



El consuelo de María: una enseñanza de cuidado

DESDE LA TEORÍA DE WATSON

Claudia Andrea RAMÍREZ PERDOMO,*¹ María Elena RODRÍGUEZ VÉLEZ,¹ Alix Yaneth PERDOMO ROMERO¹

Resumen Abstract

Objetivo: presentar una experiencia de cuidado enmarcada en el referente teórico de la Filosofía y teoría del Cuidado transpersonal de Watson, que retroalimenta la práctica desde el contexto del arte y la ciencia humana. **Metodología:** estudio de caso en el cual se describen la experiencia de cuidado que surge de la práctica con los pacientes en su ámbito de desempeño, originados en la relación enfermera-paciente, el paciente, la enfermera y el contexto en el cual se desarrolla. **Conclusiones:** valida las situaciones de la práctica, determina la utilidad de los supuestos teóricos que fundamentan el quehacer profesional y dan valor al cuidado humano. **Palabras claves:** Narrativa. Teoría de Enfermería. Cuidado de Enfermería.

COMFORTING MARIA: A TEACHING OF HUMAN CARE FROM THE THEORY OF WATSON

Objective: To present an experience of caring science framed in the theoretical sense of philosophy and the Watson's theory of human care, while giving practical feedback within the context of art and human science. **Methodology:** Case study describing the experience of care, arising from the practice with patients in their area of performance originated in the nurse, patient, nurse-patient relationship and the context in which it develops. **Conclusions:** Approved situations of the practice. Determine the usefulness of the theoretical assumptions that fund the professional work and give value to the care of humans.

Keywords: Narrative. Nursing theory. Nursing care.

*La autora que describe la situación dentro de su práctica profesional en la Unidad renal. ¹Departamento de Enfermería, Universidad Surcolombiana, Neiva, Huila, Colombia

CORRESPONDENCIA: Claudia Andrea Ramírez Perdomo
clauram1@hotmail.com

Manuscrito recibido el 13.02.2015
Manuscrito aceptado el 10.07.2015

Index Enferm (Gran) 2016; 25(1-2):27-32

ESTUDIOS DE CASO

Introducción

Este estudio de caso surge de la relación enfermera, paciente y familia en el curso de la práctica en la unidad renal (UR) dentro del programa de diálisis peritoneal (DP). Además, se plantea desde la mirada del cuidado humano de Watson, como parte de lo que Huércanos reconoce como el cuidado invisible: “un conjunto de intervenciones fruto de la observación atenta, la empatía, el conocimiento y la experiencia, que llevan a las enfermeras a la elaboración de juicios profesionales y éticos deliberados, altamente centrados en las necesidades de cada paciente”.¹

Siguiendo con este análisis, Orkaizagire y otros consideran que “la reflexión sobre las propias experiencias, la práctica realizada, la observación de las personas atendidas y la confrontación con vivencias de otras personas favorecen el crecimiento personal y el descubrimiento de los recursos ocultos del individuo en conflicto”.² Por consiguiente, el estudio de caso se convierte en una herramienta importante para analizar las situaciones que se presentan en la práctica asistencial, comunitaria, administrativa y docente; sirve como punto de partida para el desarrollo de investigaciones, en busca de dar respuesta a los fenómenos de interés para el avance de la disciplina de enfermería. Por esta razón, el análisis es crítico respecto a la práctica de la enfermera para detectar puntos débiles y fuertes, que permite plantear acciones de cuidado pertinentes de acuerdo a las problemáticas detectadas, de tal manera que contribuye a articular teoría y práctica, y de esta forma integrar el conocimiento teórico.³

Mediante este abordaje se involucra procesos sociales, en el cual se proyectan experiencias sociales y comportamientos, que surgen de las descripciones que la persona hace de la vivencia del fenómeno.⁴ Teniendo en cuenta los planteamientos anteriores, se presentan los conceptos que contribuyen a la fundamentación teórica de Enfermería, cimientando para el análisis en el presente artículo.

