación de los estudiantes y la gestión del cuidado y finalmente, para desarrollar investigación disciplinar orientada hacia la gestión del cuidado, la pedagogía del cuidado y el autocuidado (14).

Con esa perspectiva, el modelo guía la práctica y los profesionales de enfermería pueden articular el impacto del cuidado en términos de tomar decisiones de manera autónoma, favorecer la identidad profesional, la satisfacción del trabajo, el cuidado de alta calidad y los resultados del mismo en los sujetos de cuidado (14).

REFERENCIAS

- 1 Alarcón A., Barrera L.; Carreño S., Carrillo M., Farías R., González G., Sánchez B., Santamaría N. Desarrollo de un modelo funcional de cuidado de enfermería en cáncer. Invest. educ. enferme. Vol. 32 No 2. Medellín 2014
- 2 Bausela E. La docencia a través de la investigación-acción. Revista Iberoamericana de Educación. (issn: 1681-5653).
- 3 Universidad del Valle 2004. Proyecto de Desarrollo Disciplinar. Cali. Universidad del Valle, Escuela de Enfermería. Grupo Desarrollo Disciplinar
- 4 Fundación Santa Fe de Bogotá. 2015. Modelo de Práctica Profesional en Enfermería. Documento interno. Dirección Enfermería.
- 5 Chamberlain B; Bersick E; Cole D; Craig J; Cummins DM; Hascup V; et al. Practice models: A concept analysis. Nursing Management, 2013, October 16-18.
- 6 Universidad de la Sabana. 2015. Abordaje para el avance de alianzas docencia servicio en Enfermería. Facultad de Enfermería y Rehabilitación. Bogotá. Documento interno.
- 7 Soto Paz, García A. Impacto de un modelo de integración docente asistencial en la formación profesional y el campo clínico. Cienc. Enferm. Vol. 17 No3 Concepción diciembre 2011.

CONCLUSIONES

- Las experiencias vividas por las enfermeras que participaron en la asistencia y docencia en el Hospital, son fuente de información valiosa que amplía el conocimiento de los enfermeros, al identificar conceptos claves y coherentes con las acciones de cuidado que se desarrollan en la Institución.
- Se destaca la trascendencia que para la enfermera de servicio tiene la participación de la academia a través de sus estudiantes y docentes para la profesión de enfermería, aspectos que reafirman la importancia del modelo funcional de cuidado de enfermería que en su implementación favorecerá los desarrollos planteados por el Hospital Universitario del Valle, en sus líneas estratégicas, descritas dentro de su plan de desarrollo.
- Al establecer las relaciones entre los conceptos centrales identificados por las enfermeras, definir los pilares del cuidado de Enfermería en el HUV y articularlos con los recursos con que cuenta la Institución, es posible afirmar que el Modelo Funcional de Cuidado creado en la alianza docencia asistencia entre el Hospital Universitario del Valle y la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, es viable en sus desarrollos e implementación, contribuyendo a la transformación de las prácticas de Cuidado de Enfermería.

- 8 Watson J. Intentionally and caring- Healing Consciousness: A practice of Transpersonal Nursing. Journal of Holistic Nursing Practice, 16(4), 12-19.
- 9 Duran de Villalobos MM. Marco epistemológico de la Enfermería. Aquichán 2(1), 7-18. 2002.
- 10 Argote LA, Burbano C, Santamaría C. El desarrollo disciplinar en enfermería. Programa editorial Univalle. Cali 2017. 112p.
- 11 Universidad del Valle. 2017. Plan estratégico para el desarrollo del Modelo Funcional en Enfermería HUV-Univalle. Dirección Escuela de Enfermería. Documento Interno
- 12 Plan de Desarrollo 2017 – 2019. Hospital Universitario Evaristo García E.S.E. Oficina de Planeación y Comité Directivo.
- 13 Universidad del Valle. Plan de Desarrollo de la Facultad de Salud 2012-2030. Recuperado http://uvsalud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/plan_de_desarrollo_2012_2030.pdf
- 14 Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería - Acofaen. 2014 Modelos y teorías. Lineamientos básicos para la enseñanza del componente disciplinar de Enfermería. Acofaen. Bogotá: Ricmel Impresores.

MODELO FUNCIONAL: COMPROMETIDOS CON LA CIENCIA Y EL ARTE DEL CUIDADO HUMANIZADO

FUNDACIÓN VALLE DEL LILI
ESCUELA DE ENFERMERÍA UNIVERSIDAD
DEL VALLE

Sofía Helena Barbato H. ¹

Sandra María Calvo H. ²

Elsa Yolanda Carvajal H. ³

Melva Patricia Ocampo G. ⁴

Lina Marcela Raigosa B. ⁵

RESUMEN

Objetivo. Describir el modelo funcional de cuidado de Enfermería en la Fundación Valle del Lili (FVL).

Metodología: La alianza docencia-servicio FVL – Escuela de Enfermería Universidad del Valle (EEUV), con base en investigación acción, vinculando enfermeras, pacientes, familiares y profesionales de otras disciplinas realizó descripción del modelo.

Resultados: En FVL Enfermería es definida como la disciplina que centra su atención en el cuidado a las personas, basada en principios de calidad humana, ética y científica a través de sus diferentes roles asistencial, administrativo, investigativo y docente. Cuidado es conceptualizado como el bienestar integral del ser humano, en el cual se establece una relación recíproca basada en el reconocimiento de la dignidad humana de todos sus actores.

Conclusión: El modelo emergente “Comprometidos con la ciencia y el arte del cuidado humanizado” representa el ejercicio de enfermería en la FVL. La reflexión continua y gestión facilitarán su fortalecimiento y la proyección disciplinar permanente.

Palabras clave: Modelos de enfermería. Atención de enfermería. Teoría de Enfermería. Humanización de la atención. Liderazgo. Enfermería. (DeCS)

ABSTRACT

Objective: Describe the functional model of nursing care in the Valle del Lili Foundation (FVL).

Methodology: The teaching-service partnership FVL – University of Valle School of Nursing, based on action research, linking nurses, patients, relatives and professionals from other disciplines, made the description of the model.

Results: In FVL Nursing is defined as the discipline that focuses its attention on caring for people, based on principles of human, ethical and scientific quality through its different roles of care, administrative, research and teaching. Care is conceptualized as the integral well-being of the human being, in which a reciprocal relationship is established based on the recognition of the human dignity of all its actors.

Conclusion: The emerging model “Committed to the science and art of humanized care” represents the nursing practice in the FVL. The continuous reflection and management will facilitate its strengthening and the permanent disciplinary projection

Keywords: Nursing models. Nursing care. Nursing theory. Humanization of attention. Leadership. Nursing. (DeCS)

¹ Enfermera, Especialista en Higiene y Seguridad Industrial, Universidad Autónoma. Docente contratista. Universidad del Valle. Cali sofiahb@gmail.com

² Enfermera, Especialista en Administración Salud, Universidad Javeriana. Coordinadora Asistencial Fundación Valle del Lili. Cali. sandra.calvo@fvL.org.co

³ Enfermera, Mg Enfermería Pediátrica Pontificia Universidad Javeriana. elsayolandacarvajal@gmail.com

⁴ Enfermera, Mg Enfermería, Universidad del Valle. Profesora Titular Escuela de Enfermería. Universidad del Valle. Cali. melva.ocampo@correounivalle.edu.co

⁵ Enfermera, Mg Gerencia de Servicios de Salud, Universidad Libre. Coordinadora Asistencial Fundación Valle del Lili. Cali. lina.raigosa@fvL.org.co

INTRODUCCIÓN

El concepto alianza es definido por la real academia de la lengua, como la unión de personas que deciden trabajar por un mismo fin. La alianza docencia – servicio es una estrategia a través de la cual la academia y las instituciones prestadoras de servicios de salud, han buscado la cualificación y el fortalecimiento disciplinar de Enfermería promoviendo la articulación teoría-práctica.

Una de las herramientas que apoyan dicho proceso, es la definición de modelos funcionales o prácticos de Enfermería(1-2), estos son constructos que promueven la actuación del recurso humano enfermero de una institución con base en los referentes filosóficos y teóricos disciplinares, de manera que orienten y respalden el ejercicio profesional articulado con la plataforma estratégica de la organización su misión, visión y metas. Garantizando el uso de un lenguaje común, la similitud en comprensión y expresión del metaparadigma enfermero; promoviendo el pensamiento crítico, la gestión del cuidado, la costo-efectividad, la identidad y la proyección profesional en la institución.

Este artículo documenta el trabajo desarrollado en alianza docencia servicio FVL- EEUV en torno a la recolección de información, análisis y posterior descripción del modelo funcional de enfermería en la institución prestadora de salud.

Antecedentes

Durante 2009-10 la EEUV y FVL desarrollaron durante 14 meses un plan de trabajo buscando la implementación de la teoría de "Cuidado Humano" de MJ Watson. Con el trabajo vivencial de esa época se sembró la semilla para acercar el discurso filosófico y teórico de enfermería a la práctica clínica. Durante los años posteriores, la FVL a través de diversas actividades institucionales continuó alimentando este acercamiento.

En 2015 un grupo de enfermeras reflexionando sobre la importancia de fortalecer la disciplina acentuando la evidencia de la relación teoría – práctica, decidieron aunar esfuerzos y diseñar estrategias que apoyaran dicho objetivo. Surgió así el primer diplomado "Alianza Docencia - Servicio para la implementación de modelos de cuidado de enfermería".

Descripción Modelo Funcional en FVL.

Durante el primer semestre del año 2017, la alianza docencia - servicio FVL - EEUV, cursó el diplomado y se concentró en describir el modelo funcional de Enfermería en la institución prestadora de servicios de salud, a partir de análisis de fenómenos cotidianos representados por los comportamientos, prácticas y conceptos del grupo de enfermeras de la institución, en relación con las situaciones de salud de las personas a quienes cuidan, el concepto de cuidado, y las posibilidades personales, familiares y laborales de todos los involucradas en los actos de cuidado.

Inicialmente se identificaron los conceptos meta paradigmáticos de enfermería en la FVL y los supuestos de cuidado basados en la relación entre los elementos del metaparadigma, posteriormente se estableció su relación con la plataforma estratégica institucional.

El trabajo al interior del diplomado, a través de las siete alianzas docencia servicio permitió reorientar esfuerzos para precisar cómo llevar la teoría a la práctica diaria, alimentar el deseo de visibilizar y gestionar el modelo funcional que emergió, empoderar a más profesionales de enfermería como líderes del cuidado, diseñar indicadores de cuidado que hagan visible el cuidado de Enfermería y su aporte disciplinar y social (3-4).

METODOLOGÍA

Alianza Docencia Servicio.

En enero del 2017 un grupo de seis enfermeras de la Fundación Santa Fe de Bogotá y la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, estructuraron el primer diplomado "Alianza Docencia - Servicio para la implementación de modelos de cuidado de enfermería", se conformaron siete alianzas entre instituciones universitarias e instituciones prestadoras de salud en Colombia y se dio inicio a un trabajo teórico práctico que durante seis meses consecutivos y con asesoría individualizada se dio a la tarea de describir el modelo funcional de cuidado en cada una de la instituciones de salud. El proceso se dio en etapas.

Etapas 1. Conformación de la alianza.

Dos enfermeras coordinadoras asistenciales de FVL y dos docentes de la EEUV conforman ésta alianza con la asesoría individualizada de una de las enfermeras gestoras del diplomado, quien tiene experiencia en definición y consolidación del modelo funcional de Enfermería en la Fundación Santa Fe de Bogotá. Con su orientación se llevó a cabo la revisión del marco conceptual de enfermería, así como el acercamiento a experiencias de descripción de modelos funcionales de enfermería en algunas instituciones en Colombia como son la de la Fundación Santa Fe, Clínica Universitaria de la Sabana y el Instituto Nacional de Cancerología.

El enfoque usado para la recolección de la información fue el de Investigación – Acción como fue propuesta por Kurt Lewin y con la caracterización presentada por Kemmis y Mac Taggart (5- 6), ésta metodología de trabajo cooperativo permite la reflexión sistemática sobre la práctica profesional con el objetivo de reconocer procesos, identificar relaciones, comprender la práctica colectiva y transformarla a partir de la participación activa, permanente y coordinada de todos los actores implicados en las propias prácticas, se considera una línea espiral de planeación, acción, observación, reflexión que lleva no sólo a la descripción de prácticas y modelos sino a la comprensión de cómo lo viven los participantes de tal manera que es fácil identificar fortalezas y posibilidades de mejora.

Etapas 2. Recolección de información.

Durante el mes de febrero de 2017 se diseñó una encuesta para enfermería con el propósito de identificar

los elementos del metapadigma desde la comprensión de cada participante. Se aplicó a 89 enfermeras profesionales que laboran en diferentes servicios, en cumplimiento de diferentes roles profesionales, con tiempo de labor en la FVL mayor de un año, amplio rango de edad y diversidad en la formación académica. En un formato claro y sencillo de ocho preguntas, se buscó la definición (en palabras del participante) de cada uno de los elementos metaparadigmáticos. Se indagó a quien dirige el cuidado la enfermera en FVL, cuál es el aporte de enfermería al cuidado, qué es cuidado y cuál es el ambiente en el cual sucede el cuidado. Además se preguntó por los aspectos susceptibles de mejorar en el ejercicio profesional en la institución.

A partir del análisis de las respuestas y en discusión con un grupo de enfermeras y los integrantes de la alianza, se avanzó estableciendo la definición de los cuatro elementos del metapadigma de enfermería en FVL, se identificaron las relaciones y tensiones entre ellos, surgiendo así los supuestos de cuidado que representan a Enfermería en FVL.

Con el propósito de validar internamente la información obtenida, se realizó, con pequeños cambios, la misma encuesta a 36 profesionales de otras disciplinas (Terapia física, terapia respiratoria, nutrición y dietética, bacteriología, química farmacéutica, psicología y trabajo social), encontrando total coherencia entre la visión interna de enfermería con la imagen que tienen de ella las otras profesiones con las que trabaja en el día a día en FVL.

Adicionalmente se aplicaron 60 encuestas a personas hospitalizadas y familiares buscando conocer la imagen que tienen de la Enfermera en la institución y buscando identificar las acciones de cuidado más relevantes para ellos.

A partir de dicho ejercicio, fue necesario realizar grupos focales con personas hospitalizadas y familiares para precisar el significado que ellos le otorgan a los conceptos de comunicación, comportamiento humanizado y educación a paciente y familia, que cobraron relevancia en el ejercicio anteriormente descrito. Participaron 56 personas en total.

Para comprender el panorama presente y las posibilidades de desarrollo de enfermería en FVL, se realizaron entrevistas semiestructuradas a 9 enfermeras quienes se desempeñan en diferentes roles en la institución (asistencial, gerencial, educativo e investigativo). Esta información se consolidó y se analizó con el grupo participante del diplomado identificando cuatro aspectos que tienen la máxima importancia y gobernabilidad, haciéndolos tomar papel protagónico en el plan de fortalecimiento y desarrollo del modelo funcional emergente en la FVL a corto, mediano y largo plazo.

Etapa 3. Descripción del modelo funcional de cuidado de Enfermería en FVL.

Con base en el análisis de la información obtenida se hizo la descripción del modelo funcional de cuidado de Enfermería en la FVL, al cual se le dio el nombre de: "Comprometidos con la ciencia y el arte del cuidado humanizado", por considerar que ésta frase representa Enfermería y a la institución.

Una vez concluida la fase de descripción del modelo y con base en los supuestos teóricos se identificaron las teorías de enfermería con las que hay gran correspondencia.

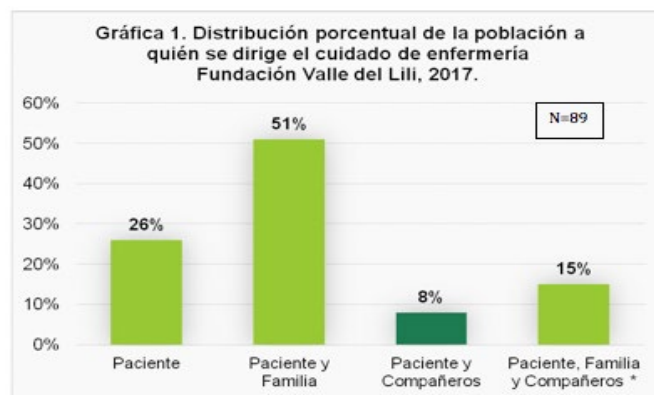
RESULTADOS

Recolección de la información

En relación con el grupo de enfermería encuestado (89 profesionales), se encontró que el 37% tienen vinculación con la Fundación Valle del Lili entre 6 a 10 años; el 32 % entre 1 a 5 años, el 21 % entre 16 a 25 años y el 10% de 11 a 15 años.

El 68 % de los enfermeros tienen una vinculación entre 6 a 25 años lo cual puede evidenciar que institucionalmente se cuenta con un recurso humano comprometido y cualificado que facilita los procesos y cuentan con una cultura de aprendizaje y aporte continuo para el bienestar de los pacientes y de la institución.

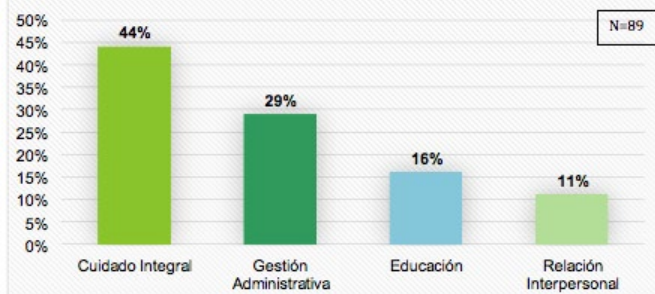
En el grupo de encuestados hubo representación de diferentes roles enfermeros: La subdirección asistencial, jefe del departamento de enfermería, coordinadoras de servicio, enfermeras de programas asistenciales y enfermeras asistenciales.



+

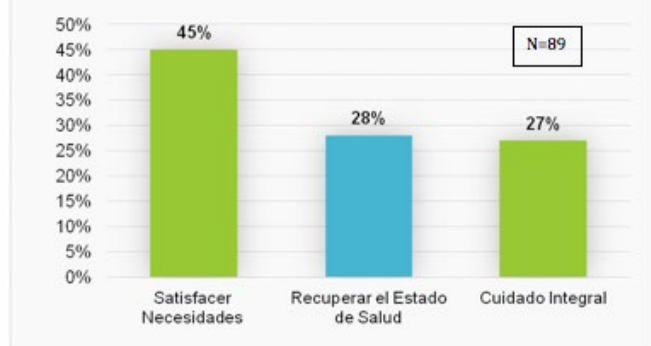
Con base en los resultados obtenidos en relación con la población a la cual el personal de enfermería ofrece sus cuidados, es importante establecer que todos tienen en común que el actor principal es el paciente y observan en la familia el componente más importante para el aporte desde el cuidado.

Gráfica 2. Distribución porcentual de los aportes del cuidado de enfermería Fundación Valle del Lili, 2017.



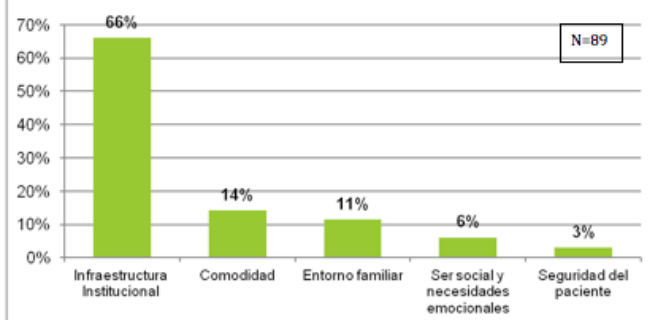
El 44% de los enfermeros encuestados, correspondiente a 39 profesionales consideran que el mayor aporte del cuidado de enfermería está enfocado hacia el cuidado integral lo cual dentro del concepto integral abarca tanto necesidades individuales de salud, administrativas, de seguridad en la atención, entre otros.

Gráfica 3. Distribución porcentual del proposito del cuidado de enfermería Fundación Valle del Lili - 2017



A partir de la percepción de los profesionales de enfermería de la institución, se destaca que su cuidado lo enfocan en identificar y satisfacer las necesidades del paciente. Sin embargo el 55% restante también catalogan la misión de su cuidado enfocada en otros aspectos que coinciden con el bienestar humano.

Gráfica 4. Elementos del ambiente a tener en cuenta para el cuidado de enfermería Fundación Valle del Lili - 2017



Como se expresa en la gráfica 4, el 66% de la población encuestada considera que la infraestructura institucional es un elemento relevante en el momento de cuidar

Validación de la información

Para validar los conceptos Metaparadigmáticos descritos a partir de la información de las enfermeras se aplicaron 60 encuestas a pacientes y familiares y 36 encuestas a profesionales de otras disciplinas, obteniendo los siguientes resultados:

El 40 % de los profesionales de otras disciplinas encuestados en FVL, consideran que el cuidado ofrecido por la enfermera está dirigido al paciente y su familia. El aporte de enfermería lo determinan en recuperar el estado de salud. El 66% de los profesionales estiman que enfermería tiene como meta brindar cuidado integral. Sugieren fortalecer el entrenamiento, la comunicación asertiva, y disponer de mayor tiempo para interactuar con el paciente.

Se consideró relevante validar con los pacientes y familiares los conceptos metaparadigmáticos, finalmente son ellos quienes reciben el cuidado. Su sentir debe ser tenido en cuenta y formar parte de los elementos a analizar al planear la práctica disciplinar. Pacientes y familiares identificaron a las auxiliares de enfermería como sus cuidadores principales, sin embargo identifican a la enfermera en labores de gestión del cuidado, coordinación y supervisión del proceso.

Los pacientes y familiares consideran que el aporte de enfermería a su cuidado es estar pendiente de la mejoría de la situación de salud, enmarcado en un trato amable, respetuoso, facilitando la comunicación entre los integrantes del equipo de salud. Ellos esperan recibir de enfermería siempre buen trato que sea garante del proceso que le permitirá recuperar el bienestar.

Llama la atención la coherencia con los resultados proveniente de las encuestas de las enfermeras y de los profesionales de otras disciplinas.

Con el objetivo de precisar el significado de los conceptos de educación, comunicación y trato humanizado que surgieron, se realizaron tres grupos focales con 20 pacientes, 10 familiares y 26 profesionales de enfermería, a quienes se les hicieron las mismas preguntas.

Tanto los pacientes y familiares como los profesionales de enfermería consideran que la educación debe estar orientada a explicar en forma clara y concisa la situación de salud y el cuidado en casa que fomente el autocuidado y el restablecimiento del bienestar. La comunicación debe privilegiar la escucha generosa y pretende establecer una relación recíproca. Con relación al trato humanizado los tres grupos expresaron debe estar enfocado a la comprensión de la situación, las necesidades del paciente y la familia, sin juzgar, brindando un trato digno y respetuoso.

Descripción del modelo

A partir del análisis de toda la información presentada, se llegó a la descripción del modelo funcional de enfermería en la FVL y al diseño de un plan de fortalecimiento que facilitará la socialización del mismo.

El nombre del modelo: "*Comprometidos con la ciencia y el arte del cuidado humanizado*", se considera una frase que recoge la esencia de la disciplina y que refleja también la plataforma institucional, constituyéndose en un slogan que visibiliza la esencia de enfermería y su aporte en la FVL.

Se presentan los conceptos meta paradigmáticos de Enfermería en la cultura institucional de FVL:

A quien se cuida: Al ser humano en sus dimensiones física, emocional, social y espiritual pudiendo ser un paciente, la familia, compañeros de trabajo y la comunidad.

Enfermería: Es la disciplina que centra su atención en el cuidado de las personas basadas en principios de calidad humana, ética y científica a través de sus diferentes roles asistencial, administrativo, investigativo y docente.

Ambiente: considerado no solo el espacio físico donde se presta el cuidado a las personas sino el ámbito social y cultural relevante teniendo en cuenta la infraestructura, la tecnología y el ambiente laboral donde el trabajo en equipo es un factor fundamental para el proceso de cuidado.

Cuidado: Es el bienestar integral del ser humano, en el cual se establece una relación recíproca basada en el reconocimiento de la dignidad humana.

Al analizar las relaciones y tensiones entre los cuatro elementos metaparadigmáticos, se encontraron 23 supuestos de cuidado que se listan a continuación.

1. Se considera uno de los elementos más importantes de la labor de enfermería la recuperación del estado de salud y la satisfacción de las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de quien se cuida.
2. En la interacción con quien se cuida es fundamental la participación activa de la familia y sus cuidadores con el fin de facilitar el proceso de autocuidado.
3. En la búsqueda del cumplimiento de las metas de cuidado es necesario afianzar el compromiso de quien se cuida, para que se convierta en actor activo de dicho proceso.
4. El cuidado surge de una relación transpersonal basada en la ayuda y la confianza.
5. El cuidado es recíproco, debe afectar positivamente a ambos actores: quien lo presta y quien lo recibe
6. Para garantizar el auto cuidado, la enfermera debe conocer su estado actual, reconocer sus necesidades, desarrollar cualidades y competencias de comunicación y educación.

7. La individualización del cuidado es clave para la obtención de mejores resultados.

8. La comunicación empática debe tener un léxico sencillo, individualizado, que genere confianza y permita la libre expresión de sentimientos y pensamientos por la persona cuidada.

9. El ambiente se considera parte fundamental del proceso de cuidado incluyendo la infraestructura procurando un ambiente cómodo.

10. El entorno familiar del paciente es fundamental en la evaluación de sus necesidades sociales.

11. En la FVL la formación profesional, ha permitido combinar su orientación humanística con los aspectos científicos y la práctica basada en la evidencia.

12. La enfermera debe mantener el compromiso moral de proteger y realzar la dignidad humana.

13. El cuidado debe ser integral por lo tanto considera las necesidades físicas, mentales, emocionales, sociales, espirituales y educativas de a quien se cuida.

14. Los diferentes roles de la enfermera (asistencial, administrativo, educativo, docente, investigativo, abogacía) son reconocidos y valorados en el proceso de cuidado.

15. La comunicación asertiva entre los actores del cuidado es fundamental para lograr las metas de cuidado.

16. La relación de cuidado se da en el ambiente institucional y en el ambulatorio.

17. El alto nivel de exigencia y compromiso institucional favorece el liderazgo y la cualificación del profesional de enfermería.

18. Las características del ambiente promueven el fortalecimiento disciplinar de enfermería en el equipo de trabajo.

19. El ambiente de cuidado debe facilitar la gestión de la enfermera, en sus diferentes roles.

20. La fuerte interiorización de la plataforma estratégica apoya el rol de la enfermera.

22. El cuidado está orientado a ofrecer seguridad en los procesos, acompañamiento y vinculación de la familia, considerando el entorno social y cultural.

23. Ofrecer instalaciones físicas confortables, con equipos seguros y de tecnología de punta, facilitan el cuidado.

Con el modelo descrito encajan muy bien los supuestos teóricos de MJ Watson en su teoría de "Cuidado Humano", Swanson con la teoría de "Cuidado para el Bienestar" y de Leininger "Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales".

Éstas serán el referente teórico que soporte los proyectos de intervención, desarrollo e investigación que en adelante enfermería proponga y desarrolle. La academia tiene el compromiso de acompañar el fortalecimiento en tales sentidos.

Plan de fortalecimiento.

Con el objetivo de diseñar un plan de trabajo a corto, mediano y largo plazo para robustecer el ejercicio disciplinar en FVL, se realizaron entrevistas semiestructuradas a nueve Enfermeros que desempeñan roles estratégicos en las institución (Auditoría, Coordinadores asistenciales, Coordinadores de áreas como el comité de infecciones, comité de seguridad del paciente y comité de vigilancia epidemiológica. Con base en el análisis de los resultados, se priorizaron los siguientes aspectos por fortalecer:

- 1 Contribuir al cuidado integral de las personas a partir de procesos educativos.
- 2 Construir y mantener comportamientos humanizados entre las personas.
- 3 Fortalecer la relación enfermera, paciente, familia y colaboradores a partir de la comunicación.
- 4 Investigación para generar nuevo conocimiento que impacte el cuidado.

Los avances del plan de trabajo deben ser revisados periódicamente, buscando retroalimentación, mantener la motivación y monitorear logros.

DISCUSIÓN

La brecha teoría - práctica es una realidad en el ejercicio de la enfermería en nuestro medio (7). Está determinada por el contexto sociopolítico del país, las políticas del sistema de salud, la legislación vigente en el entorno laboral y las múltiples necesidades que surgen en las instituciones prestadoras de servicios de salud, que en el intento de ser costo eficientes, han propuesto que el profesional de enfermería dedique parte importante de su tiempo a las labores administrativas distanciando la relación enfermera - a quien se cuida.

El modelo es una herramienta que permite fusionar la teoría y la práctica disciplinar; sirviendo de guía para la asistencia clínica, la gestión del cuidado, la investigación y la docencia al unísono en una institución; acortando la brecha entre la formación académica y la práctica asistencial que rompe en muchas ocasiones con la esencia de enfermería (8-12).

El uso de modelos en enfermería ha demostrado de manera incuestionable su utilidad para el fortalecimiento de la práctica asistencial (8,10-13,14). Sus bondades están centradas en ser un marco de referencia que permite a los profesionales afirmar la naturaleza de su profesión, marca la línea de gestión y dirección, guía y unifica los referentes teóricos bajo los cuales todo el equipo de Enfermería actúa, facilita el pensamiento crítico, la

toma de decisiones, hace significativa la comunicación, permite mostrar la gestión del cuidado en términos de indicadores; beneficia al paciente al ofrecer un enfoque sistémico en la práctica y a las instituciones al ofrecer cuidado reconocido por la comunidad y costo-efectivo (13-15).

Tener un modelo de cuidado en FVL permite la estructura de la disciplina en la institución, dar visibilidad a la labor de enfermería, trabajo unificado y coherente facilitando el liderazgo, contribuyendo al cuidado integral de las personas a través de procesos educativos, construyendo y manteniendo comportamientos humanizados entre las personas, nos permite fortalecer la relación enfermera-paciente -familia a través de la comunicación y generando nuevo conocimiento para fortalecer el modelo de cuidado, permitiendo ser un referente en la región y sosteniendo el ejercicio disciplinar en las teorías con las que se identifica plenamente Cuidado Humano (16) (J Watson), Cuidado para el bienestar de K Swanson (17) y Cuidado cultural de M Leininger (18).

CONCLUSIONES

La descripción de un modelo de cuidado, es una estrategia de gran valor disciplinar e institucional, que permite fortalecer el ejercicio profesional, consolidar el cuidado y visibilizar a Enfermería en el mapa organizacional.

Las teorías de MJ Watson, K Swanson y M Leininger son coherentes con el modelo funcional de Enfermería emergente, fortalecen el ejercicio cotidiano dándole soporte teórico y facilitando la creación de indicadores empíricos que harán cada vez más visible el cuidado de enfermería. Estas teóricas deberán ser el referente teórico de toda iniciativa de desarrollo, intervención, educación o investigación de Enfermería en FVL.

La definición del modelo con la participación de un amplio grupo de enfermeras es clave para conocer la conceptualización y percepción disciplinar y de la gestión del cuidado de los profesionales. Es también fundamento para orientar los esfuerzos para cerrar las brechas teoría - práctica.

El proceso de recolección de la información involucrando a todos los actores del cuidado, habilita un espacio de acercamiento y confianza que permite la identificación de aquellos detalles que deben ser tenidos en cuenta para fortalecer el quehacer diario de enfermería, es una manera de asegurar que todos están dándole el mismo significado y relevancia a los conceptos.

Levantar el modelo funcional permitió reconocer el gran liderazgo de enfermería en la FVL en los diversos roles, no solamente en el asistencial.

Se ratifica la comunicación como un elemento fundamental en la gestión del cuidado de enfermería, que debe ser trabajado de manera sistemática y continua para lograr una comunicación asertiva, consolidando la relación en doble sentido de todos los actores (a quien se cuida, familia, compañeros de trabajo y comunidad).

La alianza docencia – servicio pone en evidencia la necesidad de desarrollar investigación en enfermería, como un pilar fundamental para la disciplina, la academia y la Institución de Salud, constituyéndose en una estrategia de fortalecimiento y construcción de conocimiento a partir de la evidencia para mejorar prácticas enfermeras. La investigación nace en la práctica y sus respuestas deben regresar a la práctica para nutrirla y fortalecerla, cerrando el círculo docencia – servicio.

RECOMENDACIONES

Ampliar y consolidar un grupo de trabajo docencia-servicio que de continuidad a mediano y largo plazo al proceso de fortalecimiento del modelo de cuidado de Enfermería en FVL.

Articular los indicadores de cuidado definidos en el modelo con los objetivos estratégicos de la institución, para garantizar el fortalecimiento.

REFERENCIAS

- 1 Wimpenny P. The meaning of models of nursing to practicing nurses. *J Adv Nus.* 2002; 40(3):346-54.
- 2 Sánchez B. Utilidad de los modelos conceptuales en la práctica de enfermería. *El Arte y la Ciencia del Cuidado.* Bogotá: Unibiblos; 2002.
- 3 Alarcón AM, Barrera OL, Carreño SP, Carrillo GM, Farías RE, González G, Sánchez HB, Santamaría N. Desarrollo de un modelo funcional de cuidado de enfermería en cáncer. *Investigación y Educación en Enfermería.* 2014; 32(2): 206-215.
- 4 Moreno FM. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. *Aquichán.* 2005; 5(1): 44-55.
- 5 Bausela E. La docencia a través de la investigación-acción revista iberoamericana de educación (issn: 1681-5653)
- 6 Kemmis S, McTaggart R. *Cómo planificar la investigación-acción.* 2017,(11)
- 7 Miro´ BM. Los modelos conceptuales, una estrategia de poder con implicaciones profesionales. *Enferm Clin.* 2010;20(6):360-365
- 8 López PM, Santos RS, Varez PS, Abril SD, Rocabert LM, Ruiz M M, Mañé BN. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial Unidad de Hemodiálisis. Corporació Sanitària del Parc Taulí (CSPT). Sabadell. Barcelona. España. *Enferm Clin.* 2006;16(4):218-21
- 9 Sancho CD, Prieto CL. Teorías y modelos en la práctica enfermera. ¿Un binomio imposible?. *Enfermería Global.* 2012; 27(): 292 - 298.
- 10 Soto FP, García A. Impacto de un modelo de integración docente asistencial en la formación profesional y el campo clínico. *Ciencia y Enfermería.* 2011; 27(3): 51-68.
- 11 Mesquita ME, Lopes MV, Carvalho FA, Teixeira LF, Barbosa IV. Teorías de enfermería: importancia de la correcta aplicación de los conceptos. *Enferm. glob.* 2009; (17). Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300017&lng=es.
- 12 Reyes LJ, Concha JP, Merino EJ. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Ciencia Y Enfermería.* 2007, XIII(1): 45-57.
- 13 Zarate G R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm [Internet].* 2004 [citado 2017 Jun 30] ; 13(44-45): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es.
- 14 Moreno FM. Muñoz de RL. De la teoría de enfermería a la práctica. Experiencias con proyectos de gestión del cuidado. Universidad de la Sabana. Publicaciones unisabana. 2016.
- 15 Kuerten P, Do Prado ML. Modelo de Cuidado ¿ Qué es y cómo elaborarlo?. *Index de Enfermería.* 2008; 17(2):128-32
- 16 <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.co/2012/06/jean-watson.html> (Jean Watson)
- 17 Wojnar D. Kristen Swanson: Teoría de los Cuidados. In: Elsevier, editor. *Modelos y teorías en enfermería.* Sexta ed. Madrid. España: 2007. p. 766
- 18 http://www.geocities.ws/mi_portal_de_enfermeria/Pagina6.html (Madeleine Leininger)

REFLEXIONES DE NUESTROS AUTORES



"La construcción de un modelo de practica profesional es una gran aporte para la disciplina y para la formación de los futuros profesionales, ya que permite orientar el camino para vivir la teoría en la práctica y reconocer el valor del rol que tenemos como principales cuidadores de los pacientes"

Nataly González, Enfermera Coordinadora de cuidado intensivo.
Hospital Universitario de la Universidad Nacional



"La construcción de modelos funcionales fortalece el marco disciplinar de la enfermería, visibiliza nuestro rol y permite impactar en la experiencia de salud que experimenta el sujeto de cuidado, al reconocerlo como alguien diverso y único"

Carmita Anabely Cepeda Chamorro, Enfermera
Universidad del Cauca

"Lo mas destacado de un modelo funcional es reconocer el liderazgo de nuestra profesión para tomar decisiones con nuestros pacientes y para valorar que sabemos lo que hacemos y para que lo hacemos"

Mónica María Villalobos Garrido, Enfermera del Hospital
Universitario del Valle



"Sin duda alguna, los modelos funcionales devuelven al profesional de enfermería visibilidad en las instituciones y fortalecen el vínculo entre la docencia y la asistencia"

Luzmila Hernández, Docente de la Escuela de Enfermería
Universidad del Valle



"Los modelos de enfermería destacan nuestro rol en el equipo multidisciplinario y son una herramienta para la construcción conjunta de conocimiento"

Zuleima Cogollo, Docente Facultad de Enfermería
Universidad de Cartagena





CAMBIOS Y AFECTACIÓN EN LA VIDA DIARIA DEL CUIDADOR DE NIÑOS Y NIÑAS CON ANOMALÍAS CONGÉNITAS E INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE SALUD

Changes and effects on the daily life of caregivers of children with congenital anomalies and interventions of health care teams

Doris Amparo Parada Rico¹

Grecia Alejandra Rivera Cuéllar²

Yulieth Maritza Peña Hernández³

RESUMEN

Las anomalías congénitas se convierten en eventos que requieren del cuidado tanto del equipo de salud inicialmente en el periodo neonatal, como del de la familia, antes y después del egreso hospitalario. Esto se prolonga e intensifica con el paso del tiempo, confluyendo en sobrecarga y afectando diversas áreas de la vida en los cuidadores. Se hizo una revisión sistemática con búsqueda en bases de datos científicas de contenido y rigor metodológico. Los resultados arrojan que la carga del cuidado afecta las áreas física y psicológica, así como el grado de independencia y relaciones sociales. Por lo anterior, es prioritario el apoyo del equipo de salud para esta tarea. Se concluye que el cuidador de este grupo de pacientes encuentra motivos para trabajar sin descanso en busca de mejorar la calidad de vida de sus hijos aún en detrimento de la propia. Existen aspectos que aumentan o disminuyen su carga, entre los cuales no hay evidencia suficiente de que el sistema de salud de manera formal realice acciones dirigidas a este grupo de cuidadores para su atención y apoyo.

Palabras clave: cuidadores, familia, atención no remunerada, anomalías congénitas.

Abstract

Congenital anomalies not only require the efforts of a health care team in the initial neonatal period, but require care from the family before and after hospital discharge of the infant. The need for care is prolonged and intensifies over time resulting converging in overload that can affect various areas of the lives of caregivers. A systematic review was conducted in high quality scientific databases. The results show that the burden of care affects caregivers physically, psychologically and socially including effects on the degree of independence of a care giver. Support from a health care team for caregivers becomes a priority. One conclusion is that caregivers for this group of patients find reasons to work tirelessly to improve the quality of life of their children, even to the detriment of their own lives. The weight of their burdens can be decreased or increased depending on various factors among which is the role of the. There is insufficient evidence that the health care system carries out actions directed toward providing care and support to this group of caregivers in any formal way.

Key words: caregivers, family, unpaid care, congenital anomalies

¹ Enfermera MSc. materno-perinatal, profesora asistente en Universidad Francisco de Paula Santander (Cúcuta, Colombia), miembro del Grupo de Investigación en Salud Pública y de la Sociedad Colombiana de Neonatología. Correo electrónico: dorisparada@ufps.edu.co

² Enfermera Universidad Francisco de Paula Santander (Cúcuta, Colombia).

³ Enfermera Universidad Francisco de Paula Santander (Cúcuta, Colombia).

INTRODUCCIÓN

Las anomalías congénitas, también denominadas defectos de nacimiento o trastornos congénitos, son condiciones potencialmente patológicas que surgen en el periodo prenatal debido a múltiples factores, resultando difícil identificar su causa (1, 2). Aproximadamente, en el mundo las anomalías congénitas afectan a uno de cada 33 lactantes y causan 3,2 millones de discapacidades permanentes y 270 000 muertes durante los primeros 28 días de vida (3).

En Colombia las enfermedades genéticas tienen una frecuencia que oscila entre 37,3 y 52,8 por cada mil habitantes (4), la mayoría de estas son anomalías graves que tienen un alto riesgo de discapacidad, las cuales, a pesar de la intervención pueden desarrollar incapacidad permanente (5).

Las anomalías congénitas se consideran un problema de salud pública (6) que genera un impacto significativo no solo en los directamente afectados, quienes urgen de asistencia permanente, sino también en sus familias, la sociedad y los sistemas de salud (7). En este sentido, la familia se constituye como la principal prestadora de cuidados en vista de la minoritaria participación del sistema de salud en el cuidado continuado de estos niños.

Se estima que la mitad de los cuidadores de niños y niñas con estas complicaciones, está prestando atención a sus hijos o hijas, proporcionando cerca de once horas más por semana que los cuidadores de personas de 18 años o más (8). Estos datos suponen que los cuidadores de niños experimentan una carga de cuidado intensa, lo que genera además desigualdad de género, pues son las mujeres quienes por la construcción social del cuidado y de la maternidad, las que en más alta proporción brindan estos cuidados (9,10).

La genética clínica se ha desarrollado predominantemente con un enfoque médico, por lo que se descuida el impacto físico, mental y social que la patología de origen genético tiene en los individuos y su familia (11), por lo que existe un gran interés por este último aspecto en el que investigadores han logrado medir la sobrecarga del cuidador en personas con diferentes condiciones de salud en diversos contextos.

Sin embargo, surge el interrogante: ¿cuáles son los aspectos en la vida del cuidador de niños y niñas con anomalía congénita que se afectan durante la ejecución de esta tarea del cuidado y cómo aporta el equipo de salud a este cuidador? Por tal motivo, el propósito de este artículo va más allá de la conceptualización de carga y se pretende analizar el impacto en la vida diaria del cuidado informal, identificando las dimensiones afectadas en el cuidador y el análisis del aporte del



equipo de salud en esta actividad de cuidado. Lo anterior sirve de base para construir y deconstruir las estrategias de acompañamiento y soporte, que desde la enfermería se han diseñado para el cuidador de niños y niñas con anomalías congénitas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática de la literatura a través del servicio de biblioteca virtual de la Universidad Francisco de Paula Santander (Cúcuta, Colombia), allí se tuvo acceso a bases de datos por suscripción como Nursing@Ovid, ProQuest, ScienceDirect y Scopus; y de libre acceso como Dialnet, PubMed, SciELO, Redalyc, Latindex, LILACS y Free Medical Journals.

En la búsqueda se utilizaron palabras clave como anomalía congénita, cuidadores familiares, cuidado informal, sobrecarga de cuidado, afrontamiento, apoyo social y calidad de vida. Se identificaron cincuenta estudios que se clasificaron según su origen, tipo de estudio, metodología, objetivo, conclusiones y resultados. Seguidamente, para la construcción de este artículo se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivo general

Analizar el impacto en la vida diaria del cuidador informal de niños y niñas con anomalías congénitas y el aporte del equipo de salud en la disminución de su carga.

Objetivos específicos

- Caracterizar al cuidador informal de niños y niñas con anomalías congénitas según variables sociodemográficas.
- Identificar las áreas afectadas por la carga del cuidado en el cuidador informal de niños y niñas con anomalías congénitas.
- Determinar el aporte del equipo de salud en la disminución de la carga del cuidador informal de niños y niñas con anomalías congénitas.

RESULTADOS

¿Quién es el cuidador informal?

Robledillo y Moya (10) refieren que el cuidado informal puede definirse como la prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen. Se caracteriza además por realizarse mediante un compromiso de cierta permanencia o duración y no de manera ocasional. Según Calvente et al. (9) y las Naciones Unidas junto a la Cepal (12) este tipo de cuidado se basa en relaciones afectivas y de parentesco y pertenece al terreno de lo privado tratándose de "asuntos familiares", aspectos que dificultan su visibilidad y reconocimiento en la sociedad.

De acuerdo con lo anterior, sin duda se piensa en la familia como la principal prestadora de cuidados, al ser esta una de las instituciones sociales más tradicionales, como lo expresan Vaquiro y Stieповich (13) "la familia es considerada como un sistema y una unidad cuya socialización e interacción mutua afecta en mayor o en menor grado a cada uno de sus miembros; donde uno de ellos asume el rol de cuidadora/or principal en caso de discapacidad o limitación" (10-11).

En cuanto al perfil sociodemográfico de los cuidadores de niños con anomalías congénitas, se encontró variabilidad respecto al estado civil, nivel de educación y estrato socioeconómico, no obstante una variable en la que los estudios concurren es la de género, son las mujeres las principales cuidadoras (14, 15, 16, 17, 18, 19, 20).

En cuanto a la ocupación, se halló que en la mayoría de casos los cuidadores no se están vinculados a alguna actividad laboral, Bódalo (21) argumentó que un 89 % de estos cuidadores no efectúa alguna actividad laboral remunerada. Montalvo et al. (7) refieren que solo un 15 % la realiza y, Coletto y Câmara (22) identificaron un 5 % de cuidadores con relaciones de trabajo.

Impacto en la calidad de vida y medición de carga del cuidado

En el año 1974 Freudenberguer, citado por Zambrano y Ceballos (23) describió por primera vez el concepto de carga como el agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. Además, se enlaza con dificultades en la salud física como consecuencia de una acumulación de estresores frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación.

A partir de 1980 Zarit, Reevey y Bach-Peterson introducen el término de sobrecarga como el grado en que la persona cuidadora percibe que el cuidado ha influido sobre diferentes aspectos de su salud y su vida social, personal y económica (24), hallando que entre mayor sea la sobrecarga, el deterioro de la salud mental, social y física del cuidador se presenta con más frecuencia, lo cual se incrementa cuando se requiere atención a un miembro de la familia recién nacido, como lo refieren diversos autores (25, 26).

Con el fin de determinar el impacto de la carga del cuidado en la vida de los cuidadores informales, se han diseñado diversos instrumentos de medición, como los identificados por Barrera, Sánchez y Carrillo (27): la escala de impacto en la familia, el índice de resistencia familiar, la escala de la estimación del cuidado y la entrevista de carga del cuidador de Zarit (27, 28).

No obstante, De la Cuesta (29) debate que el concepto de carga del cuidado tiende a estudiarse con un enfoque epidemiológico de riesgo y a través de modelos de manejo de estrés y de afrontamiento, dejando a un lado los aspectos positivos del cuidado; por lo tanto, expresa que el cuidado en sí mismo no produce la morbilidad reportada, sino los asuntos étnicos, culturales, de género y sociales que intervienen en esta carga (29).

De acuerdo con la evidencia y aplicación de las escalas de medición para valorar los efectos de la carga del cuidado en los diferentes aspectos del ser del cuidador, la Organización Mundial de la Salud en 2005 (30) elaboró una clasificación según afectación en las siguientes áreas: física, psicológica, grado de independencia y relaciones sociales.

Se considera entonces que en el área de salud física del cuidador, asumiendo tareas de atención personal e instrumental, se podrían manifestar síntomas como el cansancio crónico, dolores de espalda, tensión muscular y falta de sueño, entre otros (21). Que se observan en resultados como los obtenidos por Romero, et al. (31) en los que se identificó que en 32,7 % de cuidadores de niños con cardiopatías congénitas, se presentaron alteraciones en su dimensión física.

Por otra parte, esta carga de cuidado conlleva postergar el uso de atención profesional hasta verse verdaderamente afectados, llegando en muchos casos a automedicarse (18); utilizando para esto fármacos como antiinflamatorios, analgésicos y uso de psicotrópicos (21).

Con respecto al área psicológica, los cuidadores advierten importantes alteraciones y reconocen haber experimentado cambios, los cuales para algunos son significativos (11, 14). Referente al grado de independencia, las madres trabajadoras reportaron mayores limitaciones en sus actividades laborales como tener que renunciar o cambiar de trabajo (11), lo que incrementa la percepción de carga y estados de sufrimiento por atender a sus hijos/as (32, 33).

En último lugar, el impacto en las relaciones sociales es otro aspecto relevante hallado en las investigaciones, incluyendo cambios en la dinámica de las relaciones familiares (21). Por ejemplo, se aprecia en el estudio de De León (34) que a partir del nacimiento del (la) niño/a la relación de pareja se afectó en dirección negativa en un 22 %. Teniendo que siete de diez parejas terminaron su vínculo, lo cual es contraproducente, puesto que está demostrado que para esta labor se requiere del apoyo familiar.

Por su parte Díaz y Rodríguez (35) describieron que los cuidadores familiares de niños con cardiopatías congénitas perciben un mayor apoyo social, pues establecen una mejor relación con la familia y amigos, a pesar de que invierten más horas para el cuidado de su hijo/a. Se hacen presentes las redes de apoyo en las que se permite expresar sus sentimientos, preocupaciones y necesidades. Dentro de estos grupos se encuentra que en su mayoría son amigos, vecinos y personas externas a la familia (33, 36).

En síntesis, el cuidador informal experimenta cambios en todas las áreas de su ser que se manifiestan en diferentes grados de percepción de carga en el cuidado. Emplean recursos de acuerdo con su contexto y maneras de afrontar las tareas de cuidar de otro; soportan el estrés y la frustración, pero siempre logran retomar fuerzas para continuar cuidando (29).



Equipo de salud y soporte que minimice la carga de cuidado

El sector salud es uno de los principales organismos para dar solución a las necesidades de los cuidadores informales, sin embargo en este se evidencian barreras como el trato deshumanizado, el inadecuado sistema de información, las debilidades en el apoyo profesional y servicios especializados, el escaso apoyo psicológico y la baja prioridad asignada (37, 38, 39).

Cruz et al. (32) infieren que como en otras discapacidades de la niñez, las necesidades más importantes para cuidadores durante el periodo del diagnóstico son de información, de servicios educativos y sociales, apoyo emocional, construcción de redes sociales formales e informales y de grupos de ayuda, identificando a su vez la relevancia que dan las madres al uso de un lenguaje claro y no técnico acerca de la enfermedad que tiene su hijo/a, así como de recibir información oportunamente para iniciar el proceso de adaptación.

Se identifica además que el abordaje del equipo de salud a este cuidado es incipiente, pues aún se carece de una adecuada fuente o estrategia para entregar conocimientos claros y oportunos (37). A este déficit de información se añade el trato insensible de los profesionales de salud en el momento de transmitir asuntos que se vinculan con la salud del niño o niña (40).

Otro aspecto se asocia con que la información suministrada debe ir más allá de la transmisión de conocimientos sobre el cuidado del infante, también debe incluir la atención de la propia salud del cuidador. Martínez et al. (18) refieren que el 79,5% de cuidadores reportó haber recibido entrenamiento sobre el tipo de cuidados que debían llevar a cabo en casa, aunque solo 37,5% declaró haber sido informado sobre cómo atender su propia salud.

Es por esto que los grupos de atención a cuidadores dirigidos por profesionales, empiezan a destacarse como una estrategia efectiva para aliviar la carga del cuidado, que se enfatiza en la promoción de habilidades y el apoyo psicológico al cuidador informal. Es así como la potenciación de habilidades de cuidado va a incidir en la disminución de la percepción de carga en las madres y padres (33).

Se constata que los cuidadores informales de niños y niñas con anomalía congénita –quienes reciben información y asesoramiento por parte de los profesionales de la salud acerca del problema de su hijo/a– tienden a tomarlo de una manera más positiva. Si estos servicios son adecuados, pueden constituir un verdadero factor de protección (41) y de resistencia para afrontar las demandas internas y externas relacionadas con la enfermedad del menor (42, 43).

En este sentido, para Pinto et al. (44) "es esencial dar al cuidador herramientas para mejorar su habilidad en términos de incrementar la capacidad de afrontamiento de manera tal que satisfaga las necesidades del niño enfermo, responda a la problemática familiar, mantenga su propia salud y fomente la buena relación cuidador-persona cuidada, reconociendo y estableciendo apoyos formales e informales". Sin olvidar que este cuidador se convierte en un paciente oculto y requiere además de información para su propio cuidado (45). Dentro del equipo de salud, los enfermeros se han convertido en el principal grupo de apoyo de los cuidadores de los niños y niñas con anomalías congénitas (46, 47).

En este contexto, las intervenciones de enfermería deben encaminarse hacia el conocimiento de la enfermedad, sus riesgos, secuelas y estrategias de tratamiento para el paciente, su cuidador y familia (48), de manera que se faciliten recursos para minimizar la sobrecarga física, mental y social (32).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las anomalías congénitas son enfermedades que a pesar de ser prevenibles en el período prenatal mediante intervenciones de salud pública, siguen aportando significativas cifras de morbilidad y mortalidad a las estadísticas mundiales y nacionales que requieren de cuidados permanentes, representados sobre todo por un miembro de la familia que asume la tarea de cuidador principal informal sin preparación inicial y sin contar con una red de apoyo para esta labor.

La prevalencia del género femenino en el cuidado informal tiene una connotación sociocultural, en la que la mujer a través de los años ha sido responsable del bienestar del núcleo familiar en el proceso de salud y enfermedad, disminuyendo la carga del cuidado en el hombre, lo que pone de manifiesto una desigualdad de género (9).

En cuanto a las áreas afectadas por la carga del cuidado en el cuidador informal de niños y niñas con anomalía congénita, los estudios reportaron mayores alteraciones en el área psicológica que en el área física, las cuales afectan su calidad de vida.

En relación con el grado de independencia, se identificó una importante limitación en las actividades laborales principalmente de las madres cuidadoras. Por último, en las relaciones sociales los estudios demuestran un cambio en las relaciones con amigos y familiares.

La influencia del equipo de salud en la carga del cuidador informal de niños y niñas con anomalía congénita se percibe de forma escasa, en especial a través del equipo disciplinar de enfermería. El desarrollo normativo que permite a los cuidadores beneficiarse de una protección social específica es todavía incipiente.

Algunas iniciativas revisadas en Colombia se enfocan en la protección de cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica. En esta misma idea tampoco las medidas de apoyo económico parecen ser suficientes. Finalmente, otro aspecto trascendental que cualquier política de apoyo a cuidadores debería tener en cuenta es la distribución equitativa de las responsabilidades y cargas que supone el cuidado de las personas dependientes entre los diferentes miembros responsables del cuidado, dentro de la familia (49).

Existe un vacío de estudios que relacionen las políticas en Colombia que benefician el rol de cuidador informal, esto denota ausencia de normas establecidas o reguladas en el país. Estas intervenciones por parte del sector salud en cabeza del Estado, deben construirse sobre lineamientos metodológicos como la formulación de políticas públicas que se implementen para guiar las estrategias, los planes nacionales y programas de apoyo a cuidadores.

Se recomienda potencializar la evaluación de las intervenciones, programas y servicios de apoyo a cuidadores mediante estudios que demuestren concretamente el impacto generado; así como rediseñar las estrategias de apoyo a este grupo y la actitud asumida frente al cuidado del cuidador, para el cual el cuidado se construye a través de un vínculo especial entre la persona cuidada y el cuidador (50) que va más allá de sus propias fuerzas y que pasa por alto cualquier necesidad propia para suplir la del "otro cuidado".

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Vázquez V, Torres C, Dueñas A, Vázquez G, Díaz D, De la Rosa R. Malformaciones congénitas en recién nacidos vivos. Medisur [Internet]. 2014 [citado: 9 Abril de 2015];12(1):42-50. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000100006.
- Canals A, Cava G, Nazer J. Factores de riesgo de ocurrencia y gravedad de malformaciones congénitas. Rev. Méd Chile [Internet]. 2014 [citado: 9 Abril de 2015];142(11):1431-1439. doi:10.4067/S0034-98872014001100010
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Anomalías congénitas. Nota descriptiva N° 370. [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 abr. Anomalías congénitas [citado: 8 Abril de 2015]; [6 pantallas] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/es/>
- Bernal J, Suárez F. La carga de la enfermedad genética en Colombia, 1996-2025. Univ Méd Bogotá. 2008. 49(1):12-28.
- Zarante A, Gracia G, Zarante I. Evaluación de factores de riesgo asociados con malformaciones congénitas en el programa de vigilancia epidemiológica de malformaciones congénitas (ECLAMC) en Bogotá entre 2001 y 2010. Univ. Méd. Bogotá. 2012. 53(1):11-25.
- Zarante I, Franco L, López C, Fernández N. Frecuencia de malformaciones congénitas: evaluación y pronóstico de 52.744 nacimientos en tres ciudades colombianas. Biomédica. 2010. 30(1):65-71.
- Montalvo A, Flórez I, Stavro D. Cuidando a cuidadores familiares de niños en situación de discapacidad. Aquichán. 2008. 8(2):197-211.
- National Alliance for Caregiving in collaboration with AARP. Caregivers of children: a focused look at those caring for a child with special needs under the age of 18. Caregiving in the U.S. First companion report. [Internet]. 2009 [citado 2015 Abril]; p. 1-15. Disponible en: http://www.caregiving.org/pdf/research/Report_Caregivers_of_Children_11-12-09.pdf
- Calvente M, García I, Rodríguez M, Eguiguren A. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gac Sanit 2004; 18(Supl 1): 132-9.
- Robledillo A, Moya L. El cuidado informal: una visión actual. Reme. 2012; 1: 22-30.
- Ballesteros B, Novoa N, Muñoz F, Suárez L, Zarante I. Calidad de vida en familias con niños menores de dos años afectados por malformaciones congénitas perspectiva del cuidador principal. Univ. Psychol. Bogotá. 2006 oct/dic; 5(3): 457-73.
- Naciones Unidas (UN), Comisión económica para América Latina y el Caribe (Cepal). Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales [Internet]. Santiago de Chile: UN, Cepal; 2005 [citado 2015 Abril]; No. 46. 373 p. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/6795-politicas-hacia-las-familias-proteccion-e-inclusion-sociales>
- Vaquero S, Stiepvovich J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. Cienc enferm. 2010; 16(2):17-24.
- Martínez L, Robles T, Ramos B, Santiesteban M, García ME, Morales M. et al. Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. Rev. Méx Med Fís Rehabil. 2008; 20: 23-9.
- Carrillo G, Sánchez B, Barrera L. Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de niños y adultos con enfermedad crónica. Index Enferm (Gran) 2014; 23(3):129-133.
- Barrera L, Pinto N, Sánchez B. "Cuidando a los Cuidadores": un programa de apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica. Index Enferm. 2006 jun; 15(52-53): 54-58.
- Mosquera S. Estilos de afrontamiento en madres de hijos e hijas con alteraciones congénitas en Huila-Colombia. [tesis maestría]. Estado de Hidalgo: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2012. 181 p.
- Martínez C, Ramos B, Robles MT, Martínez L, Figueroa C. Carga y dependencia en cuidadores primarios informales de pacientes con parálisis cerebral infantil severa. Psicología y Salud. 2012 jul-dic; 22(2): 275-82.
- Suárez C, Monroy A. Afrontamiento y adaptación de los padres durante el postoperatorio de cardiopatía congénita. Index Enferm. 2012; 21(3):145-9.
- Flórez I, Montalvo A, Herrera A, Romero M. Afectación de los bienestar en cuidadores de niños y adultos con enfermedad crónica. Rev. salud pública. 2010; 12(5): 754-64.
- Bódalo-Lozano E. Cambios en los estilos de vida de las cuidadoras de personas dependientes. Portularia 2010; X(1): 85-97.
- Coletto M, Câmara S. Estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença crônica: o contexto zelador. Diversitas 2009; 5(1): 97-110.
- Zambrano R, Ceballos P. Síndrome de carga del cuidador. Rev. Colomb. Psiquiat. 2007; XXXVI (Suppl 1): 265-395.
- Fernández P, Martínez S, Ortiz N, Carrasco M, Solabarrieta J, Gómez I. Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. Psicothema 2011; 23(3): 388-393.
- López N. Relación entre sobrecarga, ansiedad y depresión con la calidad de vida de cuidadores de niños con discapacidad. Tecnociencia 2014 may-ago; VIII(2): 78-90.
- Parra F, Moncada Z, Oviedo S, Marquina M. Estrés en padres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Alto Riesgo Neonatal. Index Enferm. 2009; 18(1):13-7.
- Barrera L, Sánchez B, Carrillo G. La carga del cuidado en cuidadores de niños con enfermedad crónica. Rev Cub Enfermer 2013 ene-mar; 29(1): 39-47.
- Ramos B, Figueroa C, Rojas R, Alpuche V. Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. Psicología y Salud 2008 jul-dic; 18(2): 237-45.
- De la Cuesta C. El cuidado familiar: una revisión crítica. Invest Educ Enferm. 2009; 27(1): 96-102.
- Cardona D, Agudelo H. Construcción cultural del concepto calidad de vida. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2005; 23(1):79-90.
- Romero E, Montalvo A, Flórez I. Características de los cuidadores de niños con cardiopatías congénitas complejas y su calidad de vida. av. enferm. 2010; XXVIII(1): 39-50.
- Cruz M, Sorroche J, Prados J. Percepción y expectativas de cuidadoras de niños con gran discapacidad. Sobre la atención sanitaria recibida. Index Enferm 2006; 15(54):15-1.
- Araújo C, Dupas G, Mandetta MA. El sufrimiento amenizado con el tiempo: la experiencia de la familia en el cuidado del niño con anomalía congénita. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2009; 17(4): 495-500.
- De León N. Calidad de vida y perspectiva del cuidador en niños con defectos cardiovasculares congénitos. Bioética 2011 ene-abr; 22(1):10-22.
- Díaz E, Rodríguez M. Comparación de la calidad de vida y sobrecarga entre cuidadores primarios de pacientes cardíacos en edad pediátrica y adulta. Rev Mex Enf Cardiol 2014; 22(1):6-12.
- Galindez S. Estrategias de afrontamiento familiar ante el diagnóstico de malformación congénita en la ciudad de Cali. [tesis pregrado]. [Cali]: Universidad de San Buenaventura; 2013. 22 p.
- Buitrago M, Ortiz S, Eslava D. Necesidades generales de los cuidadores de las personas en situación de discapacidad. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo 2010 ene-jun; 12(1): 59-77.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Funciones del sector salud. Centro de Conocimiento en salud pública y desastres [Internet]. Washington: OPS/OMS; [fecha de publicación desconocida]. [citado: 8 de Abril de 2015]; [2 pantallas]. Disponible en: http://www.saludydesastres.info/index.php?option=com_content&view=article&id=325:2-funciones-del-sector-salud&catid=119&Itemid=621&lang=es
- Organización Mundial de la Salud (OMS). ¿Qué es un sistema de salud? [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 [citado: 8 de Abril de 2015]; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
- Suárez F, Ordóñez A, Macheta M. Percepción de las madres con hijos afectados por malformaciones congénitas mayores: necesidad de desarrollo de un sistema de atención apropiado. Estudio cualitativo de grupos focales. Colomb Med. 2009; 40: 85-94.
- González D, Ballesteros N, Serrano M. Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos. Rev. cienc. ciudad. 2012; 9(1):43-53.
- Badillo L, Díaz A, Inca M, Bolaños H. Estrategias de afrontamiento a las reacciones emocionales de los padres de niños con fisura labial, palatina y labiopalatina. Rev enferm Herediana. 2013; 6(1):12-7.
- SungHee N, JongSeri C. Influencing factors on mothers' parenting style of young children at risk for developmental delay in South Korea: the mediating effects of parenting stress. Children and Youth Service Review 2014; 36: 81-9.
- Pinto N, Barrera L, Sánchez B. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los Cuidadores". Aquichán. 2005 jan -dic; 5(1):128-137.
- Delicado U, Candel E, Alfaro A, López A, García C. Interacción de enfermería y cuidadores informales de personas dependientes. Aten Primaria 2004; 33(4):193-9.
- Hernández N, Moreno C, Barragán J. Necesidades de cuidado de la diada cuidador-persona: expectativa de cambio en intervenciones de enfermería. Rev Cuid 2014; 5(2): 748-56.
- Bohórquez V, Castañeda V, Trigos L, Orozco L, Camargo F. Eficacia de la intervención enfermera para cuidadores con cansancio del rol del cuidador. Revista Cubana de Enfermería 2011 sep; 27(3): 210-9.
- Moreno M. El fenómeno de la cronicidad: su impacto en el individuo, en su familia y el cuidado de enfermería. Aquichán 2014 dic; 14(4): 458-9.
- Torres P, Ballesteros E, Sánchez P, Gejo A. Programas, intervenciones y redes informales en salud. Necesidad de convergencia entre los programas. Nursing 2008; 33(6):56-61.
- Chaparro L. Cómo se constituye el "vínculo especial" de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. Aquichán 2011; 11(1):7-22.

EL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

Nursing care and social responsibility

Ruth Beatriz Mora Rojas¹

RESUMEN

Este artículo tiene como propósito revisar concepciones del cuidado de enfermería –pilar fundamental de la profesión–, sus características, función social y responsabilidad del profesional, invitando a la reflexión del quehacer profesional. Para ello se exploraron fuentes de la literatura básica como modelos y teorías en enfermería, las bases argumentativas de la disciplina, parte de los lineamientos de la actual normatividad de la profesión (leyes 266/1996 y 911/2004), haciendo énfasis en el cuidado que respeta la individualidad, las condiciones fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales del sujeto de cuidado, así como también en la responsabilidad del(la) enfermero/a como garante de derechos, mediante el cuidado humanizado en procura del bienestar y seguridad del sujeto, para responder a las demandas que le exige la sociedad.

Palabras clave: cuidado de enfermería, teoría, sujeto de cuidado, responsabilidad.

Abstract

This article reviews conceptions of nursing care, which are fundamental pillars of the profession that govern its characteristics, social functions and responsibilities of the professional and invites reflection on the nature of our professional work. To this end, we explored sources in the basic literature including models and theories of nursing, the argumentative bases of our profession, and current guidelines for the profession including Law 266 of 1996 and Law 911 of 2004. This article emphasizes nursing care that respects the individuality and the physiological, psychological, social, cultural and spiritual conditions of the caregiver as well as the responsibility of the nurse as a guarantor of rights through the humanized care that seeks to provide for the welfare and security of the patient and which responds to the demands of society.

Key words: nursing care, theory, subject of care, responsibility

¹ Enfermera, Especialista en Enfermería Perinatal de la Universidad Nacional de Colombia (Bogotá, Colombia). Especialista en Docencia Universitaria y Magíster en Ciencias de la Educación de la Universidad Libre. Candidata doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia (Bogotá, Colombia) con financiación de Colciencias a través de crédito condonable. (Convocatoria 617 de 2013. Docente Facultad de Enfermería Fundación Universitaria del Área Andina (Bogotá, Colombia). Coordinadora Comité Local de Ética de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería periodo 2011-2013. Magistrada Tribunal Nacional Ético de Enfermería 2010-2014 y 2014-2018. Correspondencia: ruthbeatrizmora@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Este artículo tiene como propósito revisar concepciones del cuidado de enfermería –pilar fundamental de la profesión– desde diversas teorías, sus características, función social y responsabilidades de la disciplina de enfermería, invitando a la reflexión del quehacer profesional.

El cuidado de enfermería es considerado el eje central de la formación y de la práctica profesional, acorde con las disposiciones de la ley 266/1996 (Ley de Enfermería para Colombia) (1) y ley 911/2004 (2). La ley 266 “reglamenta la profesión, define la naturaleza y el propósito, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, los entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación”. Sustenta y delimita el enfoque de formación y la estructuración del currículo.

De otro lado La ley 911/2004 dicta preceptos en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión en Colombia. Esta ley concibe “el acto de cuidado de enfermería, como el ser y esencia del ejercicio de la profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas” (2 pág. 15). El cuidado “se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno” (2 pág. 15). Ello exige sólidos conocimientos y alto compromiso ético y social.

“Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el objeto de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y el cuidado paliativo y acompañar durante el proceso de la muerte con el fin de desarrollar en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas” (2 pág. 15)

Para ello requiere una formación que contemple aspectos científicos, y biotecnológicos, a la vanguardia de los avances de la ciencia y de la tecnología, con énfasis en la construcción de una conciencia ética y social para afrontar los problemas ocasionados por la pobreza, la inequidad, la injusticia, la violencia, y alta sensibilidad frente al dolor y sufrimiento del sujeto de cuidado (3), además de condiciones laborales dignas para desempeñar la labor que se le ha encomendado.

El centro de estudio de la enfermería es el conocimiento del ser humano durante la vida, crecimiento y desarrollo como ser total, único y completo. Para este fin dispone de los modelos conceptuales que incluyen las teorías en el campo de la enfermería y ofrecen el marco de referencia para la práctica profesional. Brindar cuidado con criterios de calidad, implica tener en cuenta la normatividad que la rige y las tesis que describen, establecen y examinan los fenómenos que conforman la práctica de enfermería y que guían el quehacer de la profesión, en el marco de los derechos humanos, que la convierte en defensora de los derechos del sujeto de cuidado, la familia y la comunidad.

CUIDADO DE ENFERMERÍA

Las primeras ideas sobre la enfermería las presenta Florence Nightingale con su teoría del entorno, punto de partida para el desarrollo de otras teorías más recientes como la de Virginia Henderson y Dorothea Orem con la teoría del autocuidado, Callista Roy con sus postulados de la adaptación, Madeleine Leininger con su propuesta del cuidado transcultural y más reciente Martha Rogers con la teoría de los seres humanos unitarios; entre otras teorías. Con ello se pretende aplicar a la práctica su propio campo del conocimiento que respalde sus actuaciones mediante la evidencia científica (4), lo que ha contribuido al desarrollo de la profesión como ciencia y disciplina.

Nightingale a mediados del siglo XIX, (1959) (5) sustenta su teoría en la filosofía sobre la interacción paciente-entorno y los principios y reglas que la deben caracterizar. Es pionera en la búsqueda de un cuerpo de conocimiento propio de la enfermería, del pensamiento científico y ético de la profesión. Organizó la enseñanza y la educación de la profesión, inició la investigación en

enfermería y fue la primera en escribir sobre la disciplina y utilizar la estadística y el concepto de higiene en la profesión. Deja como legado el concepto de “cuidar de uno mismo, del entorno y al paciente”. Afirmaba que para disponer de un “entorno saludable se requería de aire puro, agua pura, alcantarillado eficaz, limpieza y luz”, dando lugar a cambios importantes en la salud pública (5) (6) (7). Estas condiciones sociales del entorno siguen vigentes y son esenciales para mantener y recuperar la salud de la población con la participación de los profesionales de la salud y la intervención del estado.

En 1960 se publica el modelo de Virginia Henderson titulado “Principios básicos de los cuidados de enfermería”, basado en las necesidades y desarrollo humano de Maslow. Sugiere que el (la) enfermero/a tiene una función específica: ayudar al ser humano sano o enfermo en la realización de acciones que contribuyan a su salud o recuperación; acompañarlo en los últimos momentos de su vida y asistirlo para que tenga una muerte tranquila (8) (9).

Esta tesis sostiene que la tarea del (la) enfermero/a es ayudar a las personas a recobrar las condiciones de independencia lo más rápido posible, cuando el estado de salud se los impide. Es considerada como integradora, se enfoca en la satisfacción de necesidades, biológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales, en términos funcionales del individuo enfermo o sano. Sin embargo, se le critica que deja de lado otros aspectos como la prevención de enfermedades, la investigación y la docencia, fuentes de desarrollo de la profesión (8) (9) (10).

En 1970 sor Callista Roy presenta las bases de su teoría denominada "modelo de adaptación". Inspirada en su trabajo en enfermería pediátrica, se dio cuenta de la gran capacidad de adaptación que tenían los niños a cambios físicos y psicológicos ocasionados por la enfermedad, lo que da origen a su tesis (9).

Este modelo se apoya en principios científicos (teoría de sistemas) y filosófico-humanísticos, considera a los seres humanos como sistemas adaptativos holísticos y por lo tanto, tienen la capacidad de adaptarse y crear cambios en el ambiente. Esta capacidad de adaptación está determinada por las demandas de la situación y los recursos internos y externos disponibles de la persona (11). Los mecanismos internos o cognitivo de afrontamiento se refiere a la memoria, el juicio, autoconcepto interdependencia, emociones de la persona y el mecanismo regulador hace referencia a la parte fisiológica y psicosocial (12). Ello exige de enfermería sólidos conocimientos, observación y crítica para comprender los sentimientos y pensamientos del sujeto de cuidado en proceso de adaptación y así gestionar el cuidado acorde con sus particularidades, su contexto y sus recursos disponibles.

Plantea las creencias filosóficas y valores acerca de la enfermería, expresa que los seres humanos son holísticos y trascendentes, es decir, el sujeto busca en la autorrealización una razón de ser para su existencia. Los sujetos de cuidado toman decisiones, resultado de su autodeterminación y, por ende, son autónomos y responsables de los procesos de interacción. Sin embargo sus decisiones y la interacción con su entorno están sujetas a la magnitud de la situación que debe afrontar y a su nivel de adaptación, es decir a las modificaciones que logra realizar para adaptarse a la nueva situación (11).

El ser humano tiene patrones comunes y relaciones integrales que lo identifican como un ser único. La transformación de las personas y del ambiente está creada en la conciencia humana, esto es, en la capacidad que tiene cada uno de interpretar su fuero interno y el medio ambiente en el que vive (11) (13).

Esta teoría invita a concebir al ser humano como un ser holístico, en el que se debe comprender y respetar sus creencias, valores, principios, sentimientos y vivencias, factores que determinarán la forma como afrontará los estímulos del medio. El enfermero/a debe tener presente la capacidad de autodeterminación de la persona y los mecanismos que emplea para lograr la adaptación. Considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto (11).

A principios de la década de los sesenta Madeleine Leininger funda la enfermería transcultural. Propuso el modelo del Sol naciente para ilustrar la teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural. Esta teoría propone que así como las personas en todo el mundo tienen características universales y diversas de acuerdo con su cultura, el cuidado de la salud tiene semejanzas y diferencias según el contexto cultural en que estas se encuentren (14) (15).

Según la autora la enfermería debe establecer un diálogo transcultural con las identidades, medicinas y enfermerías de múltiples culturas. Un diálogo en igualdad, sin renunciar a la riqueza y eficiencia de la enfermería y de la medicina occidental. Por lo tanto, para que el cuidado de enfermería sea eficiente y culturalmente congruente, estas diferencias y semejanzas deben ser identificadas y comprendidas por los profesionales al asistir a las personas, familia y colectivos (14) (15)

Dorothea Orem, 1980 (16) describió lo que llamó "teoría general de enfermería", la cual incluye tres tesis relacionadas entre sí: autocuidado, déficit de autocuidado y teoría de sistemas de enfermería. La teoría del déficit de autocuidado plantea que el rol del (la) enfermero/a consiste en ayudar a realizar acciones que la persona no puede llevar a cabo por sí sola en un determinado momento de la vida. Aborda al individuo



de manera integral y ubica los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano para mejorar su calidad de vida (16).

Hace énfasis en la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar, brindarle apoyo para que pueda proceder por sí misma y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida. Recuperarse o afrontar las consecuencias de la enfermedad, incluyendo las relaciones interpersonales (16) (17) (18) como parte del autocuidado.

Resalta el respeto a la dignidad humana, la tolerancia, veracidad, autonomía y confidencialidad que permiten que el sujeto de cuidado participe en la planeación e implementación de su propio cuidado, si tiene la capacidad para ello, en el marco de los principios éticos de la profesión y de los adelantos científico-técnicos de la modernidad (16) (19).

Sustenta que la enfermería es una acción humana, articulada en sistemas de acción diseñados por enfermeros/as a través de la actividad profesional. Señala además la manera como la enfermería aporta para superar el déficit y recuperar el autocuidado del ser humano. Enlaza las teorías para atender personas con limitaciones de la salud, que afectan el autocuidado o que requieren del cuidado dependiente. Estas acciones se dirigen al sujeto de cuidado, familias o colectivos. También incluye la aplicación de medidas terapéuticas y acciones independientes para la satisfacción de necesidades (16) (20).

La teoría de los seres humanos unitarios propuesta por Martha Rogers en 1983 (21), logra que la enfermería moderna tenga una visión más amplia de los seres humanos y la interacción con su entorno. Considera la autora que la ciencia de la enfermería tiene dos dimensiones principales: la ciencia de la enfermería y la utilización o aplicación de esta ciencia para el mejoramiento del hombre, es decir, la práctica de la enfermería como práctica social. La enfermería incluye el estudio de las relaciones entre enfermeros, sujetos de cuidado y medio ambiente en el contexto de la salud (21) Rogers describe la enfermería como una ciencia y un arte, sugiere que la práctica es la forma como se utiliza el conocimiento de enfermería, es decir la ciencia y el uso creativo de este conocimiento se evidencia en el arte de la práctica (22), para responder a su objetivo de fomentar y promover la salud y el bienestar, buscando el balance y armonía entre el hombre y su entorno. La enfermería debe ser juiciosa y compasiva sin perder la creatividad en cada intervención (21), con el fin de alcanzar el bienestar del sujeto de cuidado, la familia y la comunidad.

Por su parte, concepciones más recientes como la de Evelyn Vásquez (2002) (23 pág. 102) definen el cuidado como "una transacción terapéutica, interpersonal, única y recíproca de orientación presente y futura, que es multidimensional, contextual y refuerza patrones continuos de experiencia, cuyos resultados conllevan

el crecimiento del sujeto de cuidado y del cuidador y potencializa el autocuidado". Es decir el enfermero/a está en la capacidad de dar cuidado de acuerdo a la particularidad del sujeto de cuidado, en cada una de las etapas de su desarrollo, teniendo presente el entorno al que pertenece y las situaciones específicas que se le presentan (23), por lo tanto cada experiencia es una oportunidad de aprendizaje y crecimiento tanto del sujeto de cuidado como del cuidador.

El cuidado implica una estrecha relación cuidador-sujeto de cuidado-familia-entorno-comunidad. Se caracteriza por la necesidad de una atención individual, específica, integral y de calidad. En este sentido Kozier (24) "afirma que para que haya un proceso de reciprocidad interactivo sujeto-sujeto, dos individuos identifican mutuamente objetivos, modos y formas de alcanzarlos" (24 pág. 370).

Dicha relación tiene como finalidad conocer al sujeto de cuidado como un ser con necesidades particulares biológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales, inmerso en un contexto específico, lo que define la forma como experimenta la salud y la enfermedad y en ese reconocimiento de la particularidad cobra sentido el cuidado de enfermería (25 pág. 66)

En el proceso de brindar cuidado, la familia puede cumplir una función preponderante mediante el acompañamiento, afecto y comprensión de la situación, para ello es indispensable que posea ciertos conocimientos, habilidades y recursos. Por lo tanto, debe favorecerse la participación de la familia en los diferentes escenarios donde se encuentre el sujeto de cuidado para contribuir la promoción de la salud, en el afrontamiento de la enfermedad, la recuperación o para acompañar a morir con dignidad (25 pág. 66).

Para cumplir con el propósito de ofrecer el cuidado al ser humano de forma específica, se tiene como sustento las teorías y ciencias naturales para explicar procesos biológicos y fisiológicos, y las ciencias sociales y del comportamiento, para comprender el ser humano, sus relaciones interpersonales, su crecimiento y desarrollo sociocultural (26 pág. 65), los cuales definen la particularidad del cuidado que precisa.

Se evidencia que las diferentes teorías coinciden en el objetivo del cuidado, ayudar a satisfacer las necesidades del sujeto de cuidado sano o enfermo en las distintas etapas de la vida e incluso durante el trance de la muerte, respetando sus creencias, valores y los escenarios en el que se desarrolla

Así las cosas, el cuidado se tiene que concebir con visión integral y humanística, mediante el conocimiento y análisis crítico de situaciones específicas de salud del sujeto, familia, comunidad y entorno, que favorezcan el desarrollo de potencialidades individuales y colectivas, a través de planes concretos según sean las circunstancias que rodean al sujeto de cuidado, lo que le atribuye un alto sentido de responsabilidad social al (la) enfermero/a en su quehacer profesional.

Responsabilidad de Enfermería

Etimológicamente "responsabilidad viene del latín *responsum* que es una forma del verbo *responder*" (27). Se define como "la capacidad para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente" (28). En ética significa hacerse cargo de lo realizado frente al afectado, significa estar comprometido y dar cuenta de los actos, ante sí mismo y ante los demás (29 pág. 41). La responsabilidad en enfermería exige tener la justificación satisfactoria de las acciones que realiza al sujeto de cuidado acorde con los principios y ética aceptados por la profesión (29 pág. 41).

La ética aplicada atribuye responsabilidades a los individuos a partir del supuesto de que cada acto humano ha sido libremente elegido por un agente moral, quien siempre es responsable por sus decisiones y las consecuencias de ellas. "La libertad y la responsabilidad están en la raíz de la ética, siendo exigibles sin que sean explícitamente formuladas como un principio adicional" (30). Así las decisiones concretas son un asunto personal en el que el sujeto asume libremente y está en capacidad de argumentar y justificar sus actos (31 pág. 40) con razones válidas aceptadas por consenso universal y a la luz de la ética de los mínimos.

Desde el punto de vista moral, "los actos son buenos o malos" (30). En su valoración no solo hay que considerar la preferencia del sujeto que los realiza; también se hace necesario valorar las circunstancias, las consecuencias y los medios que se utilizan para ejecutar la acción (30), de tal manera que la enfermera/o requiere del análisis juicioso y crítico en la planeación del cuidado.

Acorde con lo anterior el artículo 11 de la ley 911/2004 (2 pág. 19) señala: "El profesional de enfermería deberá garantizar cuidados de calidad a quienes reciben sus servicios. Tal garantía no debe entenderse en relación con los resultados de la intervención profesional, dado que el ejercicio de la enfermería implica una obligación de medios, mas no resultados". En consecuencia, la responsabilidad del profesional de enfermería es frente al cuidado de enfermería y su calidad, por esto, surgen las preguntas: ¿cómo responder a ello? ¿Cuáles son las condiciones que garantizan el cuidado de calidad?

Si bien ofrecer cuidado de calidad implica respeto por la individualidad, el entorno, la cultura, los valores y creencias, y disponibilidad del enfermero/a para otorgar cuidado con conocimiento científico, calidez y oportunidad; se necesita que las acciones del cuidado sean el resultado del análisis del estado de salud del sujeto de cuidado, la familia, la comunidad y el entorno, aspectos que le suministran al (la) enfermero/a argumentos para establecer diagnósticos en búsqueda de las acciones apropiadas, para lograr una interacción armónica entre el ser y su entorno. Para ello dispone de teorías que se deben aplicar según sea la situación particular.

En este sentido, siguiendo a Fry (29 pág. 149) los (las) enfermeros/as serán responsables de sus propias acciones profesionales y deberán usar el conocimiento,

competencia y experiencia para garantizar la seguridad y bienestar del sujeto de cuidado, como garantía de la protección de los derechos humanos. No obstante, la responsabilidad de garantizar el cuidado de enfermería, exige el compromiso del equipo de salud, de otros sectores y del estado para la prestación de los servicios de salud de calidad, en salvaguarda del derecho a la salud.

En la actual dinámica social, el cuidado de enfermería enfrenta nuevos desafíos, generados por los continuos y acelerados avances de la ciencia, la tecnología y la repercusión de la revolución científica-técnica en el área de la salud. Por ello, la academia tiene el compromiso de propender por una formación integral, humana y de calidad que le permita al (la) enfermero/a afrontar con éxito la responsabilidad que se le ha asignado (32)

El (la) enfermero/a desarrolla habilidades y sabe hacer uso de ellas, desde actitudes orientadas a prestar el mejor servicio, como líder defensor(a) de los derechos humanos; identifica el cuidado que requiere la persona que atiende, coordina y hace efectivo el trabajo del equipo de salud, para beneficio de la persona, la familia y la comunidad, con calidad humana y con capacidad de responder de manera competente y responsable (29 pág. 40)

Además de los acelerados avances científicos y tecnológicos, las condiciones de inequidad y vulnerabilidad—resultado de los intereses económicos y de rentabilidad—impuestas por el actual sistema de salud, afectan al sujeto de cuidado, la familia, la comunidad como lo es: el retraso en la atención, la negación de servicios, el paseo de la muerte, entre otros y al (la) enfermero/a en el cumplimiento de metas, la sobrecarga laboral, y en su desarrollo personal y profesional entre muchos otros.

Estos son hechos que prueban la necesidad de cuestionarnos acerca del compromiso que se le atribuye a los enfermeros, y más allá de encontrar respuestas, se pretende reflexionar sobre el camino a seguir para el logro del derecho a la salud, que permita consolidar la labor del profesional, como garante del mismo y sea consecuente con la responsabilidad que se le ha concedido (32) (33)

Se puede concluir que el cuidado de enfermería cuenta con referentes teóricos y éticos como guías orientadoras para la práctica profesional. Ofrecer cuidado con responsabilidad es garantizar la seguridad y bienestar del sujeto de cuidado—entorno, familia, colectivos—, significa atender de manera competente y humana.

Sin embargo, el quehacer del (la) enfermero/a puede verse afectado por las motivaciones, condiciones laborales y emocionales en las que debe desempeñarse; le exige actualización y reflexión permanente, sobre si lo que está haciendo es lo mejor, es lo que se debe hacer y si le genera gratificación. De lo contrario, será difícil asumir el cuidado con responsabilidad en medio de la adversidad del actual sistema de salud.

Referencias

- República de Colombia. Ministerio de Educación MEN. Ley 266 Diario Oficial. 42.710. [En línea] 25 de Enero de 1996. [Citado el: 5 de Mayo de 2015.] http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf
- Tribunal Nacional Ético de Enfermería. "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica...". Ley 911 de 2004. Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004. [En línea] 2004. [Citado el: 13 de Mayo de 2015.]
- Echeverri S. La Bioética en la formación del profesional de Enfermería: Visión para Latinoamérica. (Editorial). Actualizaciones en Enfermería. [En línea] Publiindex, 2005; 8(2):6-7.
- Sancho D, Prieto L. Teorías y modelos en la práctica enfermera: ¿un binomio imposible? Revista Electrónica. Enfermería Global. [En línea] Universidad de Murcia. España, 2012 Jul; 11(27):292-8. [Citado el: 5 de Jul de 2015.] doi: 10.4321/S1695-61412012000300015.
- Young Paul Hortis de Smith V, Chambi M, Finn B. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. Revista Médica de Chile. [En línea] 2011 jun; 139(6): 807-813. doi:10.4067/S0034-98872011000600017.
- Salamendi de Cattaneo, V. Escuela de Enfermería del Hospital Británico de Buenos Aires. Florence Nightingale y la enfermería en el Hospital Británico. Revista Temas de Enfermería. [En línea] Buenos Aires, 1994; 10: 27-35. [Citado el: 5 de Mayo de 2015.] <http://sacp.org.ar/revista/14-numeros-antiores/volumen-25-numero-1/70-florence-nightingale-y-la-enfermeria-en-el-hospital-britanico>.
- Amaro, MC. Florence Nightingale. La primera gran teórica de enfermería. [En línea] Revista Cubana de Enfermería. La Habana, 2004 dic; 20(3): 1-10. [Citado el: 10 de Mayo de 2015.] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009&lng=es.
- Fernández, ML. Bases Históricas y Teóricas de Enfermería. Modelo Conceptual de Virginia Henderson. [En línea] 2010. [Citado el: 5 de Mayo de 2015.] <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema12.pdf>.
- Arena L, Arias J, Beltrán S, Izaguirre M. El Cuidado. Virginia Henderson. Blog. [En línea] 2012. [Citado el: 15 de Junio de 2015.] <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/virginia-henderson.html>.
- Irigibel, X. Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de Virginia Henderson. Revista Index de Enfermería. Granada. [En línea] 2007 Nov; 16(57):55-57. [Citado el: 18 de Junio de 2015.] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200012&lng=es.
- Moreno ME. Aplicación del modelo en un servicio de rehabilitación ambulatorio. Revista Aquichan. Universidad la Sabana. [En línea] 2001 oct; 1(1):14-17. [Citado el: 18 de Junio de 2015.] <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/7/12>.
- Venegas BC. La valoración neurológica: Un soporte para el cuidado de la enfermería. Revista Aquichan. [En línea] Universidad de la Sabana, 2002 oct; 2(1):40-43. [Citado el: 18 de Junio de 2015.] <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/22/43>.
- Díaz de Flores L, Durán de Villalobos MM, Gallego de Pardo P, Gómez B, Gómez de Obando E, González de Acuña Y, et al. Grupo de Estudio. Análisis de los conceptos del Modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichan. Universidad la Sabana. [En línea] 2002 En Dic; 2(1):19-23. [Citado el: 18 de Junio de 2015.] <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v2n1/v2n1a04.pdf>.
- Ibarra TX, González JS. El cuidado cultural. Competencia cultural: Una forma humanizada de ofrecer cuidados de Enfermería. Revista Index de enfermería. Granada. [En línea] 2006; 15(55): 44-48. [Citado el: 20 de Mayo de 2015.] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010&lng=es.
- Fornons, D. Madeleine: Claroscuro Transcultural. Revista Index de Enfermería. Granada. [En línea] 2010; 19(2-3):172-176. [Citado el: 5 de Junio de 2015.] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200022&lng=es.
- Prado LA, González M, Paz N, Romero K. La Teoría del Déficit del Autocuidado: Dorothea Orem. Revista Médica Electrónica. Matanzas. [En línea] 2014 nov-dic; 36(6): 835-45. [Citado el: 20 de Junio de 2015.] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es&nrm=iso.
- Rojas A, Pérez S, Lluch A, Cabrera AM. Gestión del Cuidado enfermero en la teoría del déficit del autocuidado. Revista Cubana de enfermería. Ciudad de la Habana. [En línea] 2009 jul-dic; 25(3-4). [Citado el: 19 de Junio de 2015.] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200002&lng=es.
- Vega OM, González DS. Teoría del déficit del autocuidado. Revista ciencias y cuidado. [En línea] Universidad Francisco de Paula Santander, 2007; 4(4):28-35. [Citado el: 5 de Julio de 2015.]
- Rivero N, González MN, González M, Nuñez M, Hornedo I, Rojas M. Valoración ética. Revista. [En línea] 2007 sep; 6(3):1-9.
- López AL, Guerrero S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. Investigación y educación en Enfermería. [En línea] 2006 jul dic; 24(2):90-100. [Citado el: 18 de Junio de 2015.] http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000200010&lng=en&tlng=es.
- Anés RI, Torres A. Teoría de Marta Rogers: Seres Humanos Unitarios. [En línea] [Citado el: 19 de Junio de 2015.] http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/teoria_marta_rogers.pdf.
- Villalobos MM. La Ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Revista Aquichan. [En línea] Universidad de la Sabana, 2005 oct; 5(1):86-95. [Citado el: 19 de Junio de 2015.] <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/62/128>.
- Vásquez, E. Experiencia de integrar el concepto de cuidado en el currículo. [aut. libro] Sanchez B, Antolínez BR, Peña B, Vanegas BC, Ruiz CH. et al Velandia AL. El arte y la ciencia del cuidado. Grupo de Cuidado. Bogotá : Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Unilibros, 2002, 2, págs. 101-108.
- Kozier B, Erb G, Blais K. Conceptos y temas en la práctica de enfermería. 2a. edición. México : Mc Graw Hill Interamericana, 1995.
- Roldán A, Castañeda M, Noreña CA. Formación del profesional de enfermería para el cuidado de la salud de los individuos. [aut. libro] Duque MS, Gaviria DL, López MV, Maya MC, Noreña CA, et al Castañeda M. Proceso de Transformación curricular: La experiencia de la facultad de enfermería de la Universidad de Antioquia. s.l. : Universidad de Antioquia, 2009, págs. 58-86.
- Diccionario etimológico. Origen de las palabras. [En línea] [Citado el: 20 de Junio de 2015.] <http://etimologias.dechile.net/>.
- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. [En línea] Octubre de 2014. [Citado el: 20 de Junio de 2015.] <http://lema.rae.es/drae/?val=responsabilidad>.
- Fry S, Megan-Jane J. Ética en la práctica de enfermería: Una guía para la toma de decisiones éticas. Traducido de la 3a. edición en inglés. Bogotá, D.C : El manual moderno, 2010, pág. 224.
- Lopera, A. Magistrada del Tribunal Nacional Etico de Enfermería. Tribunal Nacional Etico de Enfermería. La felicidad otra responsabilidad del profesional de enfermería. Conferencia VI encuentro nacional de tribunales éticos de enfermería. [En línea] Página de ética profesional N°21, Septiembre de 2012. [Citado el: 20 de Junio de 2015.] http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=169:paginaetica21&catid=39:paginasetica.
- Cortina, A. Ética Aplicada. [aut. libro] Cortina A, Torralba MJ, Zagasti J Arroyo MP. Ética y Legislación en enfermería: Análisis sobre la responsabilidad Profesional. Madrid : Mc Graw Hill Interamericana, 1998.
- Mora RB. Desafíos en enfermería: Ciencia, tecnología y sociedad. Revista Actualizaciones en Enfermería. [En línea] Fundación Santafé de Bogotá, 2012 jul sep; 15(3): 14-20. [Citado el: 18 de Junio de 2015.]
- Díaz OE. Responsabilidad social y rol del profesional de enfermería en el logro del derecho a la salud. Revista Colombiana de Enfermería. [En línea] Universidad el Bosque, 2009 agt; 4 Año 4:47-53. [Citado el: 20 de Junio de 2015.] http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen4/responsabilidad_social_rol_profesional_enfermeria_logro_derecho_salu.

LA VIDA PUEDE CAMBIAR EN UN MINUTO

UNA NARRATIVA SOBRE EL CUIDADO DE ENFERMERÍA COMO UNA EXPERIENCIA DE INTERACCIÓN Y TRANSICIÓN QUE NOS TRANSFORMA LA VIDA.

Martha Liliana Maldonado Gutiérrez

-En esta narrativa, cuento una de las experiencias vividas como enfermera con una familia emprendedora, perseverante y luchadora ante la enfermedad. Esta familia está conformada por el señor Miguel (Señor M)*, su esposa María y sus dos hijos. El señor Miguel es un paciente que ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) donde estuvo hospitalizado 3 meses debido a una enfermedad que le generó un gran compromiso cardiovascular que le permitió vivir un periodo de transición entre la vida y la muerte.



A los 3 meses de estar trabajando en la UCI de un hospital de cuarto nivel, un día del mes de Septiembre laborando en la jornada de tarde, recibí en mi turno al señor M, un paciente de 62 años, de piel blanca de aproximadamente 50 kg, quien por referencias de mis compañeras de la jornada era considerado un ser muy reconocido por su trabajo ejemplar. El día anterior había consultado a urgencias por dolor precordial intermitente acompañado de episodios de fibrilación auricular, taquicardia de ritmo sinusal, con tendencia a la hipotensión a quien le realizaron múltiples estudios diagnosticándole angina inestable.

Al recibir el turno, entré al cubículo, observé el monitor que timbraba constantemente y cambiaba de colores, analicé los datos y pensé que muy posiblemente se iba a complicar. Con una sonrisa en mi rostro lo salude a él y a doña María quien en ese momento vestía una blusa azul clara con pantalón negro. Doña María reflejaba en sus facciones preocupación, angustia y ansiedad por el simple hecho de tener a su compañero, su alma gemela y ser más querido "su esposo" en la UCI; según lo referido por ellos, "entre la vida y la muerte". Miré a los ojos al señor Miguel, le tomé la mano y en ese momento sentí tristeza y melancolía por la situación que pasaba esta familia.

Salí de la habitación y al llegar al stand de enfermería ubicado en el centro de la unidad, se me acerca Doña María, con lágrimas en los ojos, voz entrecortada y me dijo: "observo a mi esposo pálido, decaído, fatigado y cansado". En ese momento, le informé al médico y nos dirigimos de forma inmediata al cubículo. Ella esperó afuera de la habitación mientras su esposo era valorado y examinado. El médico realizó un llamado urgente al cardiólogo de turno. Pasaron segundos cuando vi entrar a la unidad al especialista quien lo auscultó, preguntó por resultados del electrocardiograma y ecocardiograma. Tomó la decisión de pasarlo de forma urgente para intervenirlo por posible taponamiento cardíaco. Salí de la habitación nuevamente y preparé infusiones de medicamentos para mejorar la contractilidad y funcionalidad de su corazón. El señor M, solo observaba el correr del equipo de salud. Entré a la habitación con líquidos e infusiones y mientras los administraba, le brindaba educación sobre la importancia de éstas, aclaré dudas en compañía del intensivista sobre la cirugía y los riesgos de la misma; le dí una voz de aliento, explicándole que todo iba a salir bien ya que se encontraba en las mejores manos. Él me manifestó que en ese momento estaba tranquilo, solo con el hecho de contar con el apoyo de su esposa, sus hijos y Dios.

¹ Enfermera, unidades de cuidados intensivos, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Correo: martha_liliana85@hotmail.com

* Los nombres del paciente y familiares no corresponde a ellos en la vida real, por protección a sus identidades.



Lo monitorizamos, se firmó el consentimiento médico para la cirugía por parte de los familiares, le brindé una voz de ánimo a él y su esposa, pero en mi interior sentí aún más angustia y preocupación por la salud del señor M. Salimos de la habitación y nos dirigimos a salas de cirugía de forma rápida, por un pasillo largo de paredes blancas con puertas grandes de vidrio. Al llegar a salas de Cirugía, me despedí y mientras estrechamos las manos, observé sus ojos brillantes, de color azul claro con lágrimas en ellos. Al salir me encontré con sus dos hijos, hombres de aproximadamente entre 35- 40 años. El mayor se encontraba en silencio con la cabeza apoyada en la pared, con mirada dirigida hacia el techo. El menor, con lágrimas en sus ojos, quien refirió estar angustiado por la condición de su padre. En ese momento sentí que la situación del señor M, era especial, como si fuera parte de mi familia. Los abraza y les susurre en sus oídos: su padre es un hombre fuerte y valiente.

Al otro día, el señor M se encontraba con sedación, ventilación mecánica y no respondía a estímulos, rodeado de cables, sondas, tubo a tórax y a mediastino junto con una herida esternal, radial y safena derecha cubierta con un apósito que tenía evidencia de sangrado escaso. Con voz fuerte lo saludé, él realizó un parpadeo constante con intento de abrir los ojos, me apretó la mano, sentí que él me reconocía. Doña María sonrió, la observe más tranquila porque, pienso, que siendo un procedimiento complicado, él estaba allí. En ese momento me emocioné y mis ojos se llenaron de lágrimas al saber que el señor M luchaba por estar con vida.

Los días pasaban, y él continuaba con menos tubos, menos infusiones con mejoría de su corazón y pulmón. Cada día, así no lo tuviera asignado, entraba a su habitación, lo saludaba, le daba una voz de aliento y el hacía lo mismo conmigo. Salía de la habitación con una alegría al saber que nunca como enfermera perdí la esperanza, y admiraba cada vez más a esta familia. A las dos semanas, le estreché la mano, nos reíamos y le contaba las situaciones que habíamos pasado, resaltando la posición de su esposa, lo luchadora que era y el gran amor que le tenía. Él nos refería que mientras lo teníamos dormido, al escuchar las voces de su familia y mi acento santandereano sabía que estaba en la UCI, sitio que le daba mucha tranquilidad en ese momento porque le hacía recordar el gran aprecio y esfuerzo que hacíamos todos por la recuperación de él, para así, poder regresar a casa.

El paciente duró en la unidad tres meses, todos los días sonreía, contaba chistes, nos enseñaba e interactuábamos sobre algunos asuntos de ética aplicada en el campo de salud. Los momentos que más le gustaban era el baño que se le realizaba en cama, el afeitarse día de por medio, los cambios de posición y el traslado de cama a silla, la que él la llamaba "mi trono". Al sentarse allí, observaba lo feliz que era, sobre todo porque podía realizar movimientos de sus manos, pies y podía comer sin ayuda.

A mediados de noviembre, el Cardiólogo nos informó sobre el alta hospitalaria del paciente. Rápidamente dos compañeras de turno nos acercamos con el médico y pudimos compartir con él, el momento de la noticia. Él, no lo podía creer, se abrazaba con su esposa, lloraban de alegría, nos agradecían cada segundo todo lo que hicimos por su salud y nos resaltaban lo importante que éramos para ellos. Recuerdo como mi corazón latía de alegría, del saber que luchamos juntos, siempre conservando el aliento de esperanza. Mientras alistaban las maletas, les resolvimos las inquietudes y le enfatizamos sobre los signos de alarma que debía tener muy presente. Le conseguimos la silla de ruedas, lo trasladamos a las puertas de salida del hospital, lo asistimos para que subiera al carro y nos despedimos con un gran abrazo, yo tenía lágrimas en mis ojos y gran sentimiento de satisfacción de mi labor como enfermera. Actualmente recibimos llamadas del señor M, donde nos comparte la alegría que ha tenido al volver a vivir la segunda oportunidad que le brindó Dios. Dejó la docencia para dedicarle tiempo total a sus hijos y demostrarle el gran amor a su esposa.

Quise compartir esta narrativa siendo para mi muy significativo ya que esta experiencia me desencadenó muchas emociones y sentimientos como miedo, angustia, preocupación, alegría y satisfacción por la recuperación del señor Miguel y los lazos de empatía que al pasar el tiempo se hicieron más fuertes con su familia. De la práctica de enfermería resalto elementos como la rápida valoración que se le realizó al paciente, siendo esta cefalocaudal, una herramienta primordial que permitió identificar las necesidades fisiológicas y emocionales en el Señor Miguel y su familia. Como segundo elemento, la identificación de los signos de alarma, la asistencia inmediata por enfermería ante al llamado de angustia de doña María donde se evidenció el fortalecimiento de nuestro compromiso no solo como persona sino como profesionales.

Como tercer elemento, identifiqué las necesidades de manera congruente e intervine de una forma interactiva y eficaz con el paciente y su familia. Actué con base a mis conocimientos y apliqué diferentes estrategias que me permitieron intervenir de manera precoz y oportuna. Como cuarto elemento, se realizó un acompañamiento en todo el proceso de transición, brindándoles un apoyo emocional, terapéutico y educativo, llevándolos a un patrón de respuesta determinado como lo es continuar con su vida, logrando un resultado positivo y eficaz en la vida del señor Miguel, doña María y sus dos hijos. Estas situaciones fortalecen nuestro compromiso de ser humanos, crecimiento a nivel personal y profesional, así como renovar nuestros valores personales hacia la vida y la autenticidad en el cuidado, siendo este, de detalles significativos y espontáneos que tienen lugar en un momento oportuno.

“YO CREO QUE TRANSFORMAR
EL NIVEL DE LA PROFESIÓN
DE ENFERMERÍA, **ES POSIBLE**”



Fundación
Santa Fe de Bogotá

Calle 119 No. 7-75, Teléfono: 603 03 03 extensión 5129
Bogotá, D.C., Colombia.

Facebook: /fsfb.org
Twitter: @FSFB_Salud