

Narrativas de enfermería

La esencia del cuidado
en diversos contextos

Mayra Alejandra Barajas Lizarazo
Katty Dayana Escobar Velásquez
Editoras



Narrativas de enfermería

La esencia del cuidado
en diversos contextos

Narrativas de enfermería. La esencia del cuidado en diversos contextos/
Mayra Alejandra Barajas Lizarazo, Katty Dayana Escobar
Velásquez [Editoras] — Pamplona: Universidad de Pamplona.
2026.

124 p. 17 cm x 24 cm

ISBN (Digital): 978-628-7937-06-2

© Universidad de Pamplona
© Sello Editorial Unipamplona
Sede Principal Pamplona, Km 1 Vía Bucaramanga-
Ciudad Universitaria. Norte de Santander, Colombia.
www.unipamplona.edu.co
Teléfono: 6075685303

Narrativas de enfermería. La esencia del cuidado en diversos contextos

Editoras

Mayra Alejandra Barajas Lizarazo
Katty Dayana Escobar Velásquez

Autores

Mayra Alejandra Barajas Lizarazo	Edna Carolina Peñaloza
Katty Dayana Escobar Velásquez	Yolima Marleiby Manrique Anaya
Sebastián Andrés Ramírez Villamizar	Karoll Yerleyza Mogollón-Gauta
María Paula Rangel Tolosa	María Josefina Medina Peñaranda
Angy Liceth Campo Montenegro	

ISBN (Digital): 978-628-7937-06-2
DOI: <https://doi.org/10.24054/1tb7e953>
Primera edición mayo de 2026
Colección Bienestar y Salud

© Sello Editorial Unipamplona
Rector: Ivaldo Torres Chávez Ph.D
Vicerrector de Investigaciones: Aldo Pardo García Ph.D

Jefe Sello Editorial Unipamplona: Caterine Mojica Acevedo
Corrección de estilo: Andrea del Pilar Durán Jaimes
Diseño y diagramación: Laura Angelica Buitrago Quintero

Imagen de cubierta creada con apoyo de Inteligencia Artificial

Hecho el depósito que establece la ley. Todos los derechos reservados.
Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin permiso del editor.



Narrativas de enfermería. La esencia del cuidado en diversos contextos

Editoras

Mayra Alejandra Barajas Lizarazo
Katty Dayana Escobar Velásquez

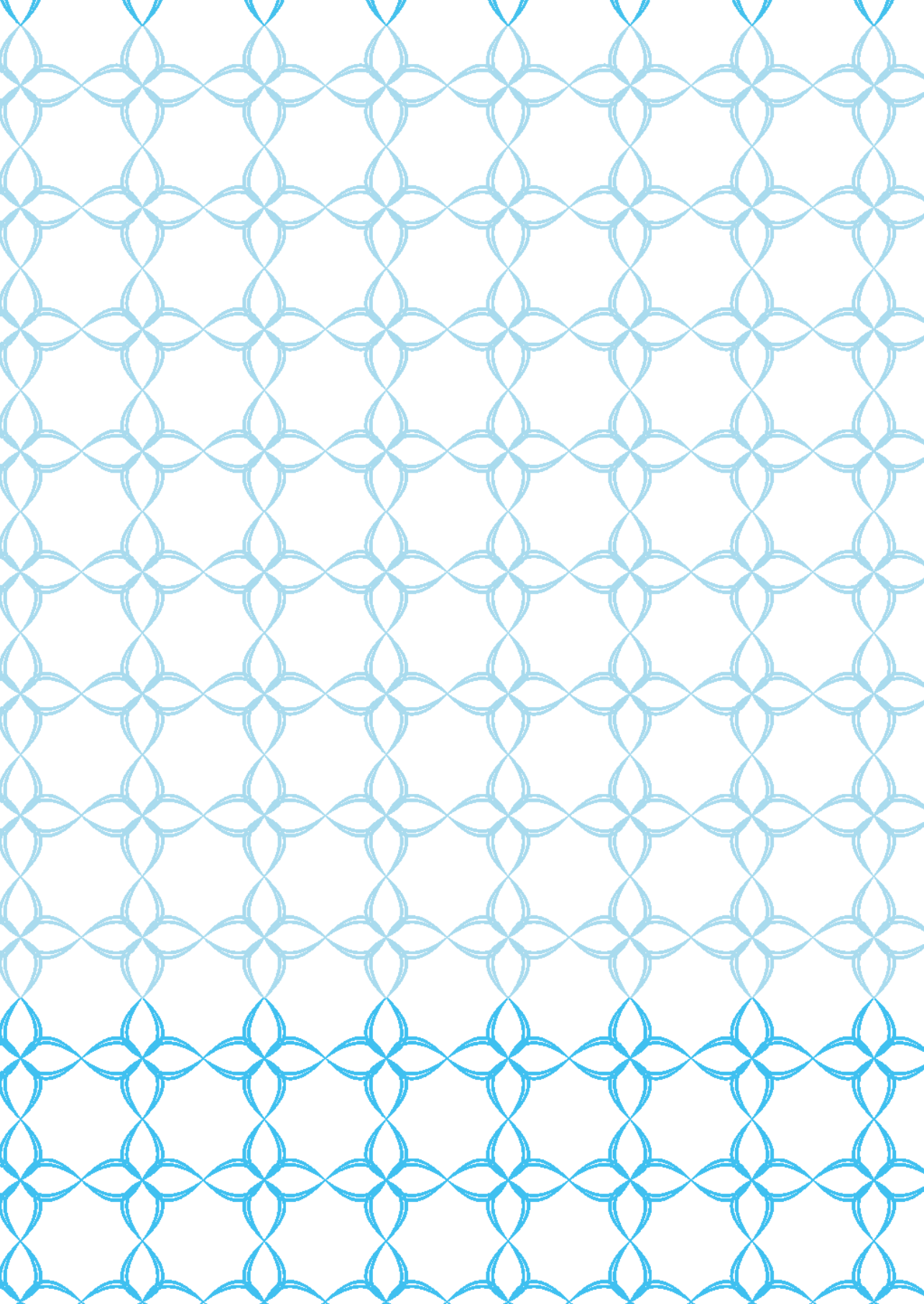
Autores

Mayra Alejandra Barajas Lizarazo
Katty Dayana Escobar Velásquez
Sebastián Andrés Ramírez Villamizar
María Paula Rangel Tolosa
Angy Liceth Campo Montenegro
Edna Carolina Peñaloza
Yolima Marleiby Manrique Anaya
Karoll Yerleyza Mogollón-Gauta
María Josefina Medina Peñaranda



Vicerrectoría de
INVESTIGACIONES
UNIPAMPLONA

“Formando nuevas generaciones con
sello de excelencia comprometidos
con la transformación social de las
regiones y un país en paz”



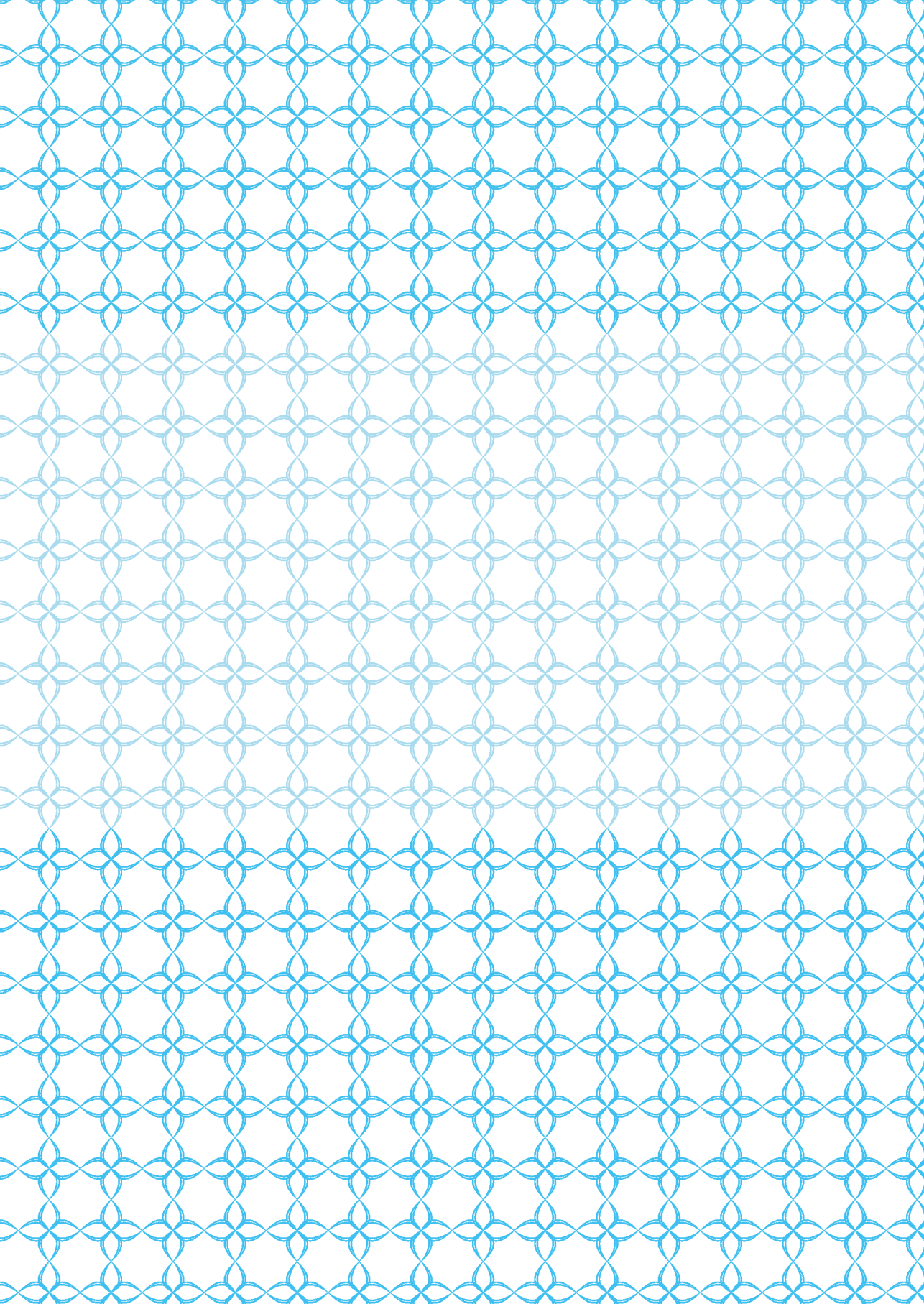
Agradecimientos

En primer lugar, a Dios por permitir que a través de nuestra profesión se logre vivenciar experiencias significativas que enriquecen el saber, el hacer y, sobre todo, el sentir. En segundo lugar, les agradecemos a todos los pacientes que participaron en cada acto de cuidado, porque abrieron su corazón para expresar sus emociones y aceptaron cada intervención con amabilidad y bondadosa disposición.

A las instituciones de salud, por darnos la oportunidad de vivenciar diversas situaciones que contribuyen tanto a nivel individual como profesional.

A las Universidades de Pamplona y de Cartagena, por ser pioneras en fortalecer el aprendizaje a través de las prácticas formativas y la docencia, así como la generación de productos que contribuyen al mayor conocimiento de la profesión.

Mayra Alejandra Barajas Lizarazo
Katty Dayana Escobar Velásquez



ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	5
RESUMEN	9
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	13

NARRATIVAS DE ENFERMERÍA	
ÁREA CLÍNICA	21

23 CAPÍTULO I **ÁREA CLÍNICA/ HOSPITALIZACIÓN.**

"LA ANALOGÍA APLICADA EN EL CUIDADO GENUINO"	
Referencias bibliográficas	31

33 CAPÍTULO II **ÁREA CLÍNICA/ HOSPITALIZACIÓN.** **"UN CUIDADO DIGNO HASTA EL FINAL"**

Referencias bibliográficas	40
----------------------------------	----

43 CAPÍTULO III **ÁREA ASISTENCIAL/ URGENCIAS PEDIÁTRICAS.** **"SILENCIOS QUE SOLO LA EMPATÍA PUEDE ROMPER"**

Referencias bibliográficas	51
----------------------------------	----

53 CAPÍTULO IV **ÁREA ASISTENCIAL/ URGENCIAS OBSTÉTRICAS** **NARRATIVA DE ENFERMERÍA: "ACOMPAÑANDO A LA FUTURA MADRE"**

Referencias bibliográficas	63
----------------------------------	----

65 CAPÍTULO V **ÁREA CLÍNICA/ URGENCIAS PEDIÁTRICAS** **"VIVENCIA ANTE LA INJUSTICIA Y EL DOLOR"**

Referencias bibliográficas	71
----------------------------------	----

NARRATIVAS DE ENFERMERÍA	
ÁREA AMBULATORIA INSTITUCIONAL	73

75	CAPÍTULO VI	
	ÁREA AMBULATORIA/ CONTROL PRENATAL. "LOS	
	FRUTOS DEL CUIDADO ANTICIPADO"	
	Referencias bibliográficas.....	83

NARRATIVAS DE ENFERMERÍA	
AREA NO CLÍNICA INSTITUCIONAL.....	85

87	CAPÍTULO VII	
	ÁREA NO CLÍNICA/ INSTITUCIONAL. "ASILO DE	
	ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS	
	ACOMPAÑÁNDOLOS HASTA EL ÚLTIMO SUSPIRO"	
	Referencias bibliográficas	94

97	CAPÍTULO VIII	
	ÁREA NO CLÍNICA INSTITUCIONAL/ CENTRO DE SALUD	
	MENTAL "CUIDADO HUMANIZADO EN PACIENTES	
	CON ABUSO DE SUSTANCIAS: UNA EXPERIENCIA	
	FORMATIVA"	
	Referencias bibliográficas.....	109

REFLEXIONES FINALES.....	113
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	115
PERFIL DE AUTORES	121

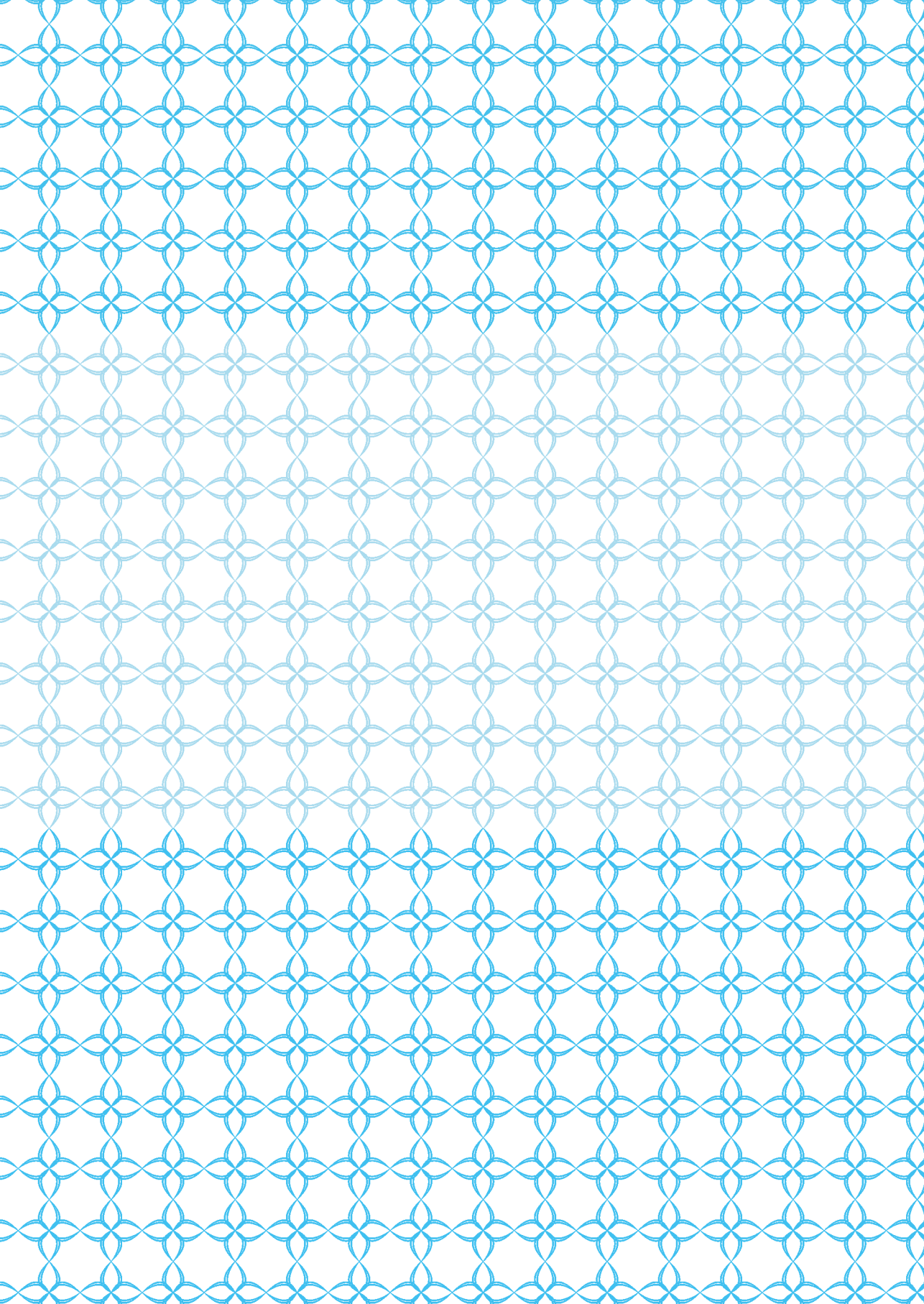
Resumen

Este libro reúne narrativas surgidas a partir de experiencias vividas en distintos escenarios del cuidado de enfermería, como urgencias de adultos, obstetricia, pediatría, hospitalización, control prenatal, y en instituciones como asilos de adultos mayores y centros de salud mental. A través de escritos reflexivos, la obra visibiliza la complejidad del quehacer enfermero y las múltiples situaciones que emergen en la práctica cotidiana, incluidos los dilemas éticos y la autonomía en la toma de decisiones.

Cada una de estas historias revela diversas respuestas humanas tanto en pacientes como en profesionales, trascendiendo una atención centrada exclusivamente en lo biomédico, hacia una atención humanística que integra todas las dimensiones del ser humano. Asimismo, se destaca la importancia de incorporar las competencias del saber, hacer, y sentir, junto con los patrones de conocimiento propios de la disciplina.

Desde una perspectiva académica y formativa, la obra, con enfoque cualitativo y fundamento en la investigación narrativa, se presenta como una herramienta metodológica para la reflexión crítica, la construcción de conocimiento disciplinar y el fortalecimiento de la identidad profesional, constituyéndose en un aporte para estudiantes, docentes y profesionales de enfermería que buscan comprender el cuidado desde la voz de quienes lo ejercen en contextos diversos y cambiantes.

Palabras claves: Epistemología, educación, urgencias, hospitalización, geriatría, salud mental.



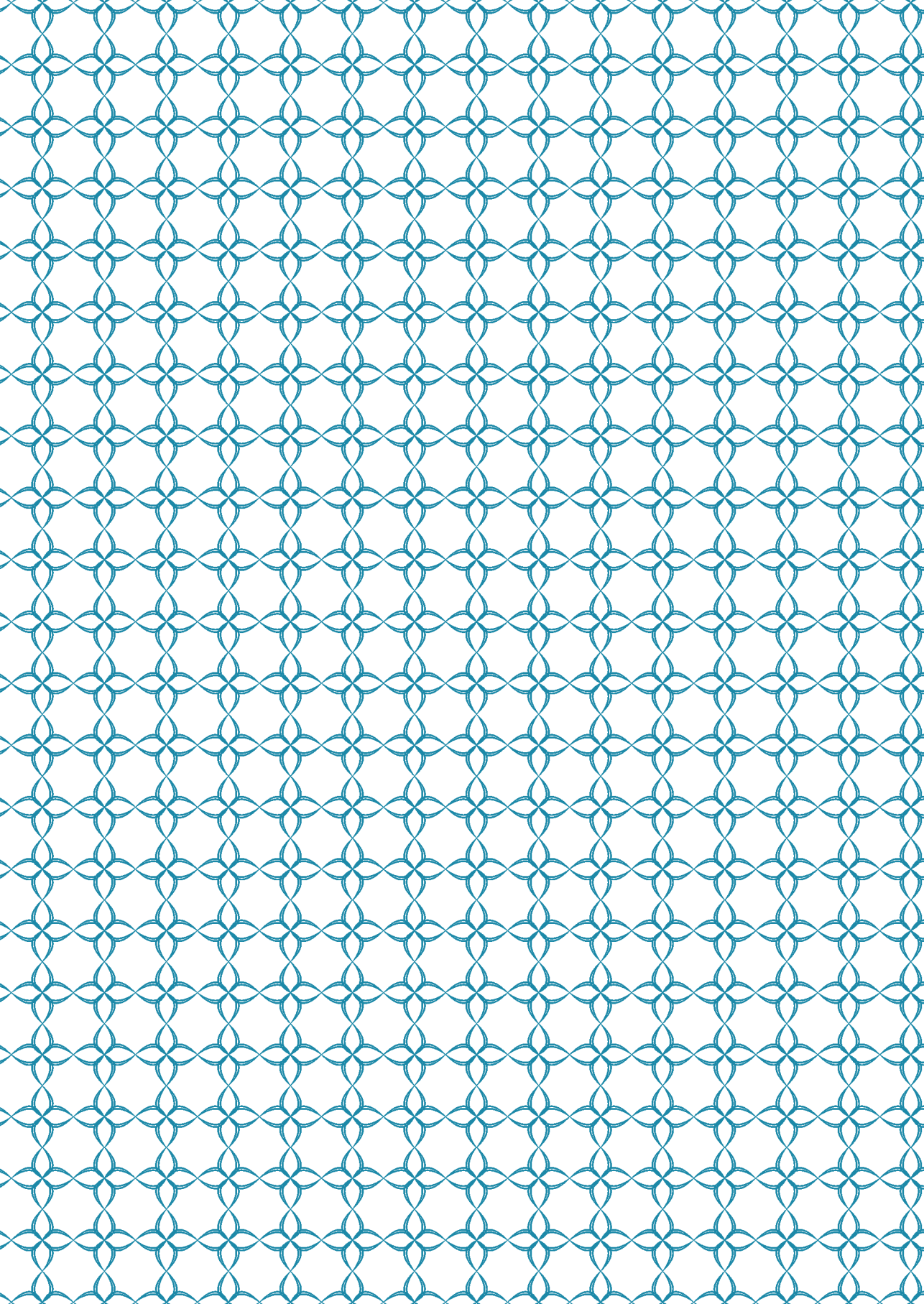
Abstract

This book brings together narratives arising from lived experiences in different settings of nursing care, such as adult emergency services, obstetrics, pediatrics, hospitalization, prenatal care, as well as in institutions such as nursing homes for older adults and mental health centers. Through reflective writings, the work makes visible the complexity of nursing practice and the multiple situations that emerge in everyday practice, including ethical dilemmas and autonomy in decision-making.

Each of these stories reveals diverse human responses in both patients and professionals, transcending care focused exclusively on the biomedical toward a humanistic approach to care that integrates all dimensions of the human being. Likewise, the importance of incorporating the competencies of knowing, doing, and feeling, together with the patterns of knowledge intrinsic to the discipline, is highlighted.

From an academic and educational perspective, the work, with a qualitative approach and grounded in narrative research, is presented as a methodological tool for critical reflection, the construction of disciplinary knowledge, and the strengthening of professional identity, constituting a contribution for students, educators, and nursing professionals who seek to understand care from the voice of those who practice it in diverse and changing contexts.

Keywords: Epistemology, education, emergency care, hospitalization, geriatrics, mental health.



Introducción

La enfermería moderna, como disciplina científica, reconoce el cuidado como el núcleo fundamental de su naturaleza, y lo considera la esencia misma de su ser (1,2). En virtud de ese concepto central, la enfermería proyecta su identidad profesional con sustento en una base teórica que siempre está en constante evolución. Las teorías y conceptos propios de la disciplina refuerzan su fundamentación epistemológica y ontológica, lo cual proporciona un marco coherente que orienta y da sentido a la práctica. En ese contexto, el enfermero no sólo es un profesional de la salud, sino un ser humano capaz de establecer una relación significativa, empática, con otros, al interactuar en un entorno de cuidado que va más allá de la simple intervención médica (3).

Ese entorno le permite al enfermero mantener, retroalimentar y legitimar los postulados conceptuales de la enfermería, los cuales están profundamente arraigados en la experiencia empírica, lo cual valida la práctica del cuidado. Este, como la actividad central, se convierte en una interpretación de la realidad compleja del paciente; un proceso dinámico y en constante transformación en el que la enfermería no solamente responde a las necesidades inmediatas de salud, sino que también interpreta y asigna nuevos significados a cada situación, lo cual contribuye a la construcción de una comprensión más profunda y enriquecedora de la experiencia humana en salud (2).

En ese sentido, las narrativas de enfermería juegan un papel crucial en el desarrollo de la profesión, puesto que permiten explorar y profundizar en la experiencia subjetiva tanto del paciente como del profesional, y ofrecen una perspectiva más completa del cuidado en su dimensión humana y relacional.

Detrás de la exposición de las narrativas se logran evidenciar las explicaciones de hechos significativos que están articulados con los componentes del saber: Hacer, ser y sentir, que aportan a la experiencia del enfermero y del paciente cuidado (4). De hecho, refleja la relación abierta entre el enfermero y el paciente, como un elemento fundamental para la recuperación de la salud integral de este último (5). Así mismo, se han convertido en una forma de expresar o de divulgar el conocimiento del cuidado de enfermería, y a su vez una forma de generar conocimiento científico través de la investigación (6,7).

De tal modo, el aprendizaje de la profesión a través de esta metodología constituye una herramienta muy importante para el cuidado de enfermería (8), como una experiencia que es contada por el enfermero; principal proveedor de los cuidados y que requiere de un análisis profundo y sustancial desde las dimensiones del cuidado de las personas a su cargo, sin que importe la situación por el que ellas estén pasando. Es así como se entenderá el proceso de enfermería desde una perspectiva que facilitará el entendimiento del cuidado, y que se atreverá a plasmar todo el proceso que vive y expone desde una base de conocimientos. La ciencia del cuidado, como la disciplina de enfermería, tiene las actitudes y las aptitudes para realizar dichas actividades (9). Es importante resaltar que esta metodología permite al profesional relatar su experiencia de cuidado, con conocimiento sobre un hecho vivido y significativo para su vida personal y profesional (10).

Diversos estudios exponen la narrativa de la enfermería como un nuevo método para la investigación (4,11). De hecho, se establece que las narrativas de enfermería son producto de la investigación aplicada y complemento de la enfermería basada en la evidencia. Aportan a la práctica y a la investigación el conocimiento teórico que contribuye al mejoramiento de los cuidados del paciente y proporciona

avances en la disciplina (9). El uso de la narrativa, como fuente de conocimiento, posibilita vincular la intervención de la enfermería en la vida cotidiana con el fin de proponer cuidados que respondan a las necesidades de los individuos, familias y comunidades (12).

Históricamente, se ha identificado a los autores Boykin y Schoenhofer (13) como los pioneros en definir conceptualmente las narrativas de enfermería; ellos afirmaron constituyen la base de conocimiento de la profesión, gracias a las experiencias vividas entre el paciente y el enfermero. En ese sentido, permiten revelar el proceso de atención de enfermería a través de los elementos teóricos como los patrones de conocimiento (14).

La narrativa de enfermería, a partir de los patrones funcionales establecidos por Bárbara Carper (15), permite identificar fenómenos de salud presentes en la práctica clínica y, así, fortalecer las habilidades para evaluar actitudes y aptitudes en el cuidado de las personas. Este análisis aporta pautas útiles para la práctica y la investigación de manera sencilla e integral, aplicable a todos los niveles de formación en enfermería. Por esta razón, su incorporación desde el pregrado resulta fundamental, ya que favorece la reflexión sobre la experiencia de cuidado, la identificación de las dimensiones formativas y emocionales del estudiante, y el desarrollo de la empatía hacia el paciente y su familia. Además, posibilita el análisis de cuestiones epistemológicas y ontológicas de la disciplina, contribuyendo a la formación de profesionales más integrales (16).

Asimismo, se convierte en un recurso pedagógico y disciplinar desde el cual se reconoce la práctica como punto de partida de la teoría. Es pertinente seguir considerando historias personales o autobiográficas como expresiones formales del conocimiento profesional. Las narrativas descritas dan cuenta de experiencias personales que

trascienden el rol docente y se convierten en elementos que aportan a la humanización del cuidado en el ejercicio profesional y educativo, y reconocen el sentido del verdadero cuidador (enfermero o profesor) (17,18).

Teniendo en cuenta el planteamiento anterior, es correcto inferir que, si la práctica de la enfermería es la fuente del conocimiento científico, se debe trabajar sobre los patrones del conocimiento que allí se involucran para entender lo que se piensa o se sentencia de un fenómeno en particular. En efecto, valga resaltar que no importa la complejidad del servicio donde se desempeñe el enfermero para demostrar actos de cuidados conscientes y honestos. Sólo basta que actúe con pasión, compromiso y determinación, para lograr resultados favorables para las dos partes: Enfermero y paciente.

Por lo tanto, este libro nace de la intención de documentar las experiencias generadas al interior de las prácticas formativas de los estudiantes durante el proceso de formación. Al visibilizar la aplicación de las narrativas en diversos contextos, permite demostrar que -sin importar las variables de tiempo- infraestructura y complejidades de los servicios, el enfermero lograr interactuar y ser partícipe del crecimiento mutuo que nace a partir de experiencias significativas transformadoras, tanto para el cuidador como para el cuidado.

A continuación, se presentan ocho capítulos que exponen través de las narrativas, las experiencias vividas en los servicios de promoción y mantenimiento de la salud, urgencias adulto- pediátrico, hospitalización, psiquiatría y hogar geriátrico; haciendo articulación con los patrones de conocimientos como referentes teóricos de la disciplina.

Narrativas de enfermería un medio para visibilizar el cuidado en su integralidad

Las narrativas de enfermería constituyen relatos contruidos por los profesionales a partir de sus experiencias en la práctica del cuidado. A través de ellas se visibilizan las vivencias tanto del enfermero como de la persona cuidada, generando procesos de crecimiento personal y profesional (19,20). Dichas narrativas integran dimensiones emocionales, físicas y contextuales que emergen de la labor cotidiana de la enfermera, aportando una comprensión más amplia y humana de la práctica (21,22).

En los siglos XIX y XX, Florence Nightingale, madre de la enfermería, dejaba documentadas sus experiencias de cuidado durante la guerra de Crimea (23). Posteriormente, hacia las décadas de 1970 y 1980, los relatos clínicos adquirieron relevancia al ser utilizados para comprender las respuestas humanas y las experiencias de salud de las personas (24,25).

En la década de 1990, Boykin y Schoenhofer (13,26) marcaron un hito al proponer que la situación de enfermería constituye el núcleo del conocimiento disciplinar, y que la narrativa de enfermería es la vía mediante la cual dichas situaciones se expresan y transmiten. A partir de los años 2000 y hasta 2010, la literatura mostró una creciente producción académica sobre narrativas aplicadas en docencia, investigación y práctica clínica, en articulación con diferentes teorías de enfermería (27-29).

En la actualidad se reafirman sus atributos, al reconocer las narrativas como método de investigación cualitativa, recurso pedagógico y herramienta clínica (30,31). De

hecho, investigaciones recientes las definen como un instrumento integral para el cuidado, en el que confluyen el conocimiento, las competencias del ser, la comprensión del entorno y las necesidades del paciente (32). Asimismo, se han identificado como una de las mejores estrategias pedagógicas para el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes de enfermería (33).

La literatura evidencia su aplicación en múltiples escenarios: El cuidado de personas con enfermedades no transmisibles (34), la atención a mujeres en trabajo de parto (35), la interacción con familias (16) y el acompañamiento en contextos comunitarios (36), entre otros.

En este sentido, se hace evidente la necesidad de fortalecer en la formación profesional de enfermería la incorporación de las narrativas como estrategia que contribuya al desarrollo del conocimiento disciplinar y a la promoción de procesos reflexivos fundamentados en el cuidado (37).

La utilidad de las narrativas de enfermería como herramienta pedagógica

Las nuevas tendencias de liderar el cuidado de la salud, que ubican al paciente en el centro del sistema, han consolidado el cuidado en el paciente como un modelo de atención eficaz en la obtención de resultados en salud, generando impactos positivos en la satisfacción de los pacientes y en la optimización de los costos en distintos niveles de atención (38). Estos atributos han favorecido su incorporación progresiva en los escenarios académicos, donde se incentiva la enseñanza y la investigación, sobre su implementación en la formación de profesionales de la salud (39).

En este contexto, las narrativas de enfermería se han constituido en una estrategia pedagógica innovadora y significativa. Estas permiten a los estudiantes relatar y analizar experiencias vividas en sus prácticas formativas,

poniendo especial atención en la interacción con pacientes, familias y comunidades. Así, las narrativas se convierten en un espacio de reflexión crítica donde los futuros profesionales reconocen tanto los aspectos técnicos del cuidado como las dimensiones humanas y emocionales que lo acompañan (40).

La narrativa en enfermería constituye una herramienta pedagógica que favorece la introspección y la reflexión crítica del estudiante, al permitirle analizar no solo sus propias emociones, pensamientos y actitudes frente al ejercicio del cuidado, sino también la naturaleza misma del acto de cuidar. A través del relato de experiencias vividas en situaciones concretas con los pacientes, el estudiante logra reconocer cómo se construye la relación terapéutica, identificar los elementos que fortalecen o dificultan la interacción y comprender el impacto que su presencia, comunicación y acciones generan en la persona atendida. De esta manera, la narrativa no solo potencia el aprendizaje disciplinar, sino que también promueve un proceso de autoconciencia y crecimiento personal orientado hacia un cuidado más humano, ético y centrado en la persona (41).

La narrativa en enfermería permite que los estudiantes compartan sus experiencias desde la perspectiva de alguien que está descubriendo su vocación. Al relatar vivencias de cuidado durante sus primeras prácticas, los futuros profesionales expresan dudas, aprendizajes y emociones que acompañan este proceso formativo, reconociéndose como sujetos en construcción. Estas narraciones se convierten en un espacio para dar voz a la mirada inicial del cuidado, donde cada encuentro con el paciente representa una oportunidad de reafirmar el compromiso con la profesión, descubrir el sentido humano de la enfermería y fortalecer la identidad disciplinar en sintonía con los valores que la integran (42).

En conclusión, las narrativas de enfermería trascienden el ámbito de la docencia para convertirse en un medio de integración entre el conocimiento disciplinar, la reflexión crítica y la humanización del cuidado. Su utilidad radica en que favorecen el desarrollo de profesionales capaces de combinar competencias técnicas con valores éticos y humanos; condición indispensable para responder a las demandas actuales de la atención en salud centrada en la persona y la familia.



NARRATIVAS DE ENFERMERÍA

ÁREA CLÍNICA



CAPÍTULO I

ÁREA CLÍNICA/ HOSPITALIZACIÓN. "LA ANALOGÍA APLICADA EN EL CUIDADO GENUINO"

Sebastián Andrés Ramírez Villamizar

INTRODUCCIÓN

Se definen como «cuidado genuino» las acciones que desarrolla el enfermero de forma espontánea y auténtica. De hecho, ya está implícito, es natural, en la forma en que actúa, se expresa, propone y soluciona en desarrollo del procedimiento de cuidado de los pacientes. Diversos autores expresan que el cuidado genuino y el cuidado humanizado están estrechamente relacionados, ya que ahí se integran elementos de comunicación, respeto, comprensión, solidaridad y creatividad (1).

La creatividad constituye un aspecto diferenciador de todos los atributos en que se destacan los enfermeros, ya que permite agregar a la asistencia y enseñanza para los pacientes la analogía, como una estrategia de enseñanza e intervención que logre la mayor comprensión y conciencia sobre las prácticas de autocuidados que ellos deben adoptar en el diario vivir, independientemente de padecer o no una enfermedad.

Contando con este contexto, la presente narrativa integra cómo a través de la vivencia de un paciente hospitalizado, con una enfermedad crónica de base, que requiere la asistencia de cuidado diario y repetitivo y de «curaciones», se incluye de forma didáctica y novedosa la intervención no

sólo desde el componente clínico asistencial, sino también desde el abordaje psicosocial.

NARRATIVA DE ENFERMERÍA

Durante mis prácticas universitarias de último semestre, recuerdo una situación muy particular: Yo iniciaba mi rotación en el servicio de Medicina interna, en el sector B de un hospital público de Pamplona, Norte de Santander, Colombia. Iniciando mi jornada y el reconocimiento de mis pacientes de cuidado a través de la ronda de enfermería, conocí a la señora Alix. Era una adulta, de 57 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial; presentaba antecedentes de hemorragia subaracnoidea que le dejó secuelas neurológicas relevantes, tal situación conllevó a pasar de ser una persona activa a una con condición de fragilidad, postrada en cama, con presencia de úlcera por presión sacra grado III, infección de vías urinarias y uso de dispositivos invasivos como sonda vesical y traqueostomía, que la convirtieron en una persona totalmente dependiente de los cuidados de su familia especialmente de su hija que siempre estaba con ella.

Su situación de salud me exigió competencias en el saber y el hacer, enmarcadas en proporcionar especiales cuidados como la monitorización continua de sus signos vitales, la administración de oxígeno, los cuidados de la traqueostomía, la administración de medicamentos, el control de líquidos de mantenimiento, los cambios posturales y la realización de curaciones; esta última faceta me daría más tarde la oportunidad de entablar una relación personalizada, auténtica y de reconocimiento con ella.

A partir de esos encuentros, descubrí e identifiqué heridas mucho más profundas, ya no corporales, sino arraigadas en el alma de la señora Alix. Así reconocí que es muy cierto todo cuanto nos decían durante el proceso de formación

profesional, en el sentido de que la enfermería no solamente se centra en el hacer y en una técnica ejecutada, sino en el abordaje holístico de los pacientes; yo comprobé y reafirmé que ellos son personas con sentimientos y emociones que merecen ser atendidas con «cuidado»; entendido este como la capacidad del enfermero para anticiparse, observar, oler y tocar, si es necesario, para comprender el dolor del otro.

Una de aquellas mañanas del mes de marzo del 2022, la señora Alix estaba despierta en su unidad, sin emitir palabras, con poca movilidad y reducido interés en alimentarse. No obstante, observé que mantenía una mirada activa y una sonrisa que se escondía debajo de su tapabocas; observaba cada detalle de mis movimientos como enfermera. La fragilidad de la paciente y el temor evidente de su familiar me motivaron a iniciar un cuidado genuino, basado en empatía y compromiso para favorecer el apoyo emocional, espiritual y físico.

Tuve que planificar, organizarme y priorizar las tareas administrativas, sin dejar a un lado el contacto directo con mis otros pacientes, pero especialmente con la señora Alix; entonces yo sabía que debía ser creativa para optimizar los encuentros con ella. Fue así como, a través de la curación diaria de la herida de su pierna, generada por una actividad rutinaria e importante, empecé a adicionar un toque de cuidado personal.

Utilicé la analogía como una estrategia creativa para resignificar el proceso de curación de la herida de la señora Alix de manera que trascendiera la recuperación de la integridad de su piel hasta la sanación de heridas emocionales. Con cada insumo y técnica aplicada al cuidado de la herida de su pierna, progresábamos hacia un fortalecimiento de las capacidades de autocontrol emocional. Es así como cada elemento de la curación cobró un significado metafórico

utilizado para despertar la conciencia sanadora y espiritual en la paciente.

Al valorar la condición de la herida yo sabía que debía identificar otros aspectos que no favorecía la cicatrización; entre ellos encontré adherencias y fibras nerviosas expuestas. En plano emocional se encontraba con facies de tristeza, ausente, con llanto fácil y desesperanza. En contraste con su situación actual, su hija describía en un fuerte relato cómo su madre era una persona activa, servicial, cariñosa, feliz y «querida por todo el mundo»; ella podía alegrar cualquier ambiente al que llegara. Esas palabras generaron en mi nostalgia y profunda empatía hasta el punto de llorar, fue en este momento donde tuve que recurrir a habilidades de contención emocional para no derrumbarme frente mis pacientes, tal como utilicé la gasa para contener el sangrado al momento de describir mecánicamente el lecho de la herida de mi paciente.

Luego de una irrigación profusa con suero fisiológico, impregné la herida con un producto estimulante de la cicatrización y la estabilicé con apósitos, fue allí donde asumí la situación presente y utilicé el efecto del suero fisiológico sobre la herida asimilándolo al valor del diálogo, de la exteriorización de los sentimientos y escucha compasiva; resaltando el valor de su vida y el rol que jugaba en su familia, promoviendo el reconocimiento del amor propio como motor para que surja la esperanza y deseo de superación de ese proceso mórbido y comparando la cicatrización de la herida al restablecimiento de su integridad emocional.

Cada día yo le proporcionaba actos de cuidados fluidos, interactivos, participativos, junto con su hija y los evidenciaba con palabras alentadoras, lo cual permitía la aparición repentina de la risa y el juego, y el manejo del temor, del dolor y la incertidumbre. El momento más crucial- hasta el alta de la señora Alix- fue la colocación de

la gasa y el micropore, lo que permitió sanar el cuerpo y también el alma; se generó así un compromiso de cuidado y continuidad en los procesos con la cuidadora principal.

Finalmente, en una bolsa de desechos, se procedió a retirar todos los sentimientos negativos y se dejaron libres las afirmaciones positivas que pudiesen apoyar la recuperación de la paciente. Observé con más detalle una herida que no estaba completamente cerrada, pero que, no obstante, la presentaba con un cambio en su semblante y la hacía sentir más viva que nunca y con ganas de cicatrizar y recuperar su integridad.

Recuerdo el día que le dieron de alta en el servicio. Esperó con paciencia a que yo llegara para despedirse con un abrazo y para decirme que nunca me olvidaría; que me tendría presente en las oraciones diarias elevadas a Dios y a la Virgen María. Ese fue un gesto bonito, ya que para mí es muy importante agradecer al Ser Superior que me confió tantos dones, los cuales puedo demostrar en mi profesión.

Desde ese acercamiento genuino, yo hice un compromiso conmigo mismo: Optimizar los silencios de cada encuentro con mis pacientes, reconociendo que, con cualquier acto de cuidado, por más sencillo que parezca, e incorporando la paciencia, prudencia y el respeto, se puede aportar vitalidad a la vida de las personas, y, por consiguiente, me ayudarán a ser mejor persona y eficaz enfermero.

ANÁLISIS DE PATRONES DE CONOCIMIENTO

Empírico

El brindar cuidados de excelente calidad y de manera holística a la paciente y a sus familiares hace que se resalte el quehacer de la enfermería, en ella, tanto el acompañamiento como los cuidados, presentan una dimensión humanística

que va más allá del cuidado tradicional, eso implica compartir sentimientos y emociones. En ese intercambio, el eje de los cuidados holísticos debe ser parte central de la atención de cada una de las personas (2).

A instancias del manejo farmacológico y de las curaciones, se pretende mejorar las condiciones de la paciente y disminuir las complicaciones en salud, además de mejorar el confort. De ese modo, el manejo o la administración de medicamentos es una intervención de cuidado que realizan los profesionales de enfermería en los entornos clínicos, los cuales son de gran impacto y transcendencia para los resultados de la salud y la calidad de vida, cuando se administran adecuadamente y se toman las precauciones necesarias (3).

Así mismo, la monitorización de la paciente por enfermería es una intervención con la cual se busca controlar las condiciones del paciente y conseguir cambios oportunamente, sumado a su condición de fragilidad que implica un cuidado especial para cubrir todas sus necesidades (4).

Adicionalmente, la literatura revela la importancia de enfocar los cuidados no solo a la persona enferma sino al cuidador. Se establece que a través de intervenciones centradas en la enseñanza y la ayuda emocional favorece mejores resultados en el paciente que se extiende hasta el cuidado domiciliario (5,6).

Estético

El establecer una relación de confianza es crucial en enfermería. A pesar de los momentos de tensión y de crisis que se viven, se debe mantener la calma en todo momento para brindar tranquilidad al paciente y su familiar. Es importante identificar los sentimientos que los pacientes expresan, y de manera oportuna intervenir sobre ellos; no sólo nos debemos centrar en la enfermedad o en la situación

por la que acude a un centro hospitalario. Debemos ir más allá, y generar empatía, confianza y seguridad.

Además de todo lo anterior, es preciso brindarles herramientas para afrontar la situación de la persona enferma. En ese sentido, las relaciones interpersonales entre enfermero, paciente y familiar desempeñan un papel importante cuando se brindan los debidos cuidados al paciente, ya que ofrecen un gran potencial terapéutico en el campo profesional; aquí se destacan tanto la comunicación verbal como la no verbal, las cuales mejorarán la respuesta ante los síntomas del paciente y reducirán la carga del cuidador principal y su angustia frente a la situación; también contribuirán en el ajuste ante el duelo (7).

Personal

El hecho de enfrentarnos a estas situaciones que demandan una alta cantidad de sentimientos, hace que crezcamos como personas y como profesionales; nos hacen más humanos y sensibles frente a los eventos vitales, reconociendo el valor de cada persona que tenemos a nuestro cuidado. Todo paciente que llega en busca de atención nos hace entender que es persona vulnerable y ansía la mejor atención del personal de enfermería.

En esa vivencia, los sentimientos expresados por el familiar hicieron que yo reflexionara acerca de cómo una hija sufre al ver a su madre postrada en cama y cómo nosotros como enfermeros podemos brindar lo mejor mediante nuestros cuidados. Así, las interacciones entre la enfermera el paciente y el familiar se pueden describir como la interacción y el compromiso de crecimiento personal y profesional; esa interacción valida un compromiso irrenunciable que acompañará el quehacer de la enfermería (8). Además, es importante resaltar que durante la formación profesional los estudiantes aumentan sus valores como personas y

profesionales en diferentes situaciones, consideran que al prodigar cuidados holísticos de enfermería se logra abarcar el proceso de desarrollo humano, y este propicia una mejor perspectiva frente al paciente y su familia al tratarlos como seres humanos y no como enfermedades (9).

Ético

El acto del cuidar en enfermería es la esencia de la profesión; se fundamenta en las teorías y tecnologías actualizadas, así como en la comunicación y la relación humanizada entre el profesional y los sujetos de cuidado. Son fundamentales los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, lealtad y fidelidad (10,11). Además, como profesionales de la salud, siempre debemos brindar un trato individualizado, por eso debemos diseñar los mejores cuidados para cada uno de ellos (12,13). Durante el acto de cuidado orientado, estos procedimientos se desarrollan en coherencia con los principios que orientan la profesión de enfermería, entre ellos la autonomía, la confidencialidad de la información y el respeto.

CONCLUSIÓN

La enfermería es una disciplina humanística que incluye el compromiso tanto del profesional como del paciente y su familia; comprende una serie de bases teóricas, conceptuales y éticas que sustentan el cuidado, incluyendo una visión integradora de sus sujetos de cuidado.

Cada profesional debe empoderarse de sus acciones y de la esencia del cuidado, a través de sus experiencias que aportan al crecimiento personal, profesional e incluso espiritual; de esa manera se podrá empezar a visibilizar nuestra profesión como el arte que es, al tenor del cual se pueden ofrecer cuidados individualizados de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a la vida por permitirme vivenciar estas situaciones, pues ellas me hacen un mejor enfermero y un profesional integral. Un agradecimiento especial a la paciente y a su familia por ofrecerme su amistad.

Referencias bibliográficas

1. Hernández L, Cogollo Z. Reflexionar sobre el sufrimiento mental, acerca al cuidado genuino: situación de cuidado. *Av Enferm.* 2020;38(1):95-101. doi:10.15446/av.enferm.v38n1.80710.
2. Veliz-Rojas L, Bianchetti Saavedra A. Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento. *Rev Enferm Actual Costa Rica.* 2017;32:186-96. doi:10.15517/revenf.v0i32.26989.
3. Marín Morales A, Bonilla Manchola A, Rojas Marín Z, Guarnizo Tole M. Manual para la administración de medicamentos desde el proceso de atención de enfermería. Bogotá: Editorial Universidad del Bosque; 2017.
4. Rodríguez Gómez S, Company-Sancho MC, Teixidó Colet N, Peñacoba Maestre D. Profesionales de enfermería en el abordaje de la fragilidad. *Rev Esp Salud Publica [Internet].* 2021;95:e202110175 [citado 21 feb 2026]. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/450>
5. Gil Alonso D. Cuidados de la familia: el cuidador principal. En: Portuondo Maseda MT, Martínez Castellanos T, Delgado Pacheco J, García Hernández P, Gil Alonso D, Mora Pardo JA, et al., editores. Manual de enfermería en prevención y rehabilitación cardíaca. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2009. p. 323-9.
6. Marini G, Longhini J, Ambrosi E, Canzan F, Konradsen H, Kabir ZN. Transitional care interventions in improving patient and caregiver outcomes after discharge: a scoping review. *Healthcare.* 2025;13(3):312. doi:10.3390/healthcare13030312.

7. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enferm Univ.* 2015;12(3):134-43. doi:10.1016/j.reu.2015.07.004.
8. Vasquez Munive M, Gonzalez Noguera T, Ramos de la Cruz E, Vargas Guerrero G. Una situación de enfermería: la empinada cumbre del crecimiento personal y profesional. *Duazary.* 2006;3(1):55-9. doi:10.21676/2389783X.607.
9. Hernández García GC, Cabrera Pivaral CE, Garay Rangel F. El desarrollo humano en la formación profesional de enfermería. *Rev Enferm.* 2004;12(1):3-7.
10. Gallardo AI. Evolución del conocimiento en enfermería. *Medwave.* 2011;11(4). doi:10.5867/medwave.2011.04.5001.
11. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004 (5 de octubre), por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia. *Diario Oficial.* 2004;45693.
12. Zárate Grajales RA. La gestión del cuidado de enfermería. *Index Enferm.* 2004;13(44-5):42-6.
13. Álvarez Cano LM, Barrera Arcila M, Madrigal Ramírez C. Calidad de la atención de enfermería: programa de auditoría en los servicios de salud. Medellín: Universidad CES; 2007.



CAPÍTULO II

ÁREA CLÍNICA/ HOSPITALIZACIÓN. "UN CUIDADO DIGNO HASTA EL FINAL"

Yolima Marleiby Manrique Anaya

INTRODUCCIÓN

La muerte constituye el hecho más innegable para todo ser humano. A lo largo de todas las épocas históricas y las culturas, las construcciones alegóricas, los amuletos y las tumbas conmemorativas, como las pirámides de los grandes faraones egipcios, reflejan el papel central que ha ocupado la muerte en la cosmovisión de los pueblos (1).

Con el avance de la ciencia y del conocimiento, el ser humano ha significado y resignificado la muerte en busca de nuevas formas de explicar ese desenlace inevitable para todos los seres vivos. La diferencia fundamental es que el ser humano es el único ser consciente de sí mismo, de su proceso de envejecimiento y del temor que siente frente a la muerte.

A diferencia de las culturas orientales o africanas, la sociedad occidental se caracteriza por sentir aversión hacia la muerte; por ello adopta con frecuencia una actitud negacionista. Incluso, desde el ámbito médico se han canalizado esfuerzos tecnológicos con el objetivo de conservar y prolongar la vida humana. Sin embargo, la preocupación por garantizar una muerte digna en las etapas finales es relativamente reciente. En ese sentido, destaca históricamente la labor de la doctora Cicely Saunders, quien creó en Inglaterra el primer centro especializado en cuidados al final de la vida. Su pensamiento revolucionario no se enfocaba en la curación, sino en la paliación (2).

En Colombia, la necesidad de los cuidados paliativos ha cobrado relevancia y visibilidad, especialmente a través de la Ley # 1733 de 2014, también conocida como «Ley Consuelo Devis Saavedra», la cual regula los cuidados paliativos. A pesar de algunos avances logrados en esa materia, el derecho a morir dignamente aún no se garantiza de forma plena (3).

En este contexto, el rol del profesional de enfermería en los cuidados paliativos puede verse limitado por las condiciones del sistema de salud. Aun así, para la enfermería el ser humano está en el centro de su sistema de valores, y el cuidado, incluso al final de la vida, es la esencia misma de la disciplina. Ante situaciones de esa naturaleza, la enfermera ejerce su compromiso con el paciente y su familia al acompañar, mitigar el dolor y el malestar; también promueve el confort y facilita los procesos de duelo (4). Ese cuidado entrena ciencia, compasión y humanismo (1).

Esa experiencia exitosa permite hacer una reflexión del cuidado de la enfermería en pacientes al final de la vida, en busca de satisfacer las necesidades de los pacientes y su familia de forma oportuna, dinámica y medible (5,6).

NARRATIVA DE ENFERMERÍA

Una mañana, al iniciar mi primer día de rotación, durante la entrega del turno, junto a mis compañeras y la profesora, observé a la señora «Ana» (seudónimo). Me llamó mucho la atención por las condiciones en las que se encontraba. Estaba acostada y tapada con una sábana que sólo la cubría hasta el abdomen, mientras que sus mamas quedaban descubiertas, lo cual nos parecía normal a todos los que estábamos allí. Sumado a eso, tras escuchar sus diagnósticos me causó impresión saber cuántas enfermedades juntas había en un sólo cuerpo.

Al terminar la entrega del turno y escuchar a los pacientes con quienes trabajaríamos, yo no dudé en escogerla a ella.

Al llegar nuevamente a su unidad, observé que la sábana la mantenía de la misma forma en que se la había visto antes, a pesar de que durante la entrega del turno ella había sido arreglada. Debido a que la señora Ana no hablaba, me dirigí a su hija que la acompañaba, y le expliqué que era mejor tenerla tapada para garantizar su intimidad. Ella me explicó que, aunque se le acomodara totalmente la sábana, Ana se la bajaría de nuevo. Consideré el volver a ponérsela y prender el ventilador para buscar un mejor confort para mi paciente.

Procedí luego a tomar los signos vitales, que en ese momento estaban normales; hice cambios de posición, apliqué las cremas hidratantes y curé una pequeña úlcera por la presión que presentaba en la región glútea derecha, estadio II. Con un poco de dificultad por la alteración neurológica, su Glasgow, ya deteriorado de 10/15, logré realizar su examen físico. Por tanto, decidí apoyarme en su nieta e indagar su evolución, para cuidarla no sólo en lo físico sino también en sus otras dimensiones. Su nieta afirmaba que, desde que la habían llevado al hospital, su abuela había perdido gradualmente el habla, la movilidad en miembros inferiores, la fuerza motora, el apetito, entre otras facultades.

Todo pasaba muy rápido, el deterioro se hacía mayor, al igual que su dependencia para su autocuidado. Ante la involución los médicos decidieron realizar más exámenes clínicos en un intento por comprender qué hacía que se estuviese apagando su vida; sus múltiples diagnósticos empeoraban: Insuficiencia cardíaca congestiva, bacteriemia por pseudomona, hipertensión arterial, gonartrosis severa por HC, insuficiencia renal aguda, masa retroperitoneal, fibrilación auricular, trombosis venosa profunda, sepsis probable foco pulmonar con falla multiorgánica, hipocalcemia. Varios de esos diagnósticos pudieron solucionarse (bacteriemia por pseudomona), pero nuestra paciente no tenía una mejoría notoria.

Mi interés por la evolución de su estado de salud me permitió seguir muy de cerca los cambios clínicos e interactuar con su familia; se estableció así un vínculo de empatía para enseñarles el cuidado sobre su piel reseca y desfacelada, la posición del cuerpo para sanar el edema de sus miembros inferiores; los cambios de posición cada dos horas, vigilar su tolerancia alimentaria, entre otros factores. Todo ello era la razón de llegar cada día al turno para cuidar de «Ana», en colaboración con su familia.

Durante la ronda médica, se me informó que la masa retroperitoneal era maligna no operable por distintos factores de riesgo, por lo que la paciente fue catalogada en fase terminal y candidata a cuidados paliativos para el control del dolor y el confort. Tras la ronda, conversé con su nieta, quien comprendía la gravedad del estado de su abuela y aceptaba su condición, pero manifestaba preocupación por la reacción de su madre, principal cuidadora. Fue entonces cuando comprendí que, en situaciones como la de Ana, el cuidado paliativo debe involucrar al paciente y de manera esencial al familiar más cercano, siendo este el verdadero sentido de lo que llamamos cuidado holístico.

Desde entonces mi cuidado estuvo centrado en la paciente y en tratar de acompañar a su familia ante el duelo. Es verdad todo cuanto se nos dice en la formación profesional sobre cuánto impacta emocionalmente poner una mano en un hombro; una escucha activa, un silencio y, por qué no decirlo, un abrazo. Esa es la enseñanza que me queda al comprender que el cuidado sí es posible humanizarlo cuando pasa la frontera de ver al paciente y sus diagnósticos clínicos como un ser digno de cuidado hasta el final de su vida.

Después de un fin de semana, me di cuenta que mi paciente ya no estaba en la unidad a la que había sido asignada; al preguntar por ella, me dieron la noticia de su fallecimiento. Entonces, comprendí la satisfacción generada por haber

cumplido mi deber. Durante el poco tiempo cerca de ella, aprendí la importancia de valorar a las personas cuando las tenemos cerca, para disfrutar todo su amor y cariño; ese amor sincero que solamente la familia puede brindarles.

ANÁLISIS DE PATRONES DEL CONOCIMIENTO

Personal

Estos patrones de comportamiento permiten comprender al paciente desde diferentes dimensiones; también ofrecen una base sólida para dar una atención integral, reflexiva y humanizada (10,11).

Con ese patrón de conocimiento es importante desarrollar la autenticidad como elemento indispensable en la relación con los otros, lo que implica revelar el «ser personal» (*lo que uno es en realidad, que es conocido en privado*) en cualquier momento o situación; mientras que el «ser externo» es el más comúnmente demostrado y fácilmente puede ser revelado a otros.

En la situación de cuidado se logró evidenciar el interés y apoyo que demostró la enfermera, lo cual ayudó a establecer una relación enfermera – paciente. Además, se va más allá de esa relación, puesto que se logra llegar a una relación cercana con el familiar del paciente; en mayor medida la persona que brinda información y apoyo para su cuidado.

Empírico

Se evidenció, en el momento en que se le realizó a la señora «Ana» el examen físico, la valoración, las intervenciones basadas en diagnósticos, la revisión de medicamentos recetados para posterior administración, la priorización de acuerdo con los problemas identificados para una atención óptima al paciente, la toma de signos vitales, la aplicación de

la escala de Glasgow y todo aquello que pone en práctica el conocimiento de la enfermería.

Estético

Para que este patrón se cumpla es necesario desarrollar habilidades de comunicación, ser creativos, empáticos y establecer una relación terapéutica humanizada con el paciente y su familia, a fin de identificar aspectos objetivos o subjetivos para detectar las necesidades reales de la persona que transita por una experiencia de salud - enfermedad. Sólo así se podrá crear un entorno favorecedor para su recuperación, o en caso contrario, apoyar en una muerte digna al paciente.

La enfermera brinda confort y apoyo con entrega para que la paciente tenga una muerte digna y sin sufrimiento. Este patrón se evidenció cuando se le brindó a la paciente «Ana» un cuidado que correspondiera a los cambios de posición, arreglo de la unidad, aplicación de crema antiescara e hidratante, en el momento en que se buscaba poner en todo su cuerpo la sábana que cubría solamente su abdomen, para que así hubiera expresión de respeto por su intimidad. Lo mismo funciona en todas aquellas actividades que brindan confort y comodidad al paciente.

Ético

Este patrón nos brinda la capacidad de mostrar sensibilidad en situaciones particulares, además de establecer vínculos con la familia y el equipo de salud para gestionar el cuidado; se puede demostrar un compromiso con la profesión, actuar con respeto, tolerancia, solidaridad, promover la autonomía, la justicia y, sobre todo, proteger al paciente al no causar daño alguno (11,12).

En tal situación se logró identificar la actitud de apoyo, lo que permitió que se le brindara atención a la paciente que demandaba sumo cuidado; se favoreció el respeto hacia ella y su cuidador. Crucial fue el momento en el que la señora «Ana» estaba descubierta en el área de sus senos; se le brindó un cuidado ético a ella y, además, se le explicó a su hija que era mejor mantenerla totalmente tapada con una sábana para evitar que sus glándulas mamarias estuviesen expuestas; así se cuidaría su apariencia e intimidad. Además, fue enseñante el hecho de comprender que en esa situación el cuidado debía ser un dúo entre el familiar más cercano y el paciente.

CONCLUSIÓN

El cuidado de enfermería en la muerte digna de un paciente con cuidados paliativos es fundamental para garantizar una despedida en paz, con respeto, empatía y alivio del sufrimiento. A través de una atención integral, centrada en la persona y sus valores, el profesional de enfermería acompaña con humanismo tanto al paciente como a su familia, y asegura que el proceso final de la vida transcurra con dignidad, confort y serenidad.

AGRADECIMIENTO

Debo agradecer a la familia de la paciente porque permitió, día a día, que los estudiantes y la docente pudiéramos aplicar la teoría en la práctica. A todo el equipo interdisciplinario de la institución clínica también gratitud por abrir las puertas a la práctica formativa y aportar a la generación de profesionales enfermeros con humanización, sobre todo en el momento final de una vida humana.

Referencias bibliográficas

1. Martínez M, Monleón M, Carretero Y, Merino MT, editores. *Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida*. España: Elsevier; 2012.
2. Lopera Betancur MA. Cuidados al final de la vida: una oportunidad para fortalecer el patrón emancipatorio de enfermería. *Av Enferm*. 2015;33(1):124-32. doi:10.15446/av.enferm.v33n1.37514.
3. Velarde-García JF, Luengo-González R, González-Hervías R, González-Cervantes S, Álvarez-Embarba B, Palacios-Cena D. Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería. *Gac Sanit*. 2017;31(4):299-304. doi:10.1016/j.gaceta.2016.11.006.
4. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004 (5 de octubre), por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia. *Diario Oficial*. 2004;45693.
5. Miranda-Limachi KE, Rodríguez-Núñez Y, Cajachagua-Castro M. Proceso de atención de enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enferm Univ*. 2019;16(4):374-89. doi:10.22201/eneo.23958421e.2019.4.623.
6. Naranjo-Hernández Y, González-Hernández L, Sánchez-Carmenate M. Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. *AMC*. 2018;22(6):831-42.
7. Zunzunegui MV. Los cuidados al final de la vida. *Gac Sanit*. 2018;32(4):319-20. doi:10.1016/j.gaceta.2018.04.007.
8. Gómez Ramírez OJ, Carrillo González GM, Arias EM. Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo. *Rev Latinoam Bioet*. 2016;17(1):60-79. doi:10.18359/rlbi.1764.

9. Céspedes M, Jaramillo D, Pulido S, Ruiz Y, Uribe M, Gutierrez M. Conocimiento y aplicación del proceso de enfermería. *Investig Educ Enferm*. 1994;12(2):87-103. doi:10.17533/udea.iee.19042.
10. Díez-Manglano J, Sánchez Muñoz LA, García Fenoll R, Freire E, Isasi de Isasmendi Pérez S, Carneiro AH, et al. Guía de práctica clínica de consenso sobre buenas prácticas en los cuidados al final de la vida de las Sociedades Española y Portuguesa de Medicina Interna. *Rev Clin Esp*. 2021;221(1):33-44. doi:10.1016/j.rce.2020.04.014.
11. García-Rueda N, Errasti-Ibarrondo B, Arantzamendi Solabarrieta M. La relación enfermera-paciente con enfermedad avanzada y terminal: revisión bibliográfica y análisis conceptual. *Med Paliat*. 2016;23(3):141-52. doi:10.1016/j.medipa.2014.01.003.
12. Sánchez Guio T, Becerril Ramírez N, Delgado Sevilla D. Atención y preparación del duelo en familiares de pacientes crónicos terminales: prueba piloto en Zaragoza. *RECIEN*. 2016;(11). doi:10.14198/recien.2016.11.03

ÁREA ASISTENCIAL/ URGENCIAS PEDIÁTRICAS. "SILENCIOS QUE SOLO LA EMPATÍA PUEDE ROMPER"

María Josefina Medina Peñaranda

INTRODUCCIÓN

La empatía es un componente fundamental dentro de la estructura del concepto de humanización del cuidado (1), en especial en el contexto de la enfermería pediátrica que permite a los profesionales de la salud, establecer una conexión emocional con los niños y sus familiares (2). Ser empático en la actualidad es un reto tanto para el enfermero profesional como para aquellos en formación. La experiencia nos demuestra que cada día se convierte el cuidado en algo mecánico y por cumplir con estándares y tiempo, no logramos conectar sensiblemente con nuestros pacientes. La empatía es definida como la capacidad de comprender y compartir los sentimientos y emociones de otro ser humano. Para la enfermería en el cuidado pediátrico es más relevante porque hay que ver las cosas desde la perspectiva del niño y su familia (3).

Es importante, para el cuidado pediátrico, ser empático porque nos permite mejorar la comunicación, reducir el estrés y la ansiedad que se generan por la hospitalización y, sobre todo, por la enfermedad y su tratamiento. La empatía ayuda a fortalecer la confianza, así se logra una mejor adherencia al tratamiento.

Es necesario que los profesionales de enfermería desarrollen habilidades empáticas como la escucha activa, la observación analítica y la validación de los sentimientos, para mejorar el cuidado y lograr que este sea eficiente y eficaz. Hoy se conoce que una buena o adecuada forma de comunicarse y un cuidado compasivo y empático se pueden aprender. Sin embargo, también se sabe que las habilidades de comunicación se encuentran muy relacionadas con rasgos específicos de la personalidad.

Por ello, para unas personas será más sencillo dicho aprendizaje que para otras (4). La comunicación no verbal es muy importante. No se debe olvidar que un 80 % de lo que las personas comunican sucede por método no verbal, razón por la cual se les debe prestar la atención que merecen. A veces es más importante el «cómo se dice algo» que lo que se dice. Tanto la expresión de la cara como el contacto visual, así como los gestos, la voz y las posturas corporales, son determinantes a la hora de actuar y de comunicarse de forma correcta (5).

NARRATIVA DE ENFERMERÍA

Era el inicio de la práctica de enfermería. Yo, como docente, iniciaba la inducción con los estudiantes. Era un grupo de seis personas deseosas de poner en práctica todo lo que habían aprendido durante el procedimiento de la teoría. Al momento de realizar la asignación de los pacientes a cada uno de los estudiantes, en la sala de hospitalizados pediátricos se encontraba Juan David, un niño de 11 años, que padecía de sida, hidrocefalia e insuficiencia renal; era hijo de una prostituta de un municipio cercano a Cartagena. Ella murió cuando nació Juan. Él tenía cuatro hermanos y estaba a cargo de la hermana mayor que tenía 2 hijos; por esa razón ella no se encontraba en ese momento en el hospital.

En el primer encuentro con el niño, yo me presenté, lo acaricié en una mejilla, sin encontrar una respuesta de él; solamente se extasiaba por un rato mirando a su alrededor y luego se perdía en el tiempo. No respondía nunca a las preguntas formuladas. En ese momento, yo no supe qué hacer, me cuestionaba si el cuidado del niño sería una buena oportunidad de aprendizaje para las estudiantes en práctica formativa. Ninguna de ellas, nerviosas y ansiosas por conocer la situación del niño, quería que yo se lo asignara como paciente. Al llegar la psicóloga de la institución, me comentó que sería buena la interacción con Juan, ya que él permanecía muy solo; que sería conveniente asignar dos estudiantes para acompañarlo.

Al terminar el recorrido por la institución y antes de iniciar el cuidado directo, asigné a Angélica y Lira, dos estudiantes con cualidades personales adecuadas para el trato con niños, y quienes resultaban claves en el caso. Aunque se presentaron, el paciente no respondió y mostró una actitud apática y pocas ganas de vivir. Al cierre del turno, durante la evaluación de la práctica, las estudiantes manifestaron su inquietud por la falta de reacción del niño. Les aclaré que su enfermedad no le impedía comunicarse, sino que era su actitud que no lo dejaba ser abierto, y les pedí dar tiempo para generar confianza. Así finalizó ese día de práctica.

Ya habían transcurrido cuatro días de estar en el hospital. Era viernes y nuestro último día de prácticas de esa semana. Las estudiantes que habían sido asignadas para cuidar a Juan le llevaban algo diferente todos los días para que usara: Colores, pinturas, revistas y cuentos para recrearlo, ya que por su condición él no salía de la habitación. Ese día las estudiantes le entregaron unas hojas en blanco para que él escribiera lo que deseara. El niño se las recibió junto con un lápiz, y las puso a un lado. Ellas se sintieron desubicadas y confundidas; me dijeron: «Profe, él ni escribir quiere». El chico escuchó, nos miró y se volteó.

Finalizó la jornada, y nos despedimos del niño, como lo hacíamos todos los días. Una de ellas le dijo: «Bueno Juan, nos veremos el lunes en la fiesta de despedida de la rotación». El lunes siguiente, al llegar a la práctica y a preparar la despedida con los niños, nos encontramos con que Juan había muerto; su estado de salud se había complicado durante el fin de semana y se apagó su existencia. Ese suceso causó un enorme impacto en todas nosotras, que estábamos acostumbradas a tratar de cerca con él, aunque no nos hablara. En ese momento, la psicóloga se me acercó y me entregó un papel que había encontrado en la habitación del niño. Allí, él escribió sobre varios asuntos; describió lo triste que fue su vida desde que nació, lo infeliz de su infancia y, al final, se refirió a mis estudiantes con nombre propio, detalle que me causó admiración, ya que él nunca les respondió sus preguntas; en la hoja también se despedía y les agradecía porque «dijo» nunca había tenido un momento tan feliz como ¡cuando las conoció a ellas!

Entonces supe cuán importante es realizar nuestro cuidado con gran esmero, sin importar la reacción de los pacientes.

ANÁLISIS DE PATRONES DEL CONOCIMIENTO

Personal

Durante nuestra experiencia clínica, el cuidado brindado a Juan, niño con dificultades en la comunicación y en la expresión emocional, representó un escenario donde el conocimiento personal cobró un valor fundamental. Desde el primer momento, las cualidades individuales de cada una de nosotras como enfermeras permitieron identificar y comprender las características únicas de su comportamiento; lo cual fue clave para establecer una interacción genuina y respetuosa (6).

Nuestro interés y motivación por generar una conexión con él no se desvanecieron ante los silencios o por la falta de respuestas inmediatas. Al contrario, cada gesto, mirada o pequeña señal, se convirtió en una valiosa oportunidad para conocerlo más y adecuar nuestro cuidado a sus necesidades particulares. Fue en ese proceso, en el que la paciencia se convirtió en una herramienta esencial; entendimos que el verdadero cuidado no espera recompensa, sino que nace del deseo profundo de acompañar y aliviar, aunque no se reciba ninguna respuesta.

En todo momento el compromiso con Juan fue el motor de nuestras acciones. No se trataba sólo de cumplir con una responsabilidad académica, sino de estar presentes desde lo humano, respetando su tiempo, su espacio y su forma de expresarse. Esa experiencia no sólo fortaleció nuestras habilidades clínicas, sino también nuestro sentido ético y vocacional, y reafirmó la esencia del cuidado de enfermería como un acto profundamente humano (7).

Empírico

El conocimiento empírico, sustentado en la teoría y la experiencia, fue esencial en la atención brindada a Juan. Ese niño, además de enfrentar una enfermedad letal como el sida, vivía un profundo conflicto emocional. A partir del análisis de sus respuestas fisiológicas y psicológicas, logramos interpretar que su sufrimiento iba más allá del diagnóstico clínico; en él habitaban sentimientos de desesperanza, resentimiento y una marcada falta de deseo de vivir (8).

Gracias a nuestra formación académica, comprendimos que tratar la enfermedad requería algo más que medicamentos. Por eso implementamos diversas estrategias de intervención que buscaron transformar su estado de ánimo, generando espacios de confianza y seguridad emocional. A través

de juegos, conversaciones y gestos de afecto, fuimos acercándonos poco a poco a su mundo interior (9). En ese proceso de observación y acción identificamos que el verdadero reto no era solamente su condición médica, sino el profundo dolor emocional que cargaba en su interior. Las ganas de morir que expresaba y el resentimiento hacia su propia vida eran señales que no podían ignorarse y que nos impulsaron a cuidar desde la empatía, la escucha activa y la comprensión integral del ser humano.

Esa experiencia nos enseñó que el conocimiento empírico no solamente se basa en lo observable, sino también en lo que se percibe desde la sensibilidad del cuidado. Entender a Juan fue posible gracias a la unión entre teoría, práctica y una mirada humana que va más allá de los síntomas.

Ético

El conocimiento ético se manifestó con fuerza durante el cuidado brindado a Juan. Desde el primer momento, tanto la docente como las estudiantes, comprendimos que más allá del diagnóstico había una persona con dignidad, emociones y necesidades que debían ser atendidas con respeto y sensibilidad. El abordaje que se le dio al caso reflejó un compromiso profundo con los principios de la ética en enfermería: La justicia, la equidad, beneficencia y sobre todo, el respeto por la vida humana. En ningún momento la enfermedad fue vista como un límite o una barrera para la interacción. Por el contrario, se le priorizó como ser humano, reconociendo que su bienestar emocional era tan importante como su tratamiento físico sin importar el pronóstico de la enfermedad.

Se generó un espacio de cuidado libre de prejuicios, donde el contacto, la cercanía y la comunicación se desarrollaron con total naturalidad; ello permitió que Juan se sintiera valorado y aceptado. Esa experiencia nos recordó que el verdadero

acto de cuidar implica ver al otro sin etiquetas y reconocer su derecho a recibir atención con calidez y humanidad, sin importar su condición.

Esa fue una vivencia que reafirmó nuestra vocación y nos hizo más conscientes del poder transformador de la ética en el cuidado: Una que se practica, se siente y se refleja en cada gesto de respeto, mirada sin juicio y acto de presencia genuina ante el sufrimiento del otro.

Estético

El conocimiento estético en enfermería se expresa en esos momentos en los que el cuidado trasciende lo técnico y se convierte en un arte, en una conexión sutil que nace de la sensibilidad y la intuición (10,11). Durante nuestra experiencia con Juan esa dimensión del cuidado se hizo evidente desde el primer encuentro.

A pesar de que el paciente no deseaba responder a nuestras preguntas, tanto la docente como los estudiantes, comprendimos que su silencio también era una forma de comunicación. Le hablamos con delicadeza, le ofrecimos compañía con palabras suaves, gestos amables y presencia constante, sin forzarlo, respetando su tiempo y su espacio emocional. Esa comunicación silenciosa se convirtió en un puente que nos permitió mantener viva la interrelación, aún sin respuestas verbales.

Empleamos estímulos verbales y no verbales —una sonrisa, una caricia, una mirada— como formas de invitarlo a reaccionar, a sentirse seguro y contenido. Cada gesto fue una expresión del arte de cuidar, en el que el lenguaje del cuerpo y la emoción toman un papel fundamental.

El momento en que recibimos la noticia de su muerte nos enfrentó a la fragilidad de la vida y al impacto que un paciente puede dejar en quienes lo cuidan. La empatía del

equipo, manifestada en el dolor compartido y el respeto por su partida, reflejó el lazo invisible ahí presente que habíamos construido. Comprendimos que habíamos cuidado con el alma y que, aunque breve, el vínculo con Juan había sido profundamente significativo.

Esa vivencia nos enseñó que el conocimiento estético es también un acto de amor, con el que la enfermería se convierte en el arte al tocar la vida del otro con respeto, belleza y compasión.

CONCLUSIÓN

Para buscar el desarrollo autónomo de la disciplina profesional de la enfermería se necesita que los profesionales que la ejercen describan sus experiencias vividas en el quehacer habitual, y destaquen aspectos significativos de las teorías y el desarrollo de la práctica.

La experiencia de ser un profesional de enfermería, docente del área de pediatría, es una oportunidad única y enriquecedora que combina mi pasión por enseñar y la dedicación a la atención de niños y su cuidador.

Concluyo que para cuidar no necesariamente hay que usar palabras. En esta narrativa las miradas, el tacto, la disposición, las posturas y la proximidad que se tuvieron con Juan se convirtieron en aspectos fundamentales para propiciar un cuidado empático y agradecido.

AGRADECIMIENTO

Hoy más que nunca considero importante agradecer a cada uno de los seres humanos que nos han permitido hacer parte de su historia. Con ello también transformaron al enfermero que los cuidó.

Referencias bibliográficas

1. Sousa K, Damasceno C, Almeida C, Magalhães J, Ferreira MA. Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care. *Rev Gaucha Enferm.* 2019;40:e20180263. doi:10.1590/1983-1447.2019.20180263.
2. Triana-Restrepo MC. La empatía en la relación enfermera-paciente. *Av Enferm.* 2017;35(2):121-2. doi:10.15446/av.enferm.v35n2.66941.
3. Martos Enrique M, Galiana Camacho T, León Latorre MI. La empatía como herramienta del cuidado enfermero en servicios de oncología pediátrica. *Rev Esp Comun Salud.* 2020;11(1):107-14. doi:10.20318/recs.2020.4917.
4. Díaz Oviedo A, Villanueva Delgado IA, Martínez Licon JF. Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: un diagnóstico para una intervención socioeducativa. *Esc Anna Nery.* 2020;24(2):e20190238. doi:10.1590/2177-9465-EAN-2019-0238.
5. Ayuso Murillo D. Empatía y habilidades sociales en enfermeras asistenciales en el Servicio Madrileño de Salud. *Comunitania.* 2016;(12):111-25. doi:10.5944/comunitania.12.6.
6. Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS Adv Nurs Sci.* 1978;1(1):13-23. doi:10.1097/00012272-197810000-00004.
7. Durán de Villalobos MM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichan* [Internet]. 2005;5(1):86-95 [citado 13 feb 2026]. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/62>
8. Chaparro L. Patrones de conocimiento de enfermería: relación con los niveles de abstracción del conocimiento de enfermería. En: *Avances en el cuidado de enfermería*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010. p. 61-79.
9. Cordero da Silva JA, Guerreiro Pereira Abdul Massih C, Azevedo Valente D, Ferreira de Souza D, Monteiro MRLC, Morais Rodrigues R. Teaching empathy in healthcare: an integrative review. *Rev Bioet.* 2022;30(4). doi:10.1590/1983-80422022304563EN.

10. Gutiérrez de Reales E. Patrón de conocimiento estético. En: La investigación y el cuidado en América Latina. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2005. P.37-44
11. Silva MC, Sorrell JM, Sorrell CD. From Carper's patterns of knowing to way of being: an ontological philosophical shifting in nursing. Adv Nurs Sci. 1995;18(1):1-13. doi:10.1097/00012272-199509000-00002



CAPÍTULO IV

ÁREA ASISTENCIAL/ URGENCIAS OBSTÉTRICAS. NARRATIVA DE ENFERMERÍA: "ACOMPAÑANDO A LA FUTURA MADRE"

Angy Liceth Campo Montenegro - Edna Carolina Peñaloza

INTRODUCCIÓN

El acompañamiento de enfermería en los diversos cursos de la vida y en situaciones de vulnerabilidad, se ha convertido en un factor importante en la existencia de las personas que son cuidadas. Se establece que la presencia es una de las intervenciones sencillas que generan impacto al contribuir en cambios conductuales y actitudinales frente a la salud.

Un estudio demostró la relevancia de la actuación del profesional de enfermería desde el proceso de gestación hasta el puerperio como importante indicador de bienestar; se demostró también que a través del acto de cuidado se promovieron la seguridad y la confianza, y se favoreció una participación activa de las gestantes en su autocuidado, así como una mayor preparación para afrontar los desafíos propios del proceso (1).

La incertidumbre es uno de los sentimientos más vivenciales en una gestante con antecedente de pérdidas. De hecho, el encontrarse en riesgo de perder un nuevo bebé la convierte en una persona vulnerable, sensible, abrumada y con desconocimiento de cómo actuar o expresarse. Bajo este contexto, algunos autores señalan una coexistencia de emociones que inducen a intensificar los factores de

riesgo o de problema a nivel clínico en las gestantes que se encuentran en esas situaciones (2).

En ese mismo sentido, la literatura revela la importancia de enfocar el proceso de atención de enfermería en los aspectos psicosociales de las gestantes, para obtener cambios favorables a nivel fisiológico (3). En efecto, se establece que comprender las emociones afrontadas por las gestantes, contribuye a que el profesional de salud pueda gestionar mejor el autocuidado (4).

Por lo anterior, la siguiente narrativa expone el significado de una vivencia, que despertó interés e indujo a la reflexión sobre la importancia de optimizar los encuentros con el paciente, y centralizar los cuidados en aspectos psicosociales, tales como la escucha, el contacto físico como abrazos y toma de manos, y la verbalización de palabras de motivación.

NARRATIVA DE ENFERMERÍA

Era un día complicado de servicio tenía turno completo. No había dormido lo suficiente la noche anterior por compromisos en la entrega de mis productos de práctica; además, durante toda la mañana hubo muchos ingresos al servicio. Por si fuese poco, durante toda esa mañana llovió intensamente; era como si Dios estuviese avisando que algo no muy bueno iba a suceder.

Eran más o menos las 2:00 de la tarde. Yo estaba realizando las tareas referentes al servicio cuando, de un momento a otro, recibí la prescripción médica para la paciente a quien llamaremos «Ruth». Era una gestante con antecedente de un aborto espontáneo. Ella ingresó al servicio porque presentaba cefalea constante, además de zumbidos en los oídos y edema en los miembros inferiores.

Apenas leí ese cuadro clínico, me dispuse a cumplir con las intervenciones colaborativas de enfermería, tales como solicitar los insumos y medicamentos para asegurar un acceso venoso periférico con solución salina normal al 0.9 %; valorar sus signos vitales y realizar un monitoreo fetal, además de tomar unas muestras de laboratorio para que fuesen procesadas a fin de poder diagnosticar clínicamente su alteración pues la sospecha médica - en ese momento- era de preeclampsia; así que me dirigí a localizar a la usuaria y cuando me acerqué a ella la vi sentada en una silla de la sala de admisión. En ese momento, al mirar los rasgos de su rostro, pude notar la preocupación tan grande que la habitaba. Me acerqué a ella con una expresión cálida y la saludé con muy buena actitud; me presenté y le dije que yo era la enfermera encargada de realizarle un procedimiento. Ella me miró a la cara y respondió a mi saludo con voz entrecortada; le pregunté cómo se sentía, a lo cual me dijo: «Muy mal, me duele mucho la cabeza y además, mire mis piernas; están hinchadísimas. Estoy muy preocupada porque mi presión está muy alta. Tengo miedo de que esto afecte a mi bebé. Desde hace tiempo mi pareja y yo queremos ser papás, pero mi primer embarazo terminó en un aborto. Ahora presiento que podría pasar lo mismo, yo no quiero perder a mi hijita». Cuando terminó de decir esto último, sus ojos se humedecieron y una lágrima corrió por sus mejillas.

En ese momento, yo sentí un vacío en mi pecho. Me conmovió tanto su caso, que por un milisegundo me puse en su situación; por un instante pensé en qué ocurriría si fuese yo quien deseara convertirme en madre y sintiera esa sensación de que podría perder a mi hijo. Me preocupé mucho, pero yo tenía que actuar; ayudar a esa mamita. Decidida, mirando a «Ruth» a los ojos, puse mi mano en su hombro derecho. A pesar de que por tener puesto un tapabocas ella no podía ver mi sonrisa, con voz cálida le dije: «Tranquila, doña

Ruth, todo saldrá bien. Aquí haremos todo lo posible para minimizar los riesgos que pueda usted tener».

Enseguida, afirmé mi compromiso con ella; además, le sugerí que se mantuviera tranquila y de esa manera ayudaría en nuestro trabajo y en el bienestar de su bebé. Le expliqué que su estado emocional también sería uno de los factores que podrían contribuir a que su tensión arterial estuviese alta. Ella, mirándome a la cara, cerró sus ojos y suspiró profundamente. Entonces, logré evidenciar que «Ruth» seguiría mi consejo. Fue así como empezó a limpiar sus lágrimas y me agradeció por el apoyo brindado.

En ese momento, a pesar de lo poco que yo había hecho, sentí una gran satisfacción al saber que pude establecer una buena relación enfermera – paciente; además, sentí alegría al ver cómo con una simple voz de aliento, podía aliviar el temor y la preocupación de esa persona.

Una vez ejecutadas las órdenes médicas y tras dejar a «Ruth» en una camilla, en adecuadas condiciones y en compañía de su familiar, me retiré del cuarto llevando el registro del monitoreo fetal al médico tratante para que lo analizara. Después me dediqué a cumplir otras tareas dentro de mi área. Mientras salían los resultados de los laboratorios y la ginecóloga de turno pasaba al área para valorar a «Ruth», yo pasaba frecuentemente por su camilla y revisaba los signos vitales y el estado anímico; la notaba aún preocupada, ya no como antes, pero sí estaba a la expectativa respecto a los resultados y a lo que definiera el médico para su tratamiento.

Tiempo después, la usuaria fue valorada por la ginecóloga de turno junto con el médico tratante. Ambos estudiaron los resultados de los laboratorios y con base en los parámetros fisiológicos presentados en el monitoreo de signos vitales, concluyeron que la paciente presentaba preeclampsia severa; los profesionales le explicaron a la usuaria que ellos

debían tratar el cuadro clínico de tensión arterial alta y que la remitirían a una clínica de Cúcuta para el procedimiento inducido del parto. Así que ella debía ir preparando todas sus pertenencias junto con las de su bebé no nacido, y definir cuál familiar la acompañaría en la remisión.

«Ruth» no entendía lo que estaba pasando, pues, a pesar de que los médicos le explicaron la conducta, tal vez por la terminología científica utilizada o por la poca información brindada, esa noticia le generó más tensión.

Al ver el grado de tensión de la paciente y como nadie se preocupaba por animarla o calmarla, me acerqué a ella y le expliqué que su situación era compleja, pero que las medidas sanitarias que se iban a tomar le ayudarían a que ella y su criatura estuviesen bien. Le volví a pedir que estuviera lo más tranquila posible, pues su preocupación podría complicar más los niveles de tensión arterial. Ella, con voz nerviosa, lo único que me preguntó fue: «¿Mi bebé va a estar bien?». Entonces surgió un dilema, pues yo no podía asegurar algo que probablemente no ocurriera; no debía darle falsas esperanzas. Aunque, según la patología y las medidas que se le estaban y se continuarían realizando, se aseguraba un buen desenlace; yo sólo dije: «Hay que tener fe en que todo saldrá bien, usted debe tener en cuenta que todo lo que estamos haciendo aquí y lo que le van a hacer cuando llegue a Cúcuta es para asegurar su salud y la de su hijo por nacer». Ella apenas respondió: «Gracias de verdad, qué pena con usted por molestarla tanto con esto; estoy muy preocupada». Yo le dije: «Tranquila, yo estoy aquí para lo que usted necesite. Por ahora, voy a preparar las órdenes que dio la ginecóloga, después volveré a estar con usted».

Salí de la habitación sabiendo muy bien que mi compromiso era proporcionar los mejores cuidados a esa paciente; inicié por administrar los medicamentos y de forma paralela la gestión para la remisión.

Cuando entré nuevamente al cuarto donde se encontraba «Ruth», ya estaba con ella su esposo, lo noté un poco desesperado, así que le dije que se calmara; le expliqué toda la situación en relación al diagnóstico y le aclaré las dudas que tenía. Él, preocupado, agarraba una mano de su esposa y detallaba cada acción que yo realizaba, mientras preparaba todos los insumos y medicamentos para los procedimientos.

En cada una de las acciones ejecutadas proporcioné apoyo emocional y confort. Las dos hablamos de todo un poco, me contó sobre su vida, hasta me confió que su hija se llamaría Isabela; en ese momento comprendí que la usuaria sentía mucha confianza conmigo y que, a la vez, por medio del diálogo entablado se había establecido una relación de confianza y empatía.

Después de un tiempo, cuando obtuvimos respuesta de la contrarreferencia en la cual aceptaban a la paciente en una clínica de la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander, se organizó todo para su traslado y se entregó la usuaria al equipo médico encargado del traslado hasta esa ciudad. Yo aproveché esos momentos breves para despedirme de ella. Le recalqué que todo saldría bien, que ella debía tener mucha fe y tranquilidad, que se enfocara en pensar que ya pronto tendría a su ‘chiquitina’ entre sus brazos.

A todo cuanto le dije ella sonrió. Ya más tranquila, se despidió de mí agradeciéndome por los cuidados brindados, sobre todo por el ánimo y acompañamiento que le di durante su paso por el hospital. Me ofreció muchas bendiciones y recalcó que el trabajo de los enfermeros es muy duro, pero que, aun así, nosotros siempre mostramos nuestro humanismo y los mejores cuidados para los pacientes; que siguiera así siempre, prestando una atención cordial. Finalmente, juntos, acompañados del equipo de salud, egresaron de la institución hospitalaria.

Al verlos salir por la puerta de urgencias sentí gran satisfacción y alegría, pues sabía que aparte de brindar los mejores cuidados, a pesar de lo cansada que estuviera o de lo complicado que fuera el día, mi motivación por hacer las cosas bien, por brindar un cuidado humanizado y -sobre todo- seguro para cada uno de los pacientes a fin de lograr que egresen de la institución en adecuadas condiciones, me motivaba y me hacía olvidar toda esa carga o el cansancio que sintiera. En ese momento logré ver que mi sueño de niña se estaba haciendo realidad: ayudar a las personas a sanar sus alteraciones, lograr que sanara su alma afectada por preocupaciones con un cuidado humanizado y generado por la bondad y el corazón.

ANÁLISIS DE LOS PATRONES DE CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA

Personal

Este patrón se desarrolla cuando el enfermero se dirige a la persona no como un objeto o una categoría de enfermedad, sino que se esfuerza por «hacer realidad una relación personal auténtica entre dos personas» (5).

Al conocerme a mí misma, mis sentimientos y valores y ponerme en el lugar de la otra persona; actitud con la que mis pensamientos apuntaban a «¿qué tal que fuese yo quien estuviera en esa situación?», conociendo mis límites como profesional y persona, pude comprender varios aspectos del sujeto de cuidado que me permitió conocer sus necesidades; logré así brindarle además de los cuidados clínicos, el apoyo, la comprensión y la calma necesarias.

Es importante desarrollar este patrón para entender que la transformación debe ser, primordialmente personal; iniciarse en cada cuidador, mejorar, redimensionar conceptos, prácticas, seguir un método científico dinámico y

profundizar en nuestras raíces conceptuales para satisfacer en la eterna necesidad de crecimiento personal (6).

Empírico

El patrón empírico fue designado como «la ciencia de enfermería»; hace referencia al empleo de leyes generales y teorías con el propósito de «describir, explicar y predecir fenómenos de especial preocupación para la disciplina»; entregar evidencia empírica que puede ser empleada para la organización y clasificación del conocimiento en enfermería (7).

Al identificar la ansiedad y el temor de una usuaria que no comprende su situación debido al desconocimiento de las posibles complicaciones de su patología y de su conducta en el manejo de los cuidados hospitalarios, es posible establecer para ella intervenciones fundamentadas en una teoría propia de enfermería. En este caso expuesto, en la teoría de Kristen Swanson llamada «Teoría de los cuidados», la autora concibe los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. Propone cinco procesos básicos: Conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias (8). Es así como, al conocer el manejo de la patología de preeclampsia, se establecen y brindan cuidados acordes con la necesidad del paciente; se realizan técnicas y procedimientos seguros, reconociendo el plan medicamentoso y las respectivas indicaciones, además de conocer que el escuchar, comprender y apoyar, logra una mejora en el estado anímico y de salud del paciente.

Estético

Es considerado como el arte de la enfermería en razón a que involucra sentimientos en la creación y apreciación de las situaciones que determinan el actuar disciplinar, por lo que,

definitivamente, no sólo se incluyen habilidades cognitivas, manuales o técnicas, sino también aspectos actitudinales (9).

Este patrón se pudo evidenciar en las habilidades de comunicación efectiva con «Ruth», por medio de las cuales se logró crear una adecuada relación enfermero-paciente.

El personal de enfermería permanece al cuidado de los pacientes. Los enfermeros brindan asistencia de naturaleza biológica, técnica, psicológica, social y espiritual; las relaciones interpersonales sustentan la realización de sus actividades. Por esas razones, diversos autores consideran que la relación personal tiene un efecto terapéutico, en algunos casos afirman que esa relación puede ser determinante para el éxito de su desempeño (10).

Mediante la empatía demostrada en cada acción y en cada palabra, se pudieron conocer los sentimientos, pensamientos y temores de la usuaria; se mostraron así esas necesidades humanas que ella tenía y a través de esa interacción, escucha activa y apoyo emocional, la relación construyó un vínculo significativo tanto a nivel del profesional como de la persona cuidada; además, se transformó el encuentro, el cual llevó a concluir en acciones que estuviesen vinculadas al adecuado cuidado del caso índice.

Ético

Este patrón se relaciona con asuntos de deber, derechos, obligaciones e imperativos morales. El conocimiento ético también dirige juicios y acciones que, aunque no son imperativos, obligaciones o deberes morales, sí pueden ser acciones buenas, nobles u honorables. Aunque el conocimiento ético es comunicable a través de los símbolos del lenguaje, no es público, verificable y común en el mismo sentido que lo empírico (11).

La aplicación y el conocimiento de los enfoques éticos y bioéticos son indispensables para modificar ideas, hábitos y conductas éticas relacionadas con el ejercicio profesional. Ello permite, a su vez, elevar el nivel de la calidad en la atención de los pacientes. La calidad en la atención de enfermería es una manifestación de la equidad, eficiencia y eficacia de las acciones, así como de la satisfacción del paciente (9).

Se evidencia el compromiso del estudiante con sus pacientes de cuidado: El bebé y la madre. Se cuida la vida de las personas asumiendo una actitud de apoyo, prudencia y adecuada comunicación e información; así mismo, se asume una conducta respetuosa y tolerante. Se evidencia el cumplimiento de los cuatro principios bioéticos: Beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, durante toda la atención brindada a la persona cuidada (12).

CONCLUSIÓN

Se identificó la importancia que tiene el análisis de la narrativa del caso de enfermería de una gestante con un cuadro clínico de preeclampsia, la cual estaba muy preocupada por la situación presentada en el ámbito hospitalario de urgencias, donde se visualizó el valor de la profesión. La narrativa es un elemento sustancioso, pues demuestra aplicabilidad en los procesos de enfermería para comunicar momentos: El significado de una vivencia, los cambios y la realidad. La narrativa permitió reconocer la importancia de la presencia y acompañamiento de enfermería en eventos vitales que se podrían considerar normales como el proceso de gestación, pero que traen consigo sensaciones de incertidumbre, vulnerabilidad, pérdida de control y autonomía personal; reflexionar sobre esas condiciones por la que pasa la mujer y su familia nos invita a tener una posición más empática y compasiva sin detrimento de lo técnico científico.

AGRADECIMIENTO

Primeramente, doy gracias a Dios por permitirme evidenciar y compartir esta experiencia. Al personal del servicio de urgencias por recibirme en su servicio con calidez, por sus orientaciones, consejos, comprensión; enseñarme aspectos nuevos en mis prácticas de campos de acción profesional. A los pacientes, quienes han confiado en mí, en especial a «Ruth» por ser la protagonista de esta narrativa, de la cual me siento muy orgullosa, pues hice mi mejor esfuerzo para plasmar esta historia que me marcó en el servicio.

Referencias bibliográficas

1. Campos Quintero L, Vásquez Truissi ML. El cuidado de enfermería generador de confianza de la mujer durante el trabajo de parto. *Rev Colomb Enferm* [Internet]. 2021;20(1):1-13 [citado 20 ene 2026]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8064430>
2. López Sánchez A, López Romero S. Experiencia de las mujeres y sus parejas durante el embarazo tras una pérdida gestacional: protocolo de un estudio cualitativo. *Enferm Cuid*. 2024;7:177-86. doi:10.51326/ec.7.2787350.
3. Nivelá Jiménez JY. Proceso de atención de enfermería en gestante de 22 semanas con diagnóstico de óbito fetal más shock hipovolémico. Babahoyo - Los Ríos - Ecuador 2024 [tesis de grado en Internet]. Babahoyo: Universidad Técnica de Babahoyo; 2024 [citado 25 ene 2026]. Disponible en: <https://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/16566/E-UTB-FCS-ENF.R-000873.pdf>
4. Quijano-Bermeo JK, Orbea-Veloz RE, González-Naranjo DE. Experiencias y sentimientos de la gestante al cursar un embarazo de alto riesgo: una revisión sistemática. *MQR Investigar*. 2025;9(1):e375. doi:10.56048/MQR20225.9.1.2025.e375.
5. Muñoz Angel YM. Patrón de conocimiento personal identificado en narrativas de profesores de enfermería. *Rev Cuidarte*. 2019;10(2):1-19. doi:10.15649/cuidarte.v10i2.688.

6. Muñoz Campo FE. Patrones de conocimiento en enfermería [tesis de grado]. Popayán: Universidad del Cauca; 2012.
7. Rodríguez Campo VA, Valenzuela Suazo S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Enferm Glob.* 2012;11(4):316-22.
8. Enríquez-Quintero ID, López-Cisneros MA, Calixto-Olalde MG. Empatía en la relación enfermera-paciente: perspectiva de los patrones del conocimiento de Barbara Carper. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2019;27(4):230-6 [citado 6 feb 2026]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92844>
9. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enferm Univ.* 2015;12(3):134-43. doi:10.1016/j.reu.2015.07.004.
10. Colmenares Robles ZC, Moya Plata D, Herrera IdV. Desde la enfermería basada en evidencia: patrones de conocimiento: mirando su narrativa: fenómeno del cuidado. *Cult Cuid.* 2020;(58):196-206. doi:10.14198/cuid.2020.58.17.
11. Mora Guillart L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Rev Cuba Oftalmol* [Internet]. 2015;28(2):228-33 [citado 4 dic 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009
12. Osorio Castaño JH. Patrón de conocimiento socio-político en enfermería: reflexiones conceptuales. *Rev Cuid.* 2016;7(2):1352-7. doi:10.15649/cuidarte.v7i2.319



CAPÍTULO V

ÁREA CLÍNICA/ URGENCIAS PEDIÁTRICAS. "VIVENCIA ANTE LA INJUSTICIA Y EL DOLOR"

Karoll Yerleyza Mogollón-Gauta

INTRODUCCIÓN

El servicio de urgencias continuamente registra situaciones sensibles para el ser humano. Se establece que detrás de cada atención hay una historia por contar.

El profesional de enfermería, gracias a su capacidad de respuesta inmediata, al juicio clínico y a las competencias en el hacer y el saber, se convierte en el profesional mejor preparado para atender las diversas demandas en el servicio de urgencias. Sin embargo, se considera que los enfermeros, en muchas ocasiones, flaquean emocionalmente ante situaciones que impactan las formas de entender la vida. A pesar de ello, algunos autores establecen que el vivenciar de forma cercana y continua las pérdidas de personas mientras se cuida de ellas contribuye a afrontar la vida con una actitud reconstruida de sí mismos (1).

El maltrato infantil con desenlace en la muerte, son dos fenómenos alarmantes sucedidos en un solo momento y a una sola persona indefensa (2), que lo complejiza al conocer que la causa es provocada por uno de los dos padres de familia.

Estas situaciones particulares permiten que la práctica de enfermería no se circunscriba solamente a las atenciones de síntomas y signos clínicos, sino que va más allá en función de comprender las respuestas humanas (3) y de poder centralizar sus cuidados en el acompañamiento al duelo, enseñanza en las pautas de crianza y búsqueda de nuevas redes de apoyo.

En efecto, el profesional de enfermería no sólo expresa su conocimiento tácito, emocional y ético, sino que también reconstruye el sentido profundo del cuidado y reconoce a los pacientes como sujetos integrales; simultáneamente, se reconoce a sí mismo como un profesional reflexivo y humano.

A través del uso de narrativas se fortalecen competencias, como la empatía, la escucha activa, la dinamización de la comunicación y la toma de decisiones éticas (4). En este contexto, la narrativa «vivencia ante la injusticia y el dolor», se convierte no solamente en una vivencia personal, sino en un acto transformador que permite dar voz a las emociones, los dilemas y aprendizajes que surgen en el ejercicio del campo asistencial del profesional de enfermería.

NARRATIVA DE ENFERMERÍA

Recién iniciaba mi vida laboral como enfermera asistencial, llena de expectativas (también de nervios), de energía y con la ilusión de aportar al cuidado de quienes más lo necesitaban. Fue una noche, durante un turno en un hospital de segundo nivel, cuando entendí alrededor de las 10:00 p. m., que mi rol iba mucho más allá de aplicar conocimientos.

Todo comenzó con la llegada de un auxiliar de enfermería del servicio de referencias con un bebé en brazos, que presentaba palidez generalizada y no respondía ante los estímulos realizados. La urgencia reflejada en su rostro lo decía todo; inmediatamente, ella y yo nos dirigimos a la sala

de reanimación donde se convocó al equipo interdisciplinar de turno y sin perder tiempo se inició el protocolo de maniobras avanzadas de reanimación. Como enfermera, yo tomé el liderazgo con el equipo; se distribuyeron las funciones. Había gran tensión, impotencia y un nudo en la garganta compartido entre todos. Mientras tanto, la madre del pequeño —que permanecía afuera— lloraba, gritaba y golpeaba la puerta, sin entender qué pasaba con su pequeño hijo, pero llena de fe de que todo podría estar bien.

Tras 30 minutos de maniobras de reanimación, la pediatra ordenó que no se continuara con ese procedimiento. El silencio fue sobrecogedor, pues ningún miembro del equipo quería detenerse. El bebé, de apenas tres meses, fue declarado sin signos vitales; una realidad que no queríamos admitir, aunque —para ser sinceros— lo sabíamos desde la llegada al servicio de urgencias. La pediatra ordenó hacer la revisión del cuerpo del niño para tratar de encontrar respuestas a las hipótesis que invadían nuestras mentes. Lo que descubrimos nos heló la sangre: Rasguños, hematomas y rastros de quemaduras. Entonces, confirmamos una sospecha dolorosa: El menor había sido víctima de violencia física.

La pediatra pidió que se hiciera pasar a la madre para darle la noticia de lo sucedido. Al verla tan desconcertada, quebrándose frente a nosotros, yo sentí que mi deber era estar allí no sólo como enfermera, sino como ser humano y madre. La acompañé en su llanto, en las preguntas sin respuesta, en el dolor más profundo, en el cuestionamiento a Dios por lo ocurrido. Ella sentía cómo su mundo se venía abajo. En ese instante decidí asumir un rol activo en el acompañamiento emocional. Me mantuve a su lado y le brindé contención desde el silencio, el respeto y la escucha; la ayudé a transitar ese primer momento de dolor y confusión. Comprendí que el cuidado de enfermería va mucho más allá de las técnicas

y procedimientos; también implica presencia, sensibilidad y ser humanitario.

Creí que nada podría ser más doloroso que presenciar la muerte de una persona tan frágil y vulnerable como aquel niño, hasta que llegó el padre del menor acompañado por su otro hijo; un niño de apenas dos años que observaba todo sin comprender nada. Fue entonces cuando supimos que el progenitor —que estaba bajo condena de «casa por cárcel»— era el principal cuidador de los menores, mientras la madre salía a trabajar en labores de reciclaje por todo el municipio; ella confiaba la vida de sus hijos al hombre que había elegido para cumplir ese rol. Las sospechas se confirmaron: Él era el principal implicado en las lesiones que presentaba el bebé fallecido.

La escena se volvió aún más desgarradora: el niño de dos años, sin comprender lo que ocurría, observaba con miedo y confusión. Ante el riesgo, activamos la ruta de atención por violencia intrafamiliar y el menor quedó bajo custodia de trabajo social, con acompañamiento de la Policía de Infancia y Adolescencia. Aunque la situación parecía controlada, yo sentí la necesidad de hacer algo más; durante el turno me acerqué para brindarle calma y afecto, pero él solo deseaba estar con su madre, dormir y sentirse protegido. Su mirada me decía todo lo que no podía expresar con palabras.

Poco tiempo después, el cuerpo del menor fallecido fue remitido a la morgue para esperar que Medicina Legal hiciese los estudios correspondientes. El padre fue puesto a disposición de las autoridades como principal sospechoso, y la madre, completamente devastada, quedó abrazando a su pequeño sobreviviente y enfrentando un dolor imposible de dimensionar.

Esa noche comprendí, con absoluta claridad, que la enfermería trasciende los cuidados físicos; ella es presencia

compasiva en el dolor ajeno, es lucha contra la injusticia y es también una voz silenciosa que acompaña cuando las palabras son insuficientes. Los días pasaron, pero la mirada de aquel niño se quedó conmigo; intenté contactar a la madre, pregunté por él en Trabajo Social, pero nunca obtuve respuestas. Solamente pude orar por ella y por él, por todos los niños que, como ese pequeño, únicamente anhelan obtener amor.

ANÁLISIS DE LOS PATRONES DE CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA

Personal

Este patrón implica la comprensión de uno mismo como sujeto de cuidados y la construcción de una relación auténtica con el paciente. En la narrativa se refleja la conciencia que tiene la enfermera de su humanidad y de su vulnerabilidad frente al dolor ajeno. Al acompañar a la madre en el duelo y al niño en su confusión, la enfermera entra en una relación de profunda empatía y presencia ética. Expresa la necesidad posterior de conocer el estado del niño, al indagar sobre su destino y reconocer el impacto emocional causado por esa experiencia en su vida profesional (5).

Empírico

El patrón empírico está constituido por el conocimiento objetivo, científico y técnico, verificable y basado en la evidencia que orienta la práctica clínica. En la narrativa, ese patrón se manifiesta en el abordaje técnico del evento: Reanimación del paciente pediátrico, activación del equipo interdisciplinario y aplicación de protocolos clínicos ante casos de violencia infantil. La enfermera demuestra dominio del conocimiento clínico al reconocer signos de maltrato físico en el cuerpo del menor (hematomas, quemaduras,

laceraciones), lo cual desencadena la activación de la ruta de protección, en articulación con Trabajo Social y la Policía de Infancia y Adolescencia (6).

Ético

El patrón ético se refiere a los principios que guían las decisiones morales en la práctica de enfermería. En la narrativa, este patrón se fundamenta en la actuación profesional al encontrar los posibles signos de maltrato, la activación de la ruta de violencia y la protección del hermano del niño fallecido. La enfermera adquiere la habilidad y centraliza la importancia de defender los derechos humanos y el derecho a la vida y enfrenta una situación que pone a prueba su juicio moral, humanidad y responsabilidad profesional. Además, su acompañamiento a la madre, sin emitir juicios, refuerza una ética del cuidado basada en el respeto y la compasión (7).

Estético

Este patrón hace referencia al conocimiento intuitivo, creativo y empático, el cual permite comprender al otro en su totalidad. El cuidado estético se manifiesta en la capacidad de la enfermera para percibir el sufrimiento de la madre y del niño, que, a pesar de su poca edad, no comprendía lo sucedido; apenas respondía con una actitud compasiva y sensible, más allá de la técnica (8). La narrativa describe con fuerza el momento en que la enfermera se aproxima al niño de dos años y percibe en él su fragilidad; visualiza un deseo de un futuro libre de violencia. Ese acto de presencia, contención y ternura, es una expresión clara del cuidado estético, en el que el profesional se transforma en sostén humano del dolor.

CONCLUSIÓN

La experiencia narrada es una clara muestra de cómo los distintos patrones de conocimiento se integran en la práctica de la enfermería. No se trata solamente de aplicar técnicas clínicas, sino de ser una presencia significativa ante el sufrimiento, actuar con juicio moral y desarrollar una comprensión profunda de sí mismo y del otro. Esta vivencia reafirma que el cuidado de enfermería es una disciplina compleja, profundamente humana y éticamente comprometida. Cuando se brindan cuidados holísticos, se llena el corazón de satisfacción al entender que el esfuerzo de muchos años de estudio y experiencias asistenciales han valido la pena.

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento especial para aquella madre que, en medio del dolor por la pérdida de su hijo, permitió un acompañamiento cercano que transformó mi visión del cuidado.

Referencias bibliográficas

1. Vázquez Sánchez D, Hernández Rodríguez VM, Castruita Sánchez MdC, Álvarez Aguirre A. Experiencia de la enfermera ante la muerte del paciente pediátrico. ACC CIETNA Rev Esc Enferm. 2021;8(1):14-23. doi:10.35383/cietna.v8i1.566.
2. Fierro Monti C. Maltrato infantil. Odontol Sanmarquina. 2021;24(4):393-4. doi:10.15381/os.v24i4.21322.
3. Arrieta-Romero MA, García KA, Perea N, Díaz-Rivadeneira J, Borja-González J, de las Salas R, et al. Narrativa de enfermería: visión y patrones de conocimiento en la experiencia de cuidado de una persona con colostomía. Reporte de caso. Rev Salud Uninorte. 2022;37(3):867-79. doi:10.14482/sun.37.3.610.736.
4. Gerardino-Meneses RE, Vásquez SM. Narrativas de enfermería: estrategia pedagógica para la formación en cuidado centrado

en la persona e insumo para la investigación cualitativa. *MedUNAB*. 2024;27(3):248-50. doi:10.29375/01237047.5437.

5. Briñez KJ. Narrativa de enfermería: visión y patrones de conocimiento en una entrevista en el hogar. *Rev Colomb Enferm*. 2015;9(9):142-48. doi:10.18270/rce.v9i9.574.
6. Escobar-Castellanos B, Sanhueza-Alvarado O. Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: estudio de revisión. *Enferm Cuid Humaniz*. 2018;7(1):27-42. doi:10.22235/ech.v7i1.1540.
7. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004 (5 de octubre), por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia. *Diario Oficial*. 2004;45693.
8. Peñaloza García M. Los patrones del conocimiento en enfermería: estrategias pedagógicas para el cuidado. *Rev Boletín Redipe*. 2023;12(3):104-13. doi:10.36260/rbr.v12i3.1945



NARRATIVAS DE ENFERMERÍA

ÁREA AMBULATORIA INSTITUCIONAL



CAPÍTULO VI

ÁREA AMBULATORIA/ CONTROL PRENATAL. "LOS FRUTOS DEL CUIDADO ANTICIPADO"

María Paula Rangel Tolosa

INTRODUCCIÓN

El cuidado anticipado es la habilidad innata y auténtica que presenta el profesional de enfermería, para prevenir acontecimientos que provocan estrés y potenciar los factores protectores que mejorarán la situación de salud, en el que se encuentran los pacientes (1).

La literatura lo establece como un proceso deliberativo que ayuda a la adopción futura de hábitos saludables y preferencias sobre la atención y el tratamiento por parte de los pacientes (2). En efecto, el proceso de atención de enfermería permite llevar al enfermero a un juicio clínico, en el cual se determina las posibles situaciones de riesgo, problema o condiciones de salud favorecedoras en las personas, y a partir de allí establece los cuidados que minimicen y controlen los riesgos y problemas en salud (3).

El enfermero debe estar muy atento para identificar en la atención en salud, cuáles son aquellas premisas que nos pueden estar alarmando; algo en particular que debe ser valorado en profundidad. Se establece que sólo así se pueden realmente recolectar datos y precisar las intervenciones que serán de mejor utilidad para el paciente (4).

De hecho, varios estudios han demostrado que únicamente con la empatía y la creatividad se puede fluctuar una relación

terapéutica entre el paciente y el enfermero (5), para, en efecto, conseguir cambios conductuales, actitudinales y de conocimiento.

En este contexto, es válido resaltar que en la consulta de enfermería no sólo se debe indagar acerca de los aspectos fisiológicos de los usuarios, sino sobre las demás dimensiones, como el componente emocional, cultural, económico y social.

NARRATIVA

Como estudiante de enfermería, tengo muy presente que dentro de mi práctica profesional siempre voy a encontrar experiencias que, de alguna manera, me van a aportar al crecimiento personal.

Un martes en la mañana del mes de junio del año 2022, conocí en el servicio de detección temprana de las alteraciones del embarazo a Paola, una mujer de 34 años de edad, vendedora de frutas, quien tenía 16.5 semanas de gestación.

Se encontraba casada con un maestro de construcción, tenía dos hijos de 11 y 14 años de edad quienes se encuentran en las etapas de infancia y adolescencia respectivamente; etapas difíciles de transición dentro de una estructura familiar donde acarrean muchos gastos económicos y requieren de tiempo de calidad para procurar el adecuado desarrollo de los menores.

Paola ingresa a la consulta acompañada de su cuñada quien refiere “la estoy acompañando, porque buscaba excusas para no venir al control”; al entablar conversación con la paciente esta se muestra distraída, silenciosa, respondiendo con monosílabos, dando a entender que la situación no era cómoda para ella. Se procede a gestionar la privacidad, no obstante, persistía una postura pasiva durante la consulta, viéndose con facies de tristeza, manos entrelazadas,

evitación del contacto visual; me evadía algunas preguntas, daba la impresión de que no veía la hora de salir de allí y no estaba bien ¡algo le sucedía!

Solicité quedarme a solas con la paciente para favorecer un entorno genuino e inicié una valoración integral basada en la taxonomía NANDA, identificando sufrimiento. Manifestaba desánimo laboral, alteraciones del sueño y la alimentación, así como dificultades para comunicar sus problemas de pareja, expresando: “Prefiero no preocuparlo”. Además, afrontaba en silencio problemas económicos con posibles consecuencias legales, y posiblemente perder su libertad, situación que afectaba su rol como gestante. Ante ello, actué de manera anticipada como facilitadora de apoyo emocional, validando el llanto, promoviendo la expresión de sentimientos y generando una fluctuación empática que le permitió abrirse y sentirse acompañada.

Durante la consulta pude identificar tres factores protectores presentes en Paola: El primero, era que cada frase que decía mencionaba a Dios, guardando la esperanza que todo mejoraría. En segundo lugar, se expresaba muy bien de su esposo como una persona leal, amorosa, comprometido en su rol de padre, y el tercero, era evidenciar su orgullo por el rol parental ejercido con sus hijos mayores, aun cuando había tenido una experiencia de dificultad similar a la actual.

Lo anterior me permitió como enfermera resaltar los atributos y logros obtenidos, allí aproveché para decirle que todo en la vida tiene una razón de ser y que cada experiencia nos trae una enseñanza, pero que lo importante es saber afrontar las situaciones y buscar apoyo en los seres más cercanos para salir delante en cada situación adversa presentada en el camino. Entonces, me concentré en el plan de acción; estaba convencida que Paola no podía irse de mi consulta igual o peor a como había entrado, por tanto, procedí a realizar acuerdos con ella:

La primera intervención fue listar las cosas buenas que ella tenía, entre ellas la creencia de un Dios superior que la acompaña en momentos de dificultad, se motivó a verbalizar la frase “Dios nunca me ha dejado sola y menos ahora”.

Por otra parte, se invitó a la gestante a compartir sus preocupaciones con su esposo en pro de buscar soluciones entre los dos, le expliqué que sin lugar a duda él la comprendería y apoyaría, pero debía buscar el lugar y el mejor momento para expresarse.

Por último, hicimos el ejercicio de que, así como era habilidosa para cuidar las frutas que vendía diariamente en el mercado de la ciudad, debía cuidar su salud mental. Era increíble como en el tiempo de una consulta había podido intervenir de manera integral a Paola. Nos despedimos de forma armoniosa, se observó más animada, sonriente y agradecida.

No obstante, durante la semana estuve pensando en ella, me preguntaba si podría expresar sus sentimientos con su esposo; pensaba si podría conciliar el sueño y alimentarse, si pudo resolver sus problemas económicos, en fin, la incertidumbre por saber de ella hizo que tomara la decisión de comunicarme.

En ciencia cierta, quería saber si mis palabras realmente les habían traído respuestas a sus situaciones de estrés. Le hice 2 llamadas de seguimiento y una visita al sitio de trabajo y ¡vaya sorpresa! me reconoció de inmediato, demostró alegría al verme, ese día ella lucía diferente, alegre vendiendo sus frutas, ella se sintió aludida cuando le dije “que frutas tan bien cuidadas”.

Tomé una en mi mano y le pregunté ¿qué cuidados diarios le hace a las frutas para que no se dañen tan rápido?, ella me refirió: “Tengo que mantenerlas secas, y las cajas sin humedad, continuamente estar revisándolas para que no

se llenen de gusanos, también me explicó que tenía que estar muy pendiente que dentro de las cajas no haya frutas podridas porque esas podrían dañar a las otras y así se perdería la mercancía”, algo muy curioso fue cuando dijo que todos los días tenía un horario ya establecido para cuidarlas; era un hábito mantener la armonía de su sitio de trabajo, que sus clientas manifestaban conformidad por el tipo y calidad de sus frutas y eso la hacía sentir mejor.

Lo anterior me permitió retomar lo que habíamos hablado en la consulta; el proceso que habíamos llevado era muy similar al de cuidar de las frutas: El amor, la pasión por lo que se hace, el tiempo en que se invierte para conservar algo son las premisas más importantes que el ser humano puede ofrecerse.

Es necesario invertirnos tiempo y cuidar de nuestra salud mental, no dar cabida a los sentimientos y pensamientos negativos o, en consecuencia, si se vivencian se debe compartir y expresar con las personas que nos aman y tenemos cerca. De lo contrario, le indiqué que hacer eso es como dejar que las frutas se llenen de gusanos, pueden verse bien por fuera, pero llega el momento en que se dañan y ya no sirven para ser vendidas.

En la próxima consulta, ella se expresó refiriendo “todo lo que me recomendó lo tuve en cuenta y funcionó” “ahora cuento con el apoyo de mi familia y entre todos nos organizamos para salir de esta situación estresante”.

De esta experiencia aprendí que la atención de enfermería debe ser integral; que un paciente muchas veces cuando consulta por alguna situación, en ocasiones no es esa enfermedad en sí lo que le altera su estado de salud, a veces solo necesitan ser escuchados y sentir que la enfermera realmente se preocupa por ellos para sentirse mejor. Después de esta situación hice un compromiso interior: Brindar

cuidados anticipados y valorar de manera integral a todas mis pacientes optimizando el tiempo de contacto con cada uno de ellos, teniendo presente que con cosas tan sencillas se siembran semillas que cuando dan fruto generan un estado de gratificación para llenar el alma y dar sentido al quehacer enfermero.

ANÁLISIS DE LOS PATRONES DE CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA

Personal

Por medio del patrón personal se expresa el verdadero arte de la enfermería, ya que la disciplina requiere de una relación entre el enfermero y el paciente, concibiendo al profesional como un sujeto terapéutico dentro de una situación, que, al estar en contacto constante con las respuestas humanas de cada sujeto de cuidado, le permite obtener aprendizajes significativos, convirtiéndose en un proceso reflexivo tanto para quien brinda el cuidado como para quien lo recibe (6).

El patrón de conocimiento personal se hace visible cuando la enfermera se sensibiliza ante el dolor y preocupación emocional de su paciente a causa de factores económicos que la podrían llevar a la privación de su libertad, haciendo que esta situación confrontara el imaginario de la enfermera de un embarazo saludable, a un proceso en medio de caos que no le permitía disfrutar de su maternidad.

Empírico

Este patrón se asocia con la ciencia, y hace referencia al conocimiento que se acumula por medio de la experiencia sensorial y el cuerpo sistemático de conocimientos de la enfermera (6), lo cual hace importante el brindar cuidados anticipados donde estos, junto con el acompañamiento del enfermero, van más allá de lo que se valora normalmente.

Este patrón se encuentra integrado en la teoría, en el aspecto en el que se hace necesaria la valoración integral de la gestante por dominios NANDA, para resumir los cuidados a un solo lenguaje, “el lenguaje enfermero”, que permite un cuidado universal.

En la narrativa se aborda intervenciones de enfermería para favorecer la adopción del rol materno, reconociendo que la vivencia de cada embarazo es diferente, se fortaleció la identidad materna haciendo hincapié en sus fortalezas y los recursos sociales, familiares, emocionales disponibles para afrontar las situaciones adversas.

Ético

De acuerdo con Carper (5), debe ser visible la actuación de la enfermera de acuerdo con la moral, incluyendo también la empatía y la compasión hacia la persona que es cuidada; es usar la ciencia enfermera sin dejar de lado los sentimientos para involucrar el ámbito epistemológico, es decir, lo que la enfermera sabe que debe hacer y lo ontológico (el comportamiento moralmente aceptado). Otros autores refieren que este patrón tiene como enfoque principal el deber ser, lo ético que trasciende más allá de las normas o códigos aceptados por la sociedad como correcto o incorrecto. En enfermería es similar, por medio de este patrón se puede discernir entre lo que está bien y lo que no, en sí, es la capacidad de decidir con sensibilidad en situaciones de vulnerabilidad (7).

En concordancia con lo anterior, el acto del cuidar, se fundamentó en los procesos de comunicación y relación humanizada entre el profesional y la paciente. Se tuvieron en cuenta los principios éticos de beneficencia, no-maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, lealtad y fidelidad (8,9).

Estético

La estética del cuidado implicó usar el conocimiento científico como medio de anticipación a las respuestas humanas del sujeto de cuidado (10); esta habilidad junto con el recurso creativo de la metáfora de las frutas, permitió tener espacios de intimidad, confianza y enseñanza del autocuidado. De hecho, la relación de confianza constituyó un punto de partida importante para que la enfermera planifique cuidados anticipados que minimicen la aparición de estresores en el entorno que amenacen el estado de bienestar adquirido por la paciente.

CONCLUSIÓN

La realización de la presente narrativa deja como resultados diversos aportes, entre los que se destaca el conocimiento de enfermería durante el proceso de provisión de cuidados anticipados a una paciente asistente al programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo. En ella se evidencia cómo la práctica de la enfermería puede transformar el estado de salud física, psicológica y social de un paciente, considerando que los cuidados invisibles son relevantes a pesar de no ser reconocidos; sin embargo, se demuestra la necesidad de seguir implementándolos, ya que hacen parte de la esencia del cuidar, y se reconoce la importancia de retomar la humanización de la atención brindada sin dejar de lado el profesionalismo con que se realiza (11).

Finalmente, el análisis de los patrones del conocimiento nos permite interiorizar acerca de las acciones realizadas dentro de la relación enfermero-paciente y sustenta científicamente la razón del actuar del enfermero ante la situación expuesta, por este motivo es importante destacar que la profesión de enfermería no consta de actividades repetitivas, por el contrario va más allá de eso, es arte, ciencia y disciplina,

por lo cual es necesario comprender el valor teórico de la profesión para darle sentido al quehacer diario.

Referencias bibliográficas

1. Kim H, Cho J, Park WS, Kim SS. Characteristics of advance care planning interventions across dementia stages: a systematic review. *J Nurs Scholarsh.* 2021;53(2):180-8. doi:10.1111/jnu.12624.
2. Sánchez-Ortiz M, Forcano-García M, López-Pérez M, Altisent-Trota R, Rocafort-Gil J. Planificación anticipada de cuidados en residencias de mayores: revisión narrativa. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2024;59(4):101488. doi:10.1016/j.regg.2024.101488.
3. Moreno Cobos M, Padilla Urrea CM, Sánchez S, Hernández Macías SJ, Alcázar Marcillo AA. Viabilidad del Proceso de Atención de Enfermería en la actualidad. *Cienc Lat Rev Científ Multidiscip.* 2025;9(1):11402-13. doi:10.37811/cl_rcm.v9i1.16706.
4. Maza-de la Torre G, Motta-Ramírez GA, Motta-Ramírez G, Jarquin-Hernández PM. La empatía, la comunicación efectiva y la asertividad en la práctica médica actual. *Rev Sanid Milit.* 2023;77(1):e01. doi:10.56443/rsm.v77i1.371.
5. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enferm Univ.* 2015;12(3):134-43. doi:10.1016/j.reu.2015.07.004.
6. Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS Adv Nurs Sci.* 1978;1(1):13-23. doi:10.1097/00012272-197810000-00004.
7. 11. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004 (5 de octubre), por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia. *Diario Oficial.* 2004;45693.
8. Zárate Grajales RA. La gestión del cuidado de enfermería. *Index Enferm.* 2004;13(44-45):42-6.
9. Colmenares Robles ZC, Moya Plata D, Herrera IdV. Desde la enfermería basada en evidencia: patrones de conocimiento:

mirando su narrativa: fenómeno del cuidado. *Cult Cuid.* 2020;(58):196-206. doi:10.14198/cuid.2020.58.17.

10. Rosa Eduardo R de la, Zamora Monge G. Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos? *Index Enferm.* 2012;21(4):219-23. doi:10.4321/S1132-12962012000300009.
11. Miranda-Limachi KE, Rodríguez-Núñez Y, Cajachagua-Castro M. Proceso de atención de enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enferm Univ.* 2019;16(4):374-89. doi:10.22201/eneo.23958421e.2019.4.623



NARRATIVAS DE ENFERMERÍA

AREA NO CLÍNICA INSTITUCIONAL



CAPÍTULO VII

ÁREA NO CLÍNICA/ INSTITUCIONAL. "ASILO DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS ACOMPAÑÁNDOLOS HASTA EL ÚLTIMO SUSPIRO"

Mayra Alejandra Barajas Lizarazo

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento se define como un proceso dinámico, progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores: Biológicos, psíquicos y sociales, los cuales están interrelacionados entre sí (1).

Se establece que el concepto de envejecimiento exitoso integra diversos componentes sociales: Psicológicos, físicos y cognitivos, que contribuyen a que el adulto mayor disfrute y goce de los placeres de la vida con compromiso, funcionalidad y participación de prácticas productivas (2).

No obstante, pese a los esfuerzos de las organizaciones de salud para favorecer la salud integral de los adultos mayores, se ha evidenciado, a través de diversos estudios, deterioro de su calidad de vida; hoy se le clasifica como una población frágil, con presencia de enfermedades, sentimientos de soledad, tristeza y abandono familiar (3,4).

De hecho, aquellos ancianos que han sido institucionalizados, han demostrado dificultades para la toma de decisiones, les falta autonomía y tienen dependencia (5). Tales situaciones

los pone en situación de vulnerabilidad, por ello requieren de personas que los cuiden.

En la profesión de enfermería existen diversos entornos en los que se puede desempeñar; se identifican múltiples competencias para abordar las diferentes etapas de la vida, desde la primera infancia hasta la vejez. De hecho, existen especialidades dedicadas al estudio de la gerontología y la geriatría, para comprender los procesos de envejecimiento y los procesos mórbidos que están presentes en esa población. La literatura revela el papel que juega el profesional de enfermería en el cuidado clínico y humano.

Así mismo, diversos autores dejan en evidencia lo insuficiente del abordaje biomédico y patológico, siendo necesaria una mirada más integral que incluya sentimientos, experiencias previas y dimensiones psicosociales con influencia directa en la salud física (6). En la práctica, varios estudios reportan que, si alguien se siente triste, eso afecta directamente el patrón del sueño, el apetito y el rendimiento de las actividades de la vida diaria (7).

Por ello la narrativa que se expone a continuación, demuestra cómo un profesional de enfermería permite visibilizar prácticas invisibles de cuidado que son esenciales en contextos no clínicos, y cómo el acompañamiento con pequeñas intervenciones donde se incorpora el rol mediador, constituye un acto dignificante para aquellas personas que se sienten desconsoladas y con desesperanza.

NARRATIVA DE ENFERMERÍA

Hace 4 años, en un asilo de adultos mayores de Pamplona (Norte de Santander), un miércoles, a las cinco de la tarde, hora en que se disponían a descansar los residentes, me llamó la atención ver a un señor de 86 años, a quien llamaré «Daniel». Estaba solo en una sala, llorando, con la cabeza inclinada y las manos entrelazadas. Me acerqué sin decirle

nada y lo abracé con fuerza y afecto, hasta que logró calmarse; entonces le pregunté si quería contarme por qué lloraba. En primera instancia me di cuenta que era invidente. Él, nada más con escuchar mi voz, me respondió: «¿Usted es la enfermera Alejandrina?». Me sorprendió que, sin verme y sin haber tenido contacto previo conmigo, supiera quién le hablaba; me reconocía por el tono de mi voz, y luego diría que mi carisma era inconfundible.

Eso me cautivó y despertó interés para comprometerme a cuidarlo; fue tanta la confianza, que él me contó su historia de vida. Procedente de Cucutilla, municipio cercano a Pamplona (Norte de Santander), trabajaba en una finca con su esposa y un hijo; hilaba fique para vender en el mercado, pero, debido a una enfermedad y a la escasez de recursos económicos, ambos tuvieron que dejarlo todo. A los pocos meses de haber llegado allá, murió su esposa. A él le preocupaba saber que su hijo, de 57 años, estaba solo y que padecía de esquizofrenia.

Pese a estar agradecido por la comida, la ropa, el techo y la cama que le proporcionaba el asilo, «Daniel» se sentía solo y preocupado, pues veía que cada día su estado de salud empeoraba; su pérdida visual no le permitía movilizarse con seguridad y temía morir triste, desconsolado y con la incertidumbre de no saber nada sobre su hijo.

Al escuchar esa historia tan triste de vida, yo sentí que era preciso hacer algo por él. En primera instancia, le ofrecí mi amistad, compañía y los cuidados necesarios para que él se sintiera mejor. Yo lo acompañaba durante el desayuno y en las horas del almuerzo; le hacía lecturas con temas de propósito de vida y esperanza y en las fechas especiales estaba ahí, junto a él. Era feliz cuando me le aparecía con una caja con dulces, cuchillas de afeitar, jabón y unas estampas de santos.

Con todo lo que yo realizaba me daba cuenta que con cosas tan pequeñas estaba haciendo feliz a otra persona. No obstante, lo anterior no era suficiente; la felicidad no era completa porque no había un día sin que él manifestara que antes de morir quería saber de la vida de su hijo. Desde ese momento comprendí que la preocupación que lo invadía era grande; que, a pesar de mi compañía, emocionalmente no estaba bien. Cada día se veía más deteriorado y no tenía alientos para seguir viviendo.

De pronto, en una de tantas tardes en que yo solía estar junto a él, se acercó un hombre mal vestido, con aspecto desagradable, pero con cara de felicidad; tan pronto lo vio, dijo: «¡Bendición, papá!». «Daniel». Llorando de dicha, lo abrazó y lo besó en una mejilla y le dijo que no se fuera de su lado. Él inmediatamente me pidió que lo llevara a donde la hermana superiora, encargada del asilo. Yo, sin dudarlo un instante, lo hice.

Ante ella, de repente, uniendo sus manos en gesto de rogativa, le dijo: «Madre, por favor, permita usted que mi hijo esté aquí. Yo ya casi voy a morir y quiero irme en paz sabiendo que él va a estar aquí y no en la calle padeciendo necesidades». La monja, inmediatamente le respondió de manera negativa ya que las políticas de la institución no permitían aceptar a personas menores de 60 años y su hijo no cumplía ese requisito. En ese momento la tristeza invadió la cara de los dos hombres. Yo supe en ese momento que tenía que hacer algo al respecto.

Al siguiente día me reuní con toda la comunidad y les di a conocer todo lo que yo había conocido de «Daniel», y expuse qué tanto le estaban afectando su vida las contingencias. Las hermanas, al enterarse de la situación, recapitularon y dieron como nueva respuesta un sí aclamado; yo le transmití la buena noticia a «Daniel».

A los pocos días, juntos, padre e hijo, estaban acompañados en el mismo lugar donde conocí a «Daniel» cantando la canción «Lunita consentida». Verlos juntos y felices me dio enorme satisfacción. «Daniel» cambió de semblante, era otra persona. Pero no todo fue una dicha porque a los tres meses, empezó a decaer de nuevo; quedó postrado en cama, tuvo que ser internado en el hospital y a los pocos días ya estaba en la etapa final de su vida. Fijó su mirada en mis ojos, me apretó la mano que yo le había tendido y me dijo: «Gracias por quererme. Yo deseo que ahora usted esté con mi hijo, cuídelo». Exhaló un suspiro profundo y partió en paz.

ANÁLISIS DE LOS PATRONES DE CONOCIMIENTO

Personal

Es la capacidad que tienen los enfermeros para conocerse a sí mismos y a las personas a las que cuidan. Ese patrón se centra en el crecimiento profesional y del ser. Se establece que, sin la presencia de este, no se podría establecer la comunicación terapéutica efectiva con quienes son sujetos de cuidado, ya que no se podría identificar la situación de salud y las necesidades reales que presentan los pacientes (8).

En ese sentido, como se observa en la narrativa, el acto de cuidar se inicia desde la etapa de valoración, que integra el proceso de atención de enfermería. La enfermera es capaz de llegar a un juicio sobre el enfermo, de proponer unas acciones que contribuyan directamente al mejoramiento y bienestar del adulto mayor, mediante la relación auténtica que se acordó en el primer encuentro entre las dos partes. En efecto, es evidente el cuidado holístico, en el cual no sólo se brinda atención de enfermería en cuanto a intervenciones físicas, sino que se ocupa de identificar las necesidades humanas interferidas y emplea sus conocimientos para

planear y ejecutar las intervenciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades.

Empírico

Este patrón aplica las leyes y teorías que respaldan los propósitos de describir, explicar y predecir los fenómenos de la enfermería (9). La enfermera integra, dentro del acto de cuidado la intuición y los conocimientos, para detectar alteraciones de la salud física, emocional y social que vivencian las personas bajo su cuidado. En el caso expuesto, se puede observar mediante la observación como valoración objetiva cómo se identifican señales de desagrado en el adulto mayor, su postura, sus facies o apariencia y su vestido; todas son señales de alerta que inducen a la enfermera a actuar de manera inmediata.

La enfermera reconoce la importancia de abordar emocionalmente al paciente, como también sabe identificar su necesidad más grande; así mismo, puede establecer pequeños cuidados que hacen que la persona se sienta confortable y tenga una muerte tranquila.

Estético

En este patrón se destacan las habilidades personales, profesionales, la creatividad y la innovación de la enfermera para abordar de forma integral a las personas a las que cuida (10).

En ese sentido, a través del caso expuesto, se puede resaltar cómo la enfermera a través de un trato respetuoso, con expresiones de afecto y amabilidad, contribuye a la manifestación de expresiones y sentimientos.

Es por ello, que dentro de los procesos formativos de la enfermería y en los campos laborales debe incluirse estos

entornos de cuidado y acompañamiento continuo en poblaciones vulnerables donde se vivencia la soledad y el abandono social y familiar.

Ético

Describe los elementos morales y éticos que están implícitos en el acto del cuidado. En este patrón se identifican los valores, que son fundamentales y constituyen el eje transversal en la atención hacia los pacientes en las diversas áreas en las que se desempeña (11).

A la luz de la situación de la enfermería, se evidencia el compromiso, respeto, cuidado honesto, consciente y confidencial, con alto grado de responsabilidad.

CONCLUSIÓN

El reconocimiento social de los ancianos, como núcleo social de gran valía, no siempre es reconocida; a veces provoca diversos sentimientos negativos como abandono, tristeza y desesperanza. De ahí la importancia de favorecer las intervenciones de enfermería, encaminados a velar por los aspectos psicosociales del adulto mayor.

La presente narrativa deja en evidencia cómo unas actuaciones tan sencillas, aportan a la construcción del conocimiento en enfermería y marcan de forma significativa en la vida de las personas.

Por tanto, la invitación es promover que los enfermeros dignifiquemos la vida y promovamos la humanización en esos escenarios de cuidado en los que se encuentran internados los adultos mayores.

AGRADECIMIENTO

En primera medida, expreso mi profundo agradecimiento a la institución de adultos mayores por abrir sus puertas

y permitir que, como enfermera voluntaria, yo pudiese ofrecer cuidados con autonomía y continuidad. A cada uno de los adultos mayores, en especial a «Daniel» y a su hijo, quienes me aceptaron como su enfermera favorita.

Referencias bibliográficas

1. Singh DP, Singh VK. Una revisión narrativa sobre la definición del envejecimiento: una revisión multidisciplinaria de perspectivas biológicas, psicológicas, sociológicas y clínicas con centro en el envejecimiento exitoso. *Afr J Health Res Stud.* 2024;5(6):1-16. doi:10.51168/sjhrafrica.v5i6.1207.
2. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist.* 1997;37(4):433-40. doi:10.1093/geront/37.4.433.
3. Ruiz Cerino JM, Llórente Pérez Y, Romero Guzmán I, Herrera Herrera JL, Durán Badillo T, Pérez Zúñiga X. Envejecimiento exitoso y calidad de vida en personas mayores institucionalizadas del norte de Colombia. *Cienc Enferm.* 2023;29(2). doi:10.29393/ce29-2eejx60002.
4. Palma-Ayllón E, Escarabajal-Arrieta MD. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos.* 2021;32(1):22-5. doi:10.4321/S1134-928X2021000100006.
5. Arroyo Cruz FJ, Castillo Arcos LC, Gutiérrez López C, Jiménez González MJ, Guerrero Castañeda RF. Diseño y evaluación de intervenciones de enfermería en el adulto mayor institucionalizado. *Index Enferm.* 2024;33(2):e14718. doi:10.58807/indexenferm20246868.
6. Hernández L, Cogollo Z. Reflexionar sobre el sufrimiento mental acerca del cuidado. *Av Enferm.* 2020;38(1):95-101. doi:10.15446/av.enferm.v38n1.80710.
7. Martín Carbonell M, Pérez R, Cerquera AM, Uribe AF, Vera H. Estado del arte en la investigación de factores psicosociales en el dolor osteomuscular en adultos mayores. *Rev Hosp Psiquiatr La Habana* [Internet]. 2019;16(1):63-86 [citado 13 abr 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12494/33614>
8. Escobar-Castellanos B, Sanhueza-Alvarado O. Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de

- enfermería: estudio de revisión. *Enferm Cuid Humaniz*. 2018;7(1):27-42. doi:10.22235/ech.v7i1.1540.
9. Muñoz Angel YM. Patrón de conocimiento personal identificado en narrativas de profesores de enfermería. *Rev Cuidarte*. 2019;10(2):1-19. doi:10.15649/cuidarte.v10i2.688.
 10. Cantillo Bustillo J, Rodríguez Pérez Y, Martínez Cantillo YM, Padilla Martínez F. Evaluación funcional del adulto mayor. *Rev Cienc Méd Pinar Río [Internet]*. 2019;23(6):976-83 [citado 26 ene 2026]. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3950>
 11. Peñaloza García M. Los patrones del conocimiento en enfermería: estrategias pedagógicas para el cuidado. *Rev Boletín Redipe*. 2023;12(3):104-13. doi:10.36260/rbr.v12i3.1945

ÁREA NO CLÍNICA INSTITUCIONAL/ CENTRO DE SALUD MENTAL. "CUIDADO HUMANIZADO EN PACIENTES CON ABUSO DE SUSTANCIAS: UNA EXPERIENCIA FORMATIVA"

Katty Dayana Escobar Velásquez

INTRODUCCIÓN

El reconocimiento de la dignidad inherente a cada ser humano constituye un principio fundamental, ella está presente en diversas disciplinas que abordan el cuidado de la salud y la vida humana, como la enfermería (1). Este principio establece que todas las personas, independientemente de su origen, condición o circunstancias, poseen un valor intrínseco que debe ser respetado y protegido en todo momento. La dignidad humana no depende de factores tales como logros, estatus o características personales, sino que es una cualidad esencial que pertenece a cada individuo por el simple hecho de ser humano (2). Reconocer esa dignidad implica afirmar los derechos fundamentales de las personas, tales como la libertad, la igualdad y la justicia; principios que sustentan los derechos humanos universales (3).

Diversos episodios vitales como las situaciones de enfermedad grave, que amenazan la vida o aquellas que alteran la salud mental, pueden generar contextos en los que se vean comprometidas la dignidad humana y su autonomía. En tales situaciones, las personas pueden ser

tratadas con irrespeto o descompensación emocional debido a una atención médica insuficiente o deshumanizada (4). El actuar de los profesionales en enfermería en esos contextos de cuidado no es ajeno a dicha amenaza, ya que, desde las reflexiones éticas y la normatividad vigente, se reconoce el potencial de daño por acción u omisión (4,5). La Ley # 911 de 2004, de la República de Colombia, en su Título III, Capítulo 9, establece disposiciones sobre la responsabilidad deontológica de los profesionales de la salud (6). Esa normativa subraya los principios de respeto a la dignidad humana y a la integridad genética, física, espiritual y psíquica, y destaca como faltas graves aquellas actuaciones en las que un profesional de enfermería participe directa o indirectamente en tratos crueles, inhumanos, degradantes o discriminatorios.

En consecuencia, el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia debe orientarse por esas normas, principios éticos, jurídicos y filosóficos, los cuales guían a la sociedad hacia procesos de relación respetuosos y dignificantes (7). De hecho, la asociación colombiana de facultades de enfermería dentro de los lineamientos técnicos, establece que el profesional juega un papel importante en el cuidado humanizado, y esto involucra intervenciones centradas en la dignificación humana, aplicación de los principios de los principios éticos sin importar el contexto y el grado de afectación de salud de los individuos (8).

NARRATIVA EN ENFERMERÍA

Durante el proceso de prácticas formativas de los estudiantes de enfermería, en el área de cuidado de personas con alteración de la salud mental, sucedió una situación que resultó ser una experiencia de aprendizaje significativa para todos, tanto estudiantes como docentes; trascendió más allá del ámbito del cuidado técnico.

Era el segundo día de práctica en la clínica. El día anterior habíamos realizado la inducción y el reconocimiento del servicio con el fin de familiarizarnos con el nuevo entorno. A pesar de los esfuerzos, tanto de los estudiantes como de los docentes, para aliviar la tensión inicial ante el manejo de pacientes psicóticos, algunos de ellos con antecedentes de violencia, nos encontrábamos en un estado de alerta máxima en medio de una tensa calma que impregnaba el ambiente.

Todo parecía transcurrir con normalidad, cada miembro del equipo cumplía con las tareas asignadas: jefe asistencial, jefe administrativo, distribuidor de medicamentos, actividades motivacionales, alimentación y la asignación de cuidados a los pacientes. Sin embargo, de repente, el ambiente cambió drásticamente.

Anderson, de 27 años y Maicol, de 23; pacientes que compartían el diagnóstico de trastornos del comportamiento y consumo de sustancias psicoactivas, idearon un plan para escaparse de la institución. El plan era simple, poco elaborado y nada discreto: Ambos se ayudarían mutuamente para alcanzar el tejado de la clínica, por donde pretendían eludir el control de seguridad en la entrada. El lugar elegido fue el área común, justo frente al estar de enfermería. En cuestión de segundos, la calma del lugar se vio interrumpida por el estridente grito de la jefa del servicio, cuyo eco retumbó en todos los rincones. La confusión y el pánico se apoderaron de nosotros, tanto que una de las estudiantes prorrumpió en llanto, mientras las demás permanecían paralizadas, sin saber qué hacer.

La palidez en los rostros de Anderson y Maicol, tras saber que su intento de fuga había sido descubierto, dio paso al terror absoluto. Suplicaban por indulgencia ante la presencia del vigilante, cuya imponente figura, con su gran estatura y cuerpo fornido, amedrentaba a los pacientes. Primero fue Maicol, quien lloraba de impotencia y gritaba: «Por favor, no

me amarren, yo no soy un perro». Mientras tanto, Anderson, resignado, esperaba ser sujetado, mientras culpaba a su cómplice y pedía no ser atado a la cama. Según el protocolo, era necesario aplicar la sujeción mecánica como un recurso extremo para proteger la integridad del paciente.

Los intentos de fuga y el comportamiento violento son episodios frecuentes en pacientes diagnosticados con trastornos del comportamiento y consumo excesivo de sustancias psicoactivas. Cuando están bajo tratamiento, pueden percibir su entorno o las restricciones de la institución como una amenaza a su libertad o identidad, lo que los motiva a intentar escaparse. El estado de abstinencia, luego del abuso en la ingesta de sustancias psicoactivas, licor u otras drogas, también juega un papel clave en la conducta impulsiva de esos pacientes, pues se alteran sus juicios y aumenta el deseo de evasión. En ese contexto, los enfermeros deben estar atentos a las señales de inquietud y ofrecer un enfoque preventivo como el establecimiento de una comunicación abierta, la creación de un entorno terapéutico seguro y la implementación de estrategias de desescalada.

Por ello, es fundamental que el profesional de enfermería tenga claridad sobre cómo debe actuar en esas situaciones, ya que su principal responsabilidad es salvaguardar la vida e integridad física y mental de los pacientes.

La conmoción del momento nos afectó profundamente. La impotencia inundó los corazones y los sentimientos de los estudiantes, quienes se hicieron preguntas que reflejaban la incertidumbre del momento: ¿Es esto lo correcto?, ¿tenemos derecho a reducir de esa manera la voluntad de una persona?, ¿realmente estamos ayudando a nuestros pacientes o estamos recurriendo a la forma más fácil y arcaica de abordar el problema? No sabíamos qué era más doloroso: Si ver indignado a Maicol, en una lucha por defender su libertad o

a Anderson completamente sometido, intentando negociar su autonomía con quien implacablemente lo restringía.

La contención mecánica de pacientes es un procedimiento temporal que limita total o parcialmente los movimientos mediante un sistema de inmovilización física, utilizado ante el fracaso de una contención verbal o química, si procede. Su finalidad es garantizar la seguridad de la persona y de quienes lo rodean (profesionales, otros pacientes), impedir, en caso de que los tenga, la manipulación de dispositivos terapéuticos como sondas, catéteres, entre otros, y evitar fugas, en caso de agitación psicomotora o alteraciones de la salud mental (9,10).

Pasar por las habitaciones de esos jóvenes era desgarrador. Verlos llorar como niños tocaba lo más profundo del sentimiento en cualquiera. A eso se sumaba la constante duda: ¿Cuántas horas o incluso días tendrían que permanecer inmovilizados en esas condiciones?

Al día siguiente, a las 6:30 de la mañana, todos llegamos puntuales para recibir el turno. Al entrar, notamos que las habitaciones de Anderson y Maicol seguían a oscuras. Pensar en la incomodidad de pasar toda la noche en esas condiciones nos resultaba abrumador. Durante el desayuno, mientras el resto de los pacientes recibían sus alimentos con agrado en la sala de actividades; Anderson y Maicol, aún inmovilizados, recibirían dieta asistida en sus unidades.

Cuando abordamos a Maicol, lo encontramos completamente reprimido. Sus extremidades inmovilizadas lo hacían parecer completamente vulnerable, como una víctima de su propia situación. Después de años viviendo en la calle, haciendo lo que quería, sin otro control que el suyo propio, ahora debía depender de otros para actos tan sencillos como abrigarse ante el penetrante frío. La comida, llevada a su boca por manos extrañas, provocaba en su rostro expresiones de

amargura y frustración. Tenía los dientes bien apretados, se notaba por la rigidez de su cara; se negaba a recibir alimentos, mientras el incontrolable torrente de lágrimas revelaba su sufrimiento, que se sumaba a la terrible amenaza de que se suicidaría con sus mismas ataduras cuando fuese liberado.

Anderson, por su parte, mantenía su mirada fija en el techo, hasta nuestra llegada. Entre los alimentos preparados para el desayuno había una viscosa mazamorra de plátano, muy acorde con las pocas opciones de menú que se preparaban en esa clínica. Podía sentir el rechazo y disgusto cada vez que llevaba el vaso a su boca. Para sorpresa nuestra, tras masticar y tragar, sonrió y nos miró diciendo que se alegraba que fuéramos nosotros quienes le diéramos el desayuno. «Porque yo sé que me lo dan de corazón», dijo.

Las palabras de Anderson fueron significativas para mí porque reflejaron un reconocimiento profundo de la humanidad y el cuidado genuino en la relación entre paciente y profesional de la salud. Como enfermera, me esfuerzo por brindar no sólo atención técnica, sino también apoyo emocional y compasión a cada paciente.

En ese momento, cuando Anderson expresó que se alegraba de que fuéramos nosotros quienes le diéramos el desayuno «de corazón», había una validación de que nuestro trabajo no se limita a la administración de medicamentos o a ejecutar tareas de rutina, sino que también tiene un impacto emocional profundo. Eso me recordó que, en entornos tan complejos como el de la salud mental, la empatía y el trato humano juegan un papel crucial en el proceso de recuperación, tanto como cualquier tratamiento médico. Sus palabras fueron una muestra de que, incluso en medio de su sufrimiento, era capaz de percibir y valorar el esfuerzo por cuidar de él de una manera integral.

Esa fue una excelente oportunidad para analizar en la práctica elementos inherentes al cuidado, el respeto por la naturaleza y la dignidad humana que, incluso en situaciones extremas como el consumo de sustancias psicoactivas, debemos ser garantes de derechos y actuar bajo la orientación de los principios de la profesión, como la lealtad (6,7). Luego del impacto emocional del principio que fomentó la empatía hacia los jóvenes, yo procedí a orientar a la estudiante que lideraba el cuidado y a los demás miembros del equipo en práctica, sobre las intervenciones de enfermería que - de manera secuencial- se debían incluir en plan de cuidados para lograr las metas terapéuticas, que como en ese caso, están relacionadas con el control de impulsos y las conductas de adhesión y cumplimiento del tratamiento prescrito (11).

Los estudiantes la habían logrado de modo intuitivo, la fase inicial de una relación terapéutica porque ganaron la confianza de los pacientes, lo cual permitía avanzar en las intervenciones con ellos; la escucha activa sería el canal para alcanzar los resultados. Era importante que los enfermeros en formación comprendieran la finalidad de esas intervenciones y que no las confundieran con simpatizar con el paciente.

Mary, una de las estudiantes, captó fácilmente la importancia de su lenguaje corporal, la elocuencia de los silencios y la importancia en ese escenario de permitir la expresión de sentimientos. Anderson expresaba en las sesiones lo dura que había sido su vida, las veces que tuvo que defenderse desde niño de agresores que incluso eran familiares suyos; relataba que desde que era adolescente vivió bajo sus propias reglas y que conoció «el vicio» por los amigos que tenía en la calle.

Maicol, por su parte, refería mucha ansiedad por su madre y su hermano enfermo, a los cuales ayudaba económicamente con el fruto de su trabajo en el mercado. Se preguntaba cómo

estarían resolviendo su manutención. Explicó que por eso se desesperó e ideó el plan de fuga.

La estudiante, dentro de su plan de cuidado, incluyó para el día siguiente un ejercicio destinado a reflexionar sobre los objetivos a largo plazo y cómo las decisiones actuales afectaban el futuro. Se les pidió a Anderson y a Maicol que escribieran una carta a su «futuro yo», describiendo cómo les gustaría verse años más tarde, si lograban mantener su recuperación. En la carta debían responder a las siguientes preguntas: ¿Cómo te ves dentro de 6 meses, 1 año o 5 años?, ¿qué has logrado al dejar el consumo de sustancias?, ¿cómo ha mejorado tu vida?, ¿qué consejos te darías a ti mismo para seguir en el camino de la recuperación?

A las 2:00 p. m., en la sala de terapia, Anderson y Maicol se presentaron con una actitud diferente; mostraron un mayor control de sus emociones. Leyeron con confianza las cartas que habían escrito, las cuales reflejaban esperanza y motivación. Ambos manifestaron su intención de permanecer en la institución hasta completar sus tratamientos.

Durante los días restantes de la práctica formativa, los pacientes mantuvieron su compromiso: Aceptaban con agrado el tratamiento farmacológico prescrito, participaban activamente en las terapias conductuales planificadas, respetaban las normas del servicio y mantenían el control de su espacio personal. Esos comportamientos fueron indicadores de una mejora sustancial en su autorresponsabilidad frente a su propia salud.

ANÁLISIS DE PATRONES DEL CONOCIMIENTO

Personal

Este patrón destaca la importancia del autoconocimiento del ser humano, que es investido con la responsabilidad de

cuidar; antes de ser profesional se es persona y por ello es necesario ser consciente de las propias emociones, valores, creencias y actitudes, ya que estas inciden directamente en la calidad del cuidado. El conocimiento personal no puede enseñarse desde lo teórico; se construye a través de la experiencia, el contacto directo con el otro y la disposición a mirar hacia adentro para brindar una atención más ética, respetuosa y compasiva.

Durante la práctica formativa en salud mental, los estudiantes vivieron una experiencia que puso a prueba no solamente sus habilidades técnicas, sino su capacidad de conectar desde lo humano. El intento de fuga de Anderson y Maicol, y la posterior sujeción mecánica, generaron un fuerte impacto emocional y desataron preguntas éticas y personales sobre el verdadero sentido del cuidado.

Estas reflexiones dieron lugar a un reconocimiento profundo del «yo profesional» al darse cuenta de que cuidar no es sólo intervenir, sino también acompañar con empatía y presencia genuina. La frase de Anderson —«me alegra que el alimento me lo den ustedes porque sé que lo hacen de corazón»— reflejó el valor de una relación construida desde la autenticidad; más allá del procedimiento.

A través del vínculo terapéutico y de estrategias como la escritura de cartas al «yo futuro», los estudiantes comprendieron que el cuidado comienza por conocerse a uno mismo y actuar con sensibilidad, permitiendo un encuentro real con el otro. Esa vivencia reafirmó que el patrón personal en enfermería es clave para brindar un cuidado verdaderamente humano.

Este tipo de ejercicios de introspección ha sido documentado como estrategias para fortalecer la identidad profesional y el autorreconocimiento.

Empírico

El patrón empírico se refiere a la aplicación práctica de intervenciones en salud que han demostrado ser eficaces a través de la experiencia, la observación y la repetición en situaciones clínicas (13). Como enfermera de cuidado de la salud mental, el concepto de «contención mecánica» puede ser analizado desde un enfoque empírico. Esa técnica se emplea principalmente en situaciones de agitación psicomotora, donde el paciente no tiene el control sobre sus impulsos o movimientos (9,10). Se utiliza también cuando existe un riesgo para el paciente o para otras personas, como en situaciones donde la fuga del paciente podría poner en peligro su bienestar, dada su incapacidad para tomar decisiones adecuadas por su condición mental o física; no obstante, exige realizar un seguimiento adecuado para garantizar que su aplicación sea apropiada y justificada en cada caso (4).

Estético

El patrón de conocimiento estético en enfermería se enfoca en la apreciación y comprensión de las experiencias del paciente a un nivel más profundo, más allá de lo físico o biológico (14). Este tipo de conocimiento está relacionado con la empatía, la percepción de las emociones y la conexión humana en el proceso de cuidado. Se basa en la capacidad del profesional de enfermería para interpretar y responder de manera sensible y compasiva a los sentimientos, pensamientos y necesidades del paciente, con el objetivo de ofrecer una atención que considere la totalidad de la persona, en lugar de sólo su condición médica.

En el contexto, esa situación de cuidado supuso una oportunidad para que los enfermeros en formación reconocieran en su actuar el patrón estético que se ve claramente reflejado en la situación emocional del paciente,

que, al expresar su arrepentimiento entre lágrimas y con voz entrecortada, demuestra una necesidad de ser comprendido y apoyado. La respuesta emocional y humana de los enfermeros, al percibir esa expresión emocional, no solamente ve una manifestación de agitación, sino que también responde con una actitud de acompañamiento y apoyo, al proporcionar un espacio en el cual el paciente pueda expresar sus sentimientos.

En conjunto, los estudiantes bajo la orientación de la docente, desde un enfoque estético, crearon un ambiente de confianza que le permitía al paciente reflexionar sobre su comportamiento; ello favoreció la reflexión personal que podría contribuir a un cambio en su patrón comportamental. Ese enfoque va más allá de la intervención técnica y busca una comprensión profunda del sufrimiento y las emociones del paciente, al involucrar una relación terapéutica que facilita la comunicación abierta y el desarrollo de la conciencia emocional del paciente.

Ético

El patrón de conocimiento ético en enfermería se enfoca en la reflexión sobre los principios morales y éticos que guían la práctica profesional; se asegura de que las decisiones y acciones tomadas estén en concordancia con los derechos y el respeto hacia los pacientes (13,14). Este patrón busca el equilibrio entre los valores del cuidado de la salud, la justicia, la autonomía y la beneficencia, entre otros, considerando siempre las implicaciones éticas de las intervenciones. En el momento del cuidado, el patrón ético se refleja en la reflexión y el cuestionamiento que hacen los estudiantes de su actuar técnico, al considerar que el uso de medidas de contención mecánica, aunque puede ser necesario en determinadas situaciones clínicas; implica una discusión

profunda sobre los derechos fundamentales de la persona, como la autonomía.

El principio de «autonomía» es crucial en la práctica de la enfermería, ya que los pacientes deben ser capaces de tomar decisiones informadas sobre su propio cuidado (6). Sin embargo, en situaciones como la contención mecánica, este principio puede entrar en conflicto con el principio de «beneficencia», que implica actuar en beneficio del paciente para evitar un daño mayor, como lesiones o complicaciones derivadas de la agitación psicomotora. En ese caso, la enfermera guiada por la beneficencia, actúa para proteger al paciente de daños inmediatos; para ello prioriza su bienestar, aunque la intervención sea involuntaria.

Este patrón ético también resalta la responsabilidad de las enfermeras de ser garantes de los derechos humanos de los pacientes, incluso cuando ellos están sometidos a medidas de sujeción. Las enfermeras deben asegurarse de que tales medidas se apliquen únicamente cuando sea por estricta necesidad, con criterios clínicos claros y con el objetivo de proteger al paciente de eventuales daños físicos. Además, deben ser conscientes de que su práctica esté rodeada de transparencia y basada en principios éticos que promuevan la dignidad y el respeto hacia la persona, independientemente de las circunstancias (7,15).

Finalmente, el conocimiento ético implica también la reflexión constante sobre las implicaciones sociopolíticas de las intervenciones de salud. Las políticas de salud, los marcos legales y los protocolos institucionales, que guían la práctica profesional, deben tener en cuenta el respeto a los derechos humanos y la dignidad del paciente en todo momento; ello garantizará que las decisiones tomadas por las enfermeras no sólo sean clínicamente correctas, sino también éticamente responsables y justas (3).

CONCLUSIÓN

La experiencia vivida por los estudiantes y por el equipo docente durante ese incidente proporcionó una profunda reflexión sobre los aspectos éticos y humanos del cuidado de pacientes con trastornos mentales y consumo habitual de sustancias alucinógenas. La contención de pacientes, aunque sea necesaria en algunos momentos, debe ser cuidadosamente manejada con un enfoque centrado en la dignidad del paciente y el fomento de la autorresponsabilidad.

Los hallazgos demuestran que una intervención adecuada, basada en la empatía, el respeto y la comunicación abierta, puede mejorar significativamente la relación terapéutica y contribuir al proceso de recuperación de los pacientes. Además, esa experiencia subraya la importancia de preparar a los futuros profesionales de enfermería no solamente en habilidades técnicas, sino también en aspectos emocionales y éticos del cuidado.

AGRADECIMIENTOS

Me permito expresar mis agradecimientos a la institución de salud mental que facilita los espacios para que los estudiantes adquieran habilidades para el cuidado del ser humano, que es la dimensión mental. Asimismo, gratitud a los estudiantes y pacientes que hicieron parte de aquella situación de cuidado y la transformaron en una experiencia de crecimiento para todos los involucrados.

Referencias bibliográficas

1. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. París: Organización de las Naciones Unidas; 1948 [citado 3 may 2026]. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>.
2. Pyrrho M, Cornelli G, Garrafa V. Dignidad humana. Reconocimiento y operacionalización del concepto. *Acta Bioeth.* 2009;15(1):65-9. doi:10.4067/S1726-569X2009000100008.
3. Cely Galindo G. Ethos vital y dignidad humana. 2a ed. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2008.
4. Díaz Consuegra L, Santana López Y. La salud mental, la ética y los cuidados de enfermería. *Medisur* [Internet]. 2023;21(1):261-3 [citado 22 nov 2025]. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5490>
5. Lacera M. Reflexión sobre el cuidado humanizado en los servicios de salud mental y psiquiatría. *Psiquiatria.com* [Internet]. 2018;22:1-15 [citado 6 ene 2026]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/reflexion-sobre-el-cuidado-humanizado-en-los-servicios-de-salud-mental-y-psiquiatria>
6. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004 (5 de octubre), por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia. *Diario Oficial.* 2004;45693.
7. Murillo V, Aristizábal Y, Acosta M. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PHCE) para los pacientes con alteraciones en salud mental y sus familiares, en una IPS de salud mental de Bogotá D.C. [tesis de grado]. Bogotá: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud; 2018.
8. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN). Lineamientos para la formación de enfermería en salud mental en Colombia [Internet].

- Bogotá: ACOFAEN; 2021 [citado 8 ene 2026]. Disponible en: https://acofaen.org.co/wp-content/uploads/2021/12/LINEAMIENTOS_SALUD_MENTAL-1.pdf
9. Giménez C, Iguacel P, Reyes M, Gálvez MA, Sarmas M, Moriche N. Contención mecánica en pacientes agitados. *Rev Sanit Investig*. 2023;4(2).
 10. Sastre M, Campaña F. Contención mecánica: definición conceptual. *Ene*. 2014;8(1). doi:10.4321/S1988-348X2014000100007.
 11. Moreno-Poyato AR, El Abidi K, Lluch-Canut T, Puig-Llobet M. Espacio Terapéutico Reservado: una intervención enfermera para unidades de agudos de salud mental. Guía breve de implementación [Internet]. Barcelona: Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona; 2021 [citado 15 mar 2026]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/174460>
 12. Mlinar Reljić N, Pajnkihar M, Fekonja Z. Self-reflection during first clinical practice: the experiences of nursing students. *Nurse Educ Today*. 2019;72:61-6. doi:10.1016/j.nedt.2018.10.019.
 13. Gómez-Palencia IP. Ética, técnica de la narrativa en enfermería, patrones de conocimiento y abordaje teórico. *Rev Cienc Biomed*. 2012;3(1):174-9. doi:10.32997/rcb-2012-3183.
 14. Escobar-Castellanos B, Sanhueza-Alvarado O. Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: estudio de revisión. *Enferm Cuid Humaniz*. 2018;7(1):27-42. doi:10.22235/ech.v7i1.1540.
 15. López M, Nova D. Relación de las intervenciones de enfermería en el cuidado de la salud mental frente a los compromisos de la marea de Phil Barker en Bogotá, Colombia [tesis de grado en Internet]. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas; 2021 [citado 2 abr 2026]. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/server/api/core/bitstreams/775b4dcc-106b-4d2b-a458-614a7b25e7a1/content>

Reflexiones finales

Con este libro quisimos expresar que intervenciones de cuidado tan sencillas, como la presencia, el tacto, la motivación y la proximidad, constituyen aspectos importantes que marcan un antes y un después en la situación de salud de las personas.

Potenciar los cuidados a nivel psicosocial como la escucha activa, la empatía, el validar las emociones e inducir a conductas saludables, son aspectos diferenciadores que influyen directamente en los componentes fisiológicos y, en efecto, en la recuperación de los pacientes.

Las narrativas expuestas nos demuestran el profundo impacto que tiene nuestra labor, incluso en contextos marcados por la alta demanda y la complejidad de los servicios de salud. Sí es posible dedicar tiempo a los pacientes que se encuentran atravesando por situaciones sensibles; en consecuencia, esos actos generaron reconocimiento y gratitud de los pacientes que fueron cuidados.

El desempeñarnos con estética, ética y con capacidad de juicio clínico, permite que cambiemos las percepciones desfiguradas que tienen los pacientes frente a la profesión de enfermería. Con este libro le apuntamos a la autenticidad y la creatividad, y, ante todo, con mayor intensidad, al cuidado genuino.

“Que la pasión y el compromiso por nuestra profesión sean la fuerza que nos inspire a transformar y dignificar la vida”

Referencias bibliográficas

1. Cabal VE, Guarnizo M. Enfermería como disciplina. *Rev Colomb Enferm*. 2016;6:73–81. doi:10.18270/rce.v6i6.1436.
2. Lacera M. Reflexión sobre el cuidado humanizado en los servicios de salud mental y psiquiatría. *Psiquiatria.com* [Internet]. 2018;22:1-15 [citado 10 feb 2026]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/reflexion-sobre-el-cuidado-humanizado-en-los-servicios-de-salud-mental-y-psiquiatria>
3. Escobar-Castellanos B, Sanhueza-Alvarado O. Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: estudio de revisión. *Enferm Cuid Humaniz*. 2018;7(1). doi:10.22235/ech.v7i1.1540.
4. Guerreiro Vieira da Silva D, Trentini M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002;10(3):423-32. doi:10.1590/S0104-11692002000300017.
5. Arrieta-Romero MA, García Ordóñez KA, Perea Copete N, Díaz-Rivadeneira J, Borja-González J, De las Salas R, et al. Narrativa de enfermería: visión y patrones de conocimiento en la experiencia de cuidado de una persona con colostomía. Reporte de caso. *Salud Uninorte*. 2022;37(3):867-79. doi:10.14482/sun.37.3.610.736.
6. Frid I, Öhlén J, Bergbom I. On the use of narratives in nursing research. *J Adv Nurs*. 2000;32(3):696-703. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01530.x.
7. Briñez KJ. Narrativa de enfermería analizada mediante el sistema conceptual teórico empírico. *Rev Colomb Enferm*. 2017;15:86-96. doi:10.18270/rce.v15i12.2139.
8. Siles González J. The humanization of care through narratives and poetry as a product of applied research. *Cult Cuid*. 2018;22(52):9-15. doi:10.14198/cuid.2018.52.01.
9. Gómez Rojas ML, Rodríguez Díaz BL. Situación de enfermería como herramienta para enseñar el proceso de atención de enfermería. *Rev Cuid* [Internet]. 2013;4(1):544-9 [citado 21

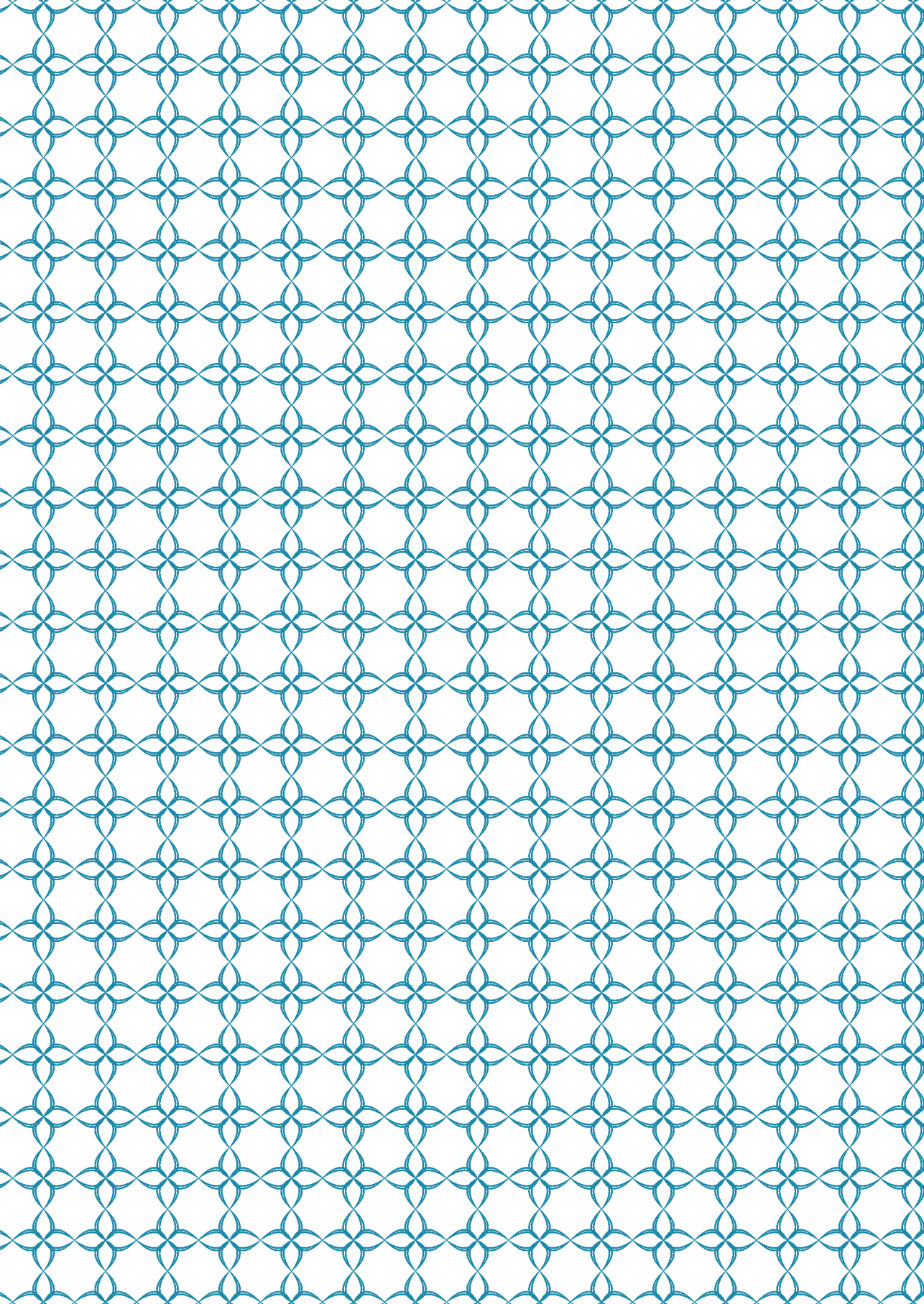
ene 2026]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533224016>

10. González Lizcano A. Narrativas de enfermería de la Universidad de Santander de 2012-2018 [tesis de grado]. Bucaramanga: Universidad de Santander UDES; 2019.
11. Ruiz Bugarin CL. Narrativa de enfermería: dejando ir a Doña Paula. *Enferm Glob.* 2015;9(2). doi:10.4321/S1988-348X2015000200009.
12. Blanco Enríquez FE, Caro Castillo CV, Gómez Ramírez OJ, Cortaza Ramírez L. José, una mirada al ser: análisis de una narrativa de enfermería de acuerdo con el modelo de adaptación de Roy. *Enferm Glob.* 2019;13(1):1-18.
13. Boykin A, Schoenhofer S. *Nursing as caring: a model for transforming practice*. New York: National League for Nursing Press; 1993.
14. Briñez KJ, Bernal Cárdenas CY, editores. Rutas de análisis para narrativas de enfermería desde el sistema conceptual teórico-empírico como herramienta para la enseñanza-aprendizaje (Runas). 1a ed. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2024. doi:10.11144/Javeriana.9789587818635.
15. Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS Adv Nurs Sci.* 1978;1(1):13-23. doi:10.1097/00012272-197810000-00004.
16. Briñez KJ. Narrativa de enfermería: visión y patrones de conocimiento en una entrevista en el hogar. *Rev Colomb Enferm.* 2015;9(9):142-8. doi:10.18270/rce.v9i9.574.
17. Domínguez AMP, Ledesma PA. El patrón de conocimiento personal en enfermería y su relación con las competencias profesionales del plan de estudios. *Yachay* [Internet]. 2021;1:25-35 [citado 3 may 2026]. Disponible en: <https://fhu.unse.edu.ar/yachay/n1/Articulo%20Patrón%20de%20conocimiento%20de%20Dominguez%20y%20Ledesma.pdf>
18. Patterson MG, Medina RI, Cuesta YP, Pérez NOB, Jiménez MR. Teoría de Kristen M. Swanson vinculada al cuidado del cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2020;36(4):e3491 [citado 18

- feb 2026]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2020/cnf204q.pdf>
19. Choperena A, Oroviogoicoechea C, Zaragoza Salcedo A, Moreno IO, Jones D. Nursing narratives and reflective practice: a theoretical review. *J Adv Nurs*. 2019;75(8):1637-47. doi:10.1111/jan.13955.
 20. Londoño LE, Salazar ÁM. Narrativa de enfermería: una experiencia significativa en medio de la adversidad. *CuidArte*. 2016;5(10):64-75. doi:10.22201/fesi.23958979e.2016.5.10.69117.
 21. Jackson J, Anderson JE, Maben J. What is nursing work? A meta-narrative review and integrated framework. *Int J Nurs Stud*. 2021;122:103944. doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.103944.
 22. Gómez Tovar LO, Valbuena Castiblanco CL, Henao Castaño ÁM. Análisis de una narrativa de enfermería desde la teoría de los cuidados de Swanson. *Cult Cuid*. 2021;25(59):39-49. doi:10.14198/cuid.2021.59.06.
 23. Nightingale F. Notes on nursing: what it is and what it is not. London: Harrison and Sons; 1859.
 24. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley; 1984.
 25. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing, and the human condition. New York: Basic Books; 1988.
 26. Boykin A, Schoenhofer SO. Story as link between nursing practice, ontology, and epistemology. *Image J Nurs Sch*. 1991;23(4):245-8. doi:10.1111/j.1547-5069.1991.tb00680.x.
 27. Benner P, Tanner C, Chesla C. Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics. New York: Springer; 2009.
 28. Chinn PL, Kramer MK. Integrated theory and knowledge development in nursing. St. Louis: Mosby Elsevier; 2008.
 29. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Rev ed. Boulder: University Press of Colorado; 2008.
 30. McCance T, McCormack B. Person-centred practice in nursing and health care: theory and practice. Oxford: Wiley-Blackwell; 2017.

31. Quiñonez MA, Robles LS. Narrativa "amar, cuidar y trascender": aporte al conocimiento de enfermería. *Cult Cuid.* 2022;26(64). doi:10.14198/cuid.2022.64.13.
32. Ortiz Anaya Y, Contreras Vilorio AJ, Meléndez Álvarez YG, Contreras Paternina SA, Pérez Argumedo AS, Solórzano Barboza MA. Narrativa de enfermería: convirtiéndome en un instrumento para el cuidado de las personas. *CuidArte.* 2024;13(26). doi:10.22201/fesi.23958979e.2024.13.26.86088.
33. Robles LS, Lesmes VI. La narrativa: herramienta pedagógica para el conocimiento de enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2019.
34. Cárdenas-Rodríguez ML. No sé por qué, pero lo quiero: una narrativa de enfermería. *CuidArte.* 2024;13(25). doi:10.22201/fesi.23958979e.2024.13.25.84904.
35. Mejías Rojas ME, Sánchez Rodríguez JR. Propuesta de un sistema conceptual teórico-empírico a través de la narrativa de enfermería. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2024;40 [citado 9 jun 2026]. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/6427>
36. Alteren J. Narratives in student nurses' knowledge development: a hermeneutical research study. *Nurse Educ Today.* 2019;76:51-5. doi:10.1016/j.nedt.2019.01.015.
37. Rodríguez DL. Narrativas sobre el cuidado del profesional de enfermería y la salud pública en víctimas del conflicto armado en Colombia [tesis de maestría en Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2018 [citado 10 mar 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/76245>
38. Grover S, Fitzpatrick A, Azim FT, Ariza-Vega P, Bellwood P, Burns J, et al. Defining and implementing patient-centered care: an umbrella review. *Patient Educ Couns.* 2022;105(7):1679-88. doi:10.1016/j.pec.2021.11.004.
39. Gerardino-Meneses RE, Vásquez SM. Narrativas de enfermería: estrategia pedagógica para la formación en cuidado centrado en la persona e insumo para la investigación cualitativa. *MedUNAB.* 2024;27(3):248-50. doi:10.29375/01237047.5437.

40. Dhaliwal U, Singh S, Singh N. Narrativas reflexivas de los estudiantes: perfeccionando el profesionalismo y la empatía. *Indian J Med Ethics*. 2018;3(1):9-15. doi:10.20529/IJME.2017.069.
41. Bjerkvik LK, Hilli Y. Escritura reflexiva en la educación de enfermería clínica de pregrado: una revisión de la literatura. *Nurse Educ Pract*. 2019;35:32-41. doi:10.1016/j.nepr.2018.11.013.
42. Ahmadpour N, Shariati A, Moghadam ED. Efecto de la escritura narrativa basada en el modelo reflexivo de Gibbs sobre la empatía y las habilidades de comunicación de los estudiantes de enfermería. *BMC Med Educ*. 2025;25(1):10. doi:10.1186/s12909-024-06593-7



Perfil de Autores

Mg. Mayra Alejandra Barajas Lizarazo

Enfermera profesional graduada del programa de Enfermería de la Universidad de Pamplona, magíster en Enfermería de la Universidad de la Sabana, doctoranda en salud Pública. Docente del programa de Enfermería de la Universidad de Pamplona. Experiencia en el área clínica, salud pública, administración, docencia e investigación.

 <https://orcid.org/0000-0002-1583-4214>

 mayra.barajas@unipamplona.edu.co

Mg. Katty Dayana Escobar Velásquez

Enfermera profesional graduada del programa de Enfermería de la Universidad de Cartagena, magíster en Epidemiología de la Universidad del Norte. Doctoranda en medicina tropical. Docente del programa de Enfermería de la Universidad de Pamplona. Experiencia en el área clínica, salud pública, docencia e investigación.

 <https://orcid.org/0000-0002-2026-0366>

 katty.escobar@unipamplona.edu.co

Sebastián Andrés Ramírez Villamizar

Enfermero profesional graduado del programa de Enfermería de la Universidad de Pamplona, con experiencia clínica en las áreas de psiquiatría y unidad de cuidados intensivos de adultos. Actualmente se desempeña como enfermero en la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos de la Clínica de Tirol (Tirol Kliniken GmbH), en Austria, donde desarrolla su labor asistencial en el cuidado integral de pacientes críticos, con un enfoque clínico, técnico y humanizado.

 <https://orcid.org/0009-0007-5781-9577>

 sarv_sebas@hotmail.com

María Paula Rangel Tolosa

Enfermera profesional graduada del programa de Enfermería de la Universidad de Pamplona, con experiencia en el cuidado materno-perinatal y liderazgo en procesos de certificación IAMII. Su ejercicio profesional se caracteriza por una mirada sensible hacia la vida en sus inicios y un compromiso constante con el cuidado integral. Actualmente se desempeña como enfermera diplomada en una unidad de cuidado pediátrico en Innsbruck, Austria, donde integra vocación, experiencia clínica y una perspectiva intercultural del cuidado.

 <https://orcid.org/0009-0007-8857-4859>

 paularangel934@gmail.com

Angy Liceth Campo Montenegro

Enfermera profesional graduada del programa de Enfermería de la Universidad de Pamplona, especialista en Auditoría en Salud de la Universidad Areandina, con tres años de experiencia laboral en el sector salud. Actualmente se encuentra vinculada a la Clínica Los Nogales de Bogotá D. C. y cuenta con sólidos conocimientos sobre atención integral al paciente, gestión de calidad, auditoría de procesos asistenciales y administrativos, cumplimiento normativo y mejora continua de los servicios de salud.

 <https://orcid.org/0009-0007-2292-4238>

 angy.campo@unipamplona.edu.co

Edna Carolina Peñaloza

Enfermera profesional graduada del programa de Enfermería de la Universidad de Pamplona, especialista en Pedagogía Universitaria. Se desempeñó como enfermera gestora de calidad en Profamilia.

 <https://orcid.org/0009-0009-6237-6111>

 Edna.penaloza@unipamplona.edu.co

Yolima Marleiby Manrique Anaya

Enfermera y docente asistente de la Universidad de Cartagena. Investigadora del grupo Cuidado y Vida, en la línea de calidad de vida del adulto mayor, y categorizada como investigadora asociada por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia. Especialista en Cuidado Crítico por la Universidad Industrial de Santander y magíster en Enfermería con énfasis en el cuidado de las personas y los colectivos por la Universidad de Cartagena.

 <https://orcid.org/0000-0002-3986-7870>

✉ ymanriquea@unicartagena.edu.co

Karoll Yerleyza Mogollón-Gauta

Enfermera profesional graduada del programa de Enfermería de la Universidad de Pamplona, con experiencia en los ámbitos asistencial, administrativo y docente. Especialista en Gerencia de la Calidad y Gestión Clínica, y magíster en formación en Auditoría y Calidad en los Servicios de Salud.

 <https://orcid.org/0000-0003-1897-7074>

✉ karoll.mogollon@unipamplona.edu.co

María Josefina Medina Peñaranda

Enfermera y docente catedrática de la facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, en las áreas de cuidado materno-neonatal y cuidado al niño y adolescente. Investigadora del grupo Salud, Mujer e Infancia, en la línea gestante, parturienta y puerpera. Magíster en Enfermería con énfasis en el cuidado de las personas y los colectivos de la Universidad de Cartagena. Facilitadora del AIEPI comunitario, estudiante de doctorado en Enfermería con énfasis en epidemiología materno-infantil en la Universidade Estadual de Maringá (Brasil) y abogada en formación de la Universidad Libre, sede Cartagena.

 <https://orcid.org/0009-0000-4861-1458>

✉ mmedinap@unicartagena.edu.co



UNIVERSIDAD
DE PAMPLONA

ISBN (Digital): 978-628-7937-06-2