Es imperativo en Enfermería narrar experiencias vividas y reconocer en ellas los conceptos epistemológicos que fundamentan el cuidado, dando la posibilidad de mejorar el quehacer y convertirse en punto de partida de investigaciones relacionadas con el cuidado. Para Boykin y Schoenhofer la situación de Enfermería es el depósito del conocimiento y el contexto del conocimiento de la misma, mediante la situación,

los enfermeros llegan a entender al otro y crecer en el cuidado permitiéndoles conocer la totalidad del conocimiento estético.⁵ El conocimiento en Enfermería guía y orienta la práctica, a su vez retroalimenta la teoría. De ahí la importancia de comprender la fundamentación teórica en el desarrollo de la práctica y la estructura jerárquica del conocimiento, los metaparadigmas, filosofías, modelos y teorías en Enfermería.

Metaparadigma: son los conceptos globales, identifican el fenómeno central de interés de una disciplina, las proposiciones que describen y enuncian las relaciones entre los conceptos.⁶ Considerado el componente más abstracto y complejo de la estructura.

Filosofía: precisa la búsqueda de la comprensión de la naturaleza humana, con sus realidades, significados, valores y normas de conducta, en la medida en que estos se relacionan con la naturaleza de las sociedades y la educación.⁷ Para Fawcet,⁶ es una declaración que comprende reclamos: ontológicos acerca de los fenómenos de interés central para una disciplina, epistémicos de cómo esos fenómenos llegan a ser conocidos, y éticos de qué es lo que los miembros de esa disciplina valoran.

Por otra parte, se requiere entender que la evolución de la Enfermería ha avanzado no solo por la indagación científica sino por los aportes de la filosofía en los aspectos ontológicos y epistemológicos emergentes en las visiones de enfermería.⁸

Así, Fawcet propone tres visiones del mundo: *la particular determinística*,⁶ contiene la visión mecanicista, de persistencia, de totalidad; concibe el individuo como ser biopsicosocial y espiritual, fraccionado en sus componentes físicos, biológicos, sociales y espirituales. *De interacción recíproca*,⁶ resume los elementos a partir de las visiones de organicismo, simultaneidad, totalidad, cambio, persistencia iterativa e integrativa, el individuo es considerado un ser holístico, las partes como un todo, una entidad integrada, organizada y no reducible. *De acción simultánea*,⁶ tiene en cuenta los elementos del organicismo, la simultaneidad, el cambio y la visión del mundo unitaria transformativa. El ser humano es considerado como un ser unitario, holístico, auto-organizado; es más que y diferente de la suma de partes.

Fawcet define los *Modelos Conceptuales* como “un grupo de conceptos abstractos y generales que representan el fenómeno de interés de una disciplina, las proposiciones que describen estos conceptos y que establecen relaciones abstractas y generales

entre dos o más conceptos”.⁶ Jonhson, citado por Gómez, afirma que “un modelo es una invención de la mente y tiene un propósito definido, es una derivación de la realidad, pero no construye la realidad misma”.⁹ Se considera que es más abstracto que la teoría, es calificado como un paso previo para el desarrollo teórico.⁹ También Parker plantea que son: “una serie de conceptos y proposiciones que proveen perspectivas de los principales conceptos del metaparadigma de Enfermería: persona, salud, ambiente y cuidado”.¹⁰

Adicionalmente, los modelos conceptuales evolucionaron de las observaciones empíricas y de las concepciones intuitivas de estudiosas o de deducciones que forman ideas creativas a partir de diferentes campos de indagación, puede ser inductivo y deductivo.⁶ Buscan dar respuesta a los fenómenos de interés en una disciplina, y dan solución a los problemas prácticos que enfrentan los profesionales. Además, presenta las relaciones entre el profesional de enfermería y la persona que se cuida, describiendo de esta manera las etapas de atención.¹¹

Así mismo, Fergusson identifica la importancia de llevar modelos y teorías a la práctica como estrategia para fortalecer el conocimiento disciplinar con las consecuentes repercusiones en términos de calidad, autonomía y visibilidad del cuidado.¹² Igualmente, Fawcet, propone el uso de un modelo conceptual explícito como mecanismo para alcanzar un mayor desarrollo en la práctica, promoviendo la comunicación entre enfermeras, que conlleva a reducir los conflictos, al unificar las metas del cuidado y proporcionar métodos sistemáticos para investigar en enfermería, educación, administración y desarrollo de la práctica.⁶

Por otra parte, las *Teorías* son consideradas como uno o más conceptos relativamente concretos y específicos derivados de un modelo conceptual. Además, Chins y Jacobs las definen como “un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno y la designación específica de interrelaciones entre conceptos para obtener propuestas que describen, explican, predicen o controlan un fenómeno”.⁹ También, Fawcet establece que la función de una teoría es estrechar y especificar más concretamente el fenómeno que está contenido en un modelo conceptual y dar una estructura relativamente concreta y específica para la interpretación de los comportamientos, las situaciones y los eventos inicialmente confusos.⁶

ESTUDIOS DE CASO

Igualmente, Alligood y Tomey reconocen que la Enfermería aumenta el valor profesional en la medida en que utilizan las teorías como una guía sistemática para el pensamiento crítico y la toma de decisiones.¹³ En el orden en que se aplica la teoría para dar sustento a la práctica, los profesionales mejoran la calidad del cuidado ya que son capaces de organizar los datos, tomar decisiones relacionadas con las acciones orientadas a brindar cuidado y medir los resultados obtenidos. Además, es la base científica que guía el conocimiento y la práctica profesional, fundamenta y educa a actuar con sentido, enseña a detectar necesidades físicas, espirituales y emocionales, prepara para predecir y controlar los fenómenos. También ayuda a solucionar problemas y da autonomía. En una reflexión más profunda acerca de la aplicabilidad de la teoría, se podrá deducir que ayuda a analizar los hechos individuales de una persona, para potenciar y brindar el cuidado de enfermería que requiera.

Los *indicadores empíricos* son definidos por Fawcett como “un concepto muy concreto y específico equivalente del mundo real para una teoría de rango medio; un instrumento real, una condición experimental, o un procedimiento clínico que se utiliza para observar o medir un concepto de teoría de mediano rango”.⁶ Por lo tanto, ofrecen los medios, mediante los cuales las teorías de mediano rango puedan ser probadas, esto permite elaborar instrumentos cualitativos o cuantitativos relacionados con intervenciones que aportan a la ciencia de Enfermería; de igual manera, se presentan como evidencia de la contribución de la disciplina a la práctica de cuidado.

Partiendo de los planteamientos precedentes, se plantea como objetivo del estudio de caso presentar una experiencia de cuidado enmarcada en el referente teórico de la Filosofía y teoría del Cuidado transpersonal de Watson, que retroalimenta la práctica desde el contexto del arte y la ciencia humana.

Descripción del caso

Siendo enfermera en la UR [situación narrada por Claudia Andrea Ramírez Perdomo], la relación con los niños me generaba preocupación; cada vez que llegaban a mi servicio sentía impotencia e incapacidad de actuar tranquilamente. Aún recuerdo a María, una niña de 3 años en tratamiento, despierta y cariñosa, a su corta edad actuaba como toda una mujercita, nos hicimos buenas amigas, siempre vestida a la moda y

muy vanidosa, su asistencia a consulta era una experiencia divertida para médicos y enfermeras que compartíamos con ella. Su mamá Ana, hablaba de lo contenta que se ponía cuando venía a control, porque se iba a encontrar con sus amigos de la UR, según ella arreglarse era un ritual, había que conquistar a quienes la atendíamos.

Un domingo, Ana llamó angustiada, María estaba enferma; le indiqué dónde llevarla, apenas terminé de hablar con ella, llamé al nefrólogo y le informé sobre la situación de la niña. Más tarde, el médico me comunicó su estado, había sido llevada a urgencias por presentar emergencia hipertensiva y debían hospitalizarla en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Sentí preocupación, esto no era nada bueno para mi pequeña amiga.

El lunes siguiente terminé varios pendientes, después informé que subiría a la UCIP a saber sobre el estado de salud de María, y realizar el cambio de DP. Al llegar a la UCIP saludé, ella respondió con voz llena de angustia y dijo “me duele la cabecita”, observé el monitor, vi que tenía la presión arterial alta; me senté junto a ella, mientras le hablaba, acariciaba su cabeza, sus ojitos empezaron a cerrarse. Le hice el cambio, revisé el balance de líquidos, dándome cuenta que respondía bien al tratamiento dialítico. Al terminar, dialogué con el pediatra, quién me informó que María no mostraba mejoría.

Al salir encontré a Ana, hablamos de su preocupación y el temor que tenía de que algo malo sucediera; intenté tranquilizarla explicándole como era su evolución hasta el momento, y lo más importante, debíamos tener fe en Dios, aunque en el fondo sabía que la situación era crítica.

Mientras regresaba al servicio pensaba en mi hijo y en María, a mi pequeño no le gustaba quedarse solo en un lugar desconocido, con personas ajenas, eso lo llenaba de angustia y se ponía a llorar, “la pequeña debe sentirse atemorizada –pensé–, está sola, enferma y con personas desconocidas”. Cada momento que pasaba crecían en mí esos sentimientos de impotencia, deseaba regresar a la UCIP y permanecer más tiempo con ella, pero tenía obligaciones que no podía abandonar.

Ese día acudí en varias oportunidades, y siempre que me despedía sentía que la situación estaba empeorando. Al terminar la jornada fui por última vez, debía realizar el último cambio del día. Al llegar, encontré a Ana afuera; se veía angustiada, la situación era más crítica, continuaba con cefalea intensa, hipertensa y no mostraba

signos de mejoría.

Al ingresar, encontré la pequeña llorando, le pregunté qué sucedía, ella contestó que le dolía la cabeza, la luz le molestaba y aumentaba su dolor. El pediatra de turno me informó que iban a tomar una Tomografía Axial Computarizada en la noche ante la sospecha de una hemorragia subaracnoidea, era una mala noticia. Realicé el cambio de DP sintiendo una profunda tristeza, pero aun así, mientras lo hacía conversaba animadamente con mi amiga, logrando hacerla sonreír. Al terminar el procedimiento le pregunté qué deseaba, ella se quedó mirándome con los ojos entrecerrados y dijo “apaga la luz por favor”, sin pensarlo dos veces me acerqué a la enfermera y pedí que la apagáramos, ella me miró molesta y dijo “ustedes se vuelven canzones consintiendo tanto a esa niña”, ignoré su comentario, ante mi insistencia apagó la luz que tenía cerca; me aproximé a María y me senté a su lado, estuvimos conversando largo rato, trataba de animarla y darle esperanza, ella apretaba mi mano y sonreía, cuando se durmió, me marché.

Al día siguiente, encontré a Ana esperándome. Al acercarme me abrazó y empezó a llorar, María había muerto esa madrugada, me sentí acongojada, cuando dijo “gracias por todo”, sentí como las lágrimas corrían por mis mejillas, así que dejé a Ana expresar su dolor mientras la confortaba con mi abrazo, al final nos despedimos y me marché a continuar con el trabajo que diariamente realizaba, cuidar mis pacientes.

A pesar del dolor que sentíamos por su fallecimiento, comprendí que aún en sus últimos momentos María y yo habíamos estado unidas a través del cuidado, el afecto, la esperanza y el consuelo. Sentí que como enfermera pude desarrollar una relación de ayuda y confianza,¹³ darle tranquilidad ante el miedo a lo desconocido, brindar consuelo a Ana y permitirle expresar sus sentimientos. Experimenté que aunque el final no lo podía cambiar, pudimos compartir con Ana el amor y el dolor que nos representó la partida de María.

Discusión

Teniendo en cuenta los referentes teóricos expuestos, el estudio de caso propuesto, se analizará a la luz de los supuestos teóricos de Watson, en la filosofía y teoría del cuidado transpersonal.

Persona. Watson considera la persona como una unidad: mente/cuerpo/espíritu/naturaleza, “la personalidad va unida a las

ESTUDIOS DE CASO

ideas de que el alma posee un cuerpo que no está confinada por el tiempo y el espacio objetivos”,¹³ dándole la connotación de ser unitario donde los aspectos que la engloban confluyen en un todo, esto “permite la promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos”,¹³ contribuyendo a tener una visión de la enfermera y el paciente como personas que se interrelacionan, reconociendo el crecimiento mutuo durante el acto de cuidado.

En esta situación de enfermería, la enfermera ve a la niña y su familia desde el concepto unitario, no analiza solo la gravedad del problema (aspecto físico), si no como su mente-cuerpo-alma están interrelacionadas, construyen momentos en los cuales se desarrolla y apoya una auténtica relación de cuidado, apoyo y confianza, como lo establece Watson.

Aquí la enfermera es capaz de identificar el binomio madre-hija, los momentos de angustia, las necesidades de apoyo y consuelo, reconoce las necesidades físicas y espirituales, convirtiéndose en alguien que brinda cariño, haciendo sentir confort y tranquilidad a María y su mamá; acepta a la persona que cuida como un ser humano y que su presencia es fundamental para el cuidado de muchos.¹⁴ Además, esto se refleja, en el agradecimiento de Ana y la satisfacción de la enfermera por el amor y el cuidado proporcionado, que permitió reconocer su sensibilidad a través de una relación auténtica de ayuda y confianza.

Entorno. Es importante reconocer el entorno interno y externo del paciente, para Watson, el papel de la enfermera en el entorno se relaciona en “como atender los entornos de apoyo protector y/o correctivo mental, físico, social y espiritual”,¹³ además, describe cómo “los espacios de curación pueden usarse para ayudar a otros a superar la enfermedad, el dolor y el sufrimiento”,¹³ considera que el entorno y la persona están conectados “cuando la enfermera entra a la habitación del paciente, se crea un campo magnético de expectativa”.¹³

Para la enfermera era importante reconocer en María la interacción del entorno interno: miedo, ansiedad, temor a lo desconocido; con el entorno externo: incomodidad ocasionada por el dolor, estímulos auditivos y sensoriales, su enfermedad. Se identificaron los factores del entorno y su influencia en la condición de la niña, de esta manera pudo brindar un entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, social y espiritual,¹³ un entorno de curación en el cual coligen los aspectos

físicos y no físicos, identificó factores espirituales, mentales y las creencias que pudiesen influir en el proceso de cuidado.

Es importante resaltar que se crearon espacios para disminuir los estímulos del entorno externo, que de alguna forma influían en la condición de la niña, aún a pesar de la molestia manifestada por su colega, era importante potenciar un entorno que fuera de curación, donde se tuviera en cuenta al ser humano unitario, la búsqueda principal era mitigar el sufrimiento ocasionado por el dolor, la angustia, el miedo a lo desconocido y brindar momentos de paz y tranquilidad tanto para la niña como para la mamá.

Enfermería. “Enfermería consiste en conocimiento, pensamiento, valores, filosofía, compromiso y acción con cierto grado de pasión”.¹³ Para Watson los aspectos de la relación enfermera-paciente se traducen en un resultado terapéutico incluido en el proceso de cuidado transpersonal. Afirma, además, que los sujetos no pueden ser tratados como objetos y ser separados del yo, de los otros, de la naturaleza y del universo.

La relación transpersonal recibe influencia de la conciencia de cuidado y la intencionalidad de la enfermera, describe la manera como se entra en el espacio de vida o campo fenoménico de la persona, es capaz de detectar el estado del otro. Implica la unión, es mutuo y recíproco, cada uno viviendo el momento del otro, como redefiniéndose y reconociendo la convergencia de los dos, en el cual se abren a nuevas posibilidades de cuidado.

En esta situación, se observa como la enfermera va más allá de lo físico, se acerca a la niña para tranquilizarla, darle afecto, compartió el sufrimiento de la unidad madre-hija, aunque comprende la situación crítica, y el mal pronóstico, buscó la manera de darle esperanza a las dos, en esta etapa reconoce su condición de madre para apoyar a la mamá de María, brindar consuelo, fe, esperanza; abarcando los aspectos físicos, espirituales y emocionales, que promueve trascender más allá del plano personal, se abrió hacia la dimensión espiritual que le permitió comprender como coexisten el proceso vida-muerte, en el cual según Watson contribuye a cuidar el alma de uno mismo y de la persona que recibe cuidado.¹³

Salud. “Unidad y armonía en la mente, cuerpo y alma; se asocia con el grado de congruencia entre el yo percibido y el yo experimentado”.¹³ Además, establece que una dolencia es una desarmonía subjetiva

en el yo interior con cierto nivel de desarmonía en las esferas de la persona. María, a su corta edad, siente su enfermedad, reconoce qué sucede en su organismo, percibe el cambio de estado de salud. Es capaz de identificar la desarmonía de su cuerpo y espíritu, se evidencia cuando refiere el dolor experimentado y se manifiesta en la angustia ante este. Es así como la enfermera brinda momentos de tranquilidad, en un intento de recuperar la armonía cuerpo-alma, que por su condición crítica no alcanza.

A pesar de su fallecimiento, la familia percibe la enfermera como un apoyo importante en este proceso, y aún en la muerte se descubre afecto en ella, existen sentimientos de gratitud dado que estuvo presente, permitiendo momentos de auténtico cuidado, experimentó situaciones de amor, entrega, bondad, comprensión, aquí el acto de cuidar asume una condición sublime, enfrentando a los enfermeros con el contexto humano, haciéndolos conscientes de que cada acto físico se refleja en el espíritu de las personas. Watson propone que estas situaciones conllevan a promover el desarrollo continuo y profesional, el crecimiento espiritual y la práctica, es imperativo para avanzar hacia el conocimiento transpersonal.

La visión filosófica del mundo reflejada en este estudio de caso es de acción simultánea,⁶ en esta el fenómeno de interés son las experiencias propias, sentimientos, valores, pensamientos y elecciones de los seres humanos, constituyéndose en una de las visiones con mayor amplitud dado que permite abordar al individuo como un ser unitario, así mismo se reconoce que la experiencia vivida por las personas es única y diferente, para cada ser humano. Bajo esta visión María es considerada como un ser unitario, cobran significado sus sentimientos, pensamientos y es trascendental la relación intersubjetiva entre ella, la madre y la enfermera, construyendo momentos de verdadero cuidado.

Patrones del conocimiento

Carper,¹⁵ identificó cuatro patrones del conocimiento que permiten analizar la estructura conceptual y sintáctica del mismo; es necesario determinar cómo ellos se enlazan en la estructura jerárquica del conocimiento propuesto por Fawcett, y cómo hacen fáctica la evidencia de su aplicabilidad, utilidad en la investigación y visibilizar sus aportes en el desarrollo de la práctica y la disciplina de enfermería.

ESTUDIOS DE CASO

Conocimiento personal. Conocimiento de sí mismo, que se expresa de manera congruente, auténtica y genuina en cuerpo-mente-espíritu,¹⁵ es así como la enfermera reconoce quién es y quién puede llegar a ser; identifica al otro como persona no como objeto y se esfuerza por establecer una relación personal auténtica entre dos. Estudia a los individuos como sistemas abiertos, cambiantes, que les permite crecer y explorar el potencial humano, no son entidades fijas, sino que tienen la posibilidad de crear y construir su propio yo, lo que facilita el apoyo terapéutico al individuo dentro de su contexto.

Aquí se visibiliza el cuidado, se inicia el verdadero proceso de humanización que requiere la práctica. Según Carper a través de éste, los enfermeros reconocen la responsabilidad social y profesional que asumen en el acto de cuidado, ya que se ven abocados a manipular el ambiente y la conducta de los individuos, quienes son los responsables de mantener o restaurar un estado de equilibrio, en el cual confluyen todos los aspectos que enmarcan el concepto de bienestar.¹⁶

Estas experiencias permiten a la enfermera explorar su vida, sentimientos, ser capaz de analizar la situación de María como enfermera y madre, ser consciente que María y Ana necesitan de momentos de cuidado que se brindan a través del acompañamiento, apoyo, sensibilidad de su desempeño profesional, reconoce sus compromisos con otros pacientes, que le impide permanecer más tiempo con la pequeña, pero buscó espacios para dar consuelo y amor, sin olvidar las necesidades propias del tratamiento.

Conocimiento empírico. Se organiza sistemáticamente en leyes generales y teorías que tienen como propósito describir, explicar y predecir fenómenos concernientes a la disciplina de Enfermería. Se expresa en la medida en que los enfermeros realizan la descripción de hechos, toman decisiones basados en el conocimiento fundamentado, adquieren habilidades y destrezas propias para el desarrollo de la práctica. En la disciplina de Enfermería se permite la validación constante de lo que se piensa, hace y socializa.¹⁷ Comprende cómo se siente y manifiesta el impacto que afecta la condición de soledad, estado físico y emocional en los niños al ser hospitalizados en UCIP. Como experimenta María el hecho de quedarse sola, el dolor ocasionado por las continuas tomas de muestras de laboratorio, control de signos vitales, desnudez y

el temor a lo desconocido.

La enfermera se enfocó en las necesidades físicas, asociadas a los efectos de los estímulos visuales y auditivos en la paciente, con diagnóstico de emergencia hipertensiva y ante sospecha de hemorragia subaracnoidea, buscó mecanismos para mitigarlos; pero además, se centra en reconocer el significado de una caricia, la conversación suave y tranquilizadora; identifica las necesidades de la familia, da consuelo a través del apoyo, el reforzamiento de la fe; reconoce la realidad de María y permite establecer relaciones terapéuticas apoyadas en el conocimiento dando solidez al ejercicio profesional.

Conocimiento ético. Se refiere al componente ético o moral de la Enfermería, que influye en la toma de decisiones ante personas en riesgo o consideradas en situación de vulnerabilidad. Carper, citado por Charparro, establece que “el patrón ético o componente moral involucra la presencia de dilemas morales, los cuales surgen en situaciones de ambigüedad e incertidumbre, cuando las consecuencias de las acciones son difíciles de predecir; tradicionalmente los principios éticos y códigos de ética ofrecen ayuda para resolverlos”.¹⁷ En la narrativa se observa responsabilidad con el paciente, busca respeto ante su condición de indefensión, se observa cómo a pesar de la solicitud de apagar la luz por la molestia ocasionada ante los estímulos visuales no se concede el deseo, solo ante la súplica de otros colegas se accede a esta solicitud.

Este patrón es visible cuando se involucra a la familia, aspecto importante en el cuidado humanizado, dado que favorece el acercamiento a las personas y familias, tal y como lo describe Beltrán;¹⁸ hay comunicación clara y veraz con la mamá sobre la condición y evolución de María, se garantiza el cuidado exigido por el individuo y la familia, un cuidado con sentido humano, un cuidado holístico. La enfermera respeta, demuestra amor; considera a María como ser humano complejo y no un paciente más dentro del servicio. Además, fue leal con los compromisos asumidos con los pacientes, cumplió a cabalidad sus funciones; al mismo tiempo logro ir más allá del protocolo y convirtió el acto de cuidado en un proceso de crecimiento personal y profesional.

Conocimiento estético. Puede describirse como significado de una expresión, ésta se construye de manera singular, particular y subjetiva, es interpretada por la imagina-

ción y se asocia con la situación experimentada. Se visualiza en la medida que los enfermeros reconocen la realidad del otro e identifican su naturaleza como única, real y profunda; interpretan el significado de la situación en todo su contexto; se basa en la empatía, la capacidad de identificar las necesidades reales, se traduce en dar todo de sí cuando se brinda cuidado, permitiendo descubrir el significado de la experiencia humana. En cada momento de cuidado la enfermería hace visible su arte y al mismo tiempo puede plasmarlo en acciones que son apreciables en sí mismas como obras de arte (desde comunicaciones científicas hasta una mirada a la persona cuidada).¹⁹

El significado dado a las caricias que buscan tranquilizar, dar consuelo y seguridad, reconocer la angustia no solo en las palabras, sino también en los gestos. Cómo, a través de la situación de María, la enfermera piensa en su hijo y reconoce el miedo que ella experimenta al quedarse sola, realidad que es igual para su bebé, comprende y acepta lo inminente. Ante la muerte de María, da consuelo a una madre que siente dolor, miedo e impotencia, es capaz de ponerse en la situación y reconocer su condición de madre. Da significado al abrazo y a sus lágrimas en el momento final; demuestra como ser humano, la capacidad de sentir e interactuar con los demás; a través de los momentos, existe una reflexión que la lleva a entrar en contacto con el significado del dolor, angustia, sufrimiento y ante todo dar un nuevo significado a la vida y a la muerte. Para concluir, se puede decir que en el estudio de casos, la narrativa contribuye a proponer modelos de cuidado que dan protagonismo al “cuidado centrado en el paciente y su experiencia de enfermar”,²⁰ por consiguiente se convierte en una herramienta valiosa para avanzar en la comprensión del cuidado, desde la teoría del cuidado humano propuesta por Watson.

Bibliografía

1. Huércanos I. Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. *Index de Enfermería* 2013 ; 22(1-2): 5-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296-2013000100001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100001>. [acceso: 19/08/2015].
2. Orkaizagirre A, Amezcua M, Huércanos I, Arroyo A. El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado. *Index de Enfermería* 2014; 23(4): 244-249. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300011> [acceso: 19/08/2015].

3. Orkaizagirre A, Huércanos I. La enfermera novel en la Relación de Cuidado: a propósito de un caso de hemorragia. *Index de Enfermería* 2014; 23(4): 224-228. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300007> [acceso: 19/08/2015].
4. Figueredo N. Compañero de vida: enfermedad crónica. Un estudio de caso. *Index de Enfermería* 2014; 23(1-2): 46-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100010> [acceso: 19/08/2015].
5. Boykin A, Schoenhofer S. La situación de Enfermería como foco central de Enfermería. En: Boykin A, Schoenhofer S. *Enfermería como Cuidado: un modelo para transformar la práctica*. New York: National League for Nursing Press. 1993; pp. 17-22.
6. Fawcett J, DeSanto-Madeya S. *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia. FA Davis Company, 2013.
7. Riehl-S J. *Modelos Conceptuales de Enfermería*. Barcelona: Doyma, 1992 (3ª ed.).
8. Bueno LS. Aspectos Ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Cienc. enferm.* 2011; 17(1): 37-43.
9. Gómez O, Gutiérrez E. La situación de Enfermería: Fuente y Contexto del conocimiento de Enfermería. La narrativa como medio para comunicarla. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Gráficas Ducal Ltda. Bogotá, 2011.
10. Durán de Villalobos MM. *Enfermería, Desarrollo teórico e Investigativo*. Bogotá; Unibiblos, 2001
11. Gómez-Palencia IP. Técnica de la narrativa en Enfermería, Patrones de Conocimiento y Abordaje Teórico. *Rev. cienc. biomed.* 2012; 3(1):174-179.
12. Moreno-Fergusson ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. *Aquichán* 2005; 5(1): 44-55.
13. Alligood M, Tomey A. *Modelos y teorías en Enfermería*. Barcelona: Elsevier, 2011 (7ª ed.).
14. Molano ML, Guerrero NS. Características del enfermero que cuida y de la persona cuidada en un ambiente neonatal. *Rev. Cubana Enferm.* 2012; 28(2):169-180.
15. Durán de Villalobos MM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichán* 2005; 5(1): 86-95.
16. Carper B. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advan. Nurs. Scien.* 1978; 1(1): 13 - 23.
17. Chaparro L. Patrones del conocimiento en Enfermería: relaciones con los niveles de abstracción de enfermería. En: Angelo M, Abaunza M, Alzate ML, Arango GL, Barrera LP, Barrera L et al. (Eds). *Avances en el Cuidado de Enfermería*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2010, pp: 61 - 80.
18. Beltrán-Salazar O. Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado. *Index de Enfermería* 2015; 24(1-2): 49-53. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100011&lng=es [acceso: 26/08/2015].
19. Contreras V. Evidencia del Arte en Enfermería. *Enferm. glob.* 2013; 12(30): 326-331.
20. Mariano L, Rodríguez B, Conde D. Cuidados basados en narrativas: redefiniendo la jerarquía de la evidencia. *Index de Enfermería* 2013; 22(1-2): 55-59. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100012> [acceso: 19/08/2015].



PROGRAMA DE POSGRADO

MASTER DE ENFERMERIA EN ESTOMATERAPIA

Título propio de la Universidad de Granada realizado bajo la coordinación de la Fundación Index

60 créditos ECTS - 1500 horas semi-presenciales

El Máster propio en Enfermería en Estomaterapia es un **programa de formación especializado** que dota de competencias en Prácticas de Enfermería Avanzadas en el cuidado a pacientes estomizados y sus familias. Diversos estudios científicos han constatado que las intervenciones de Enfermería en Estomaterapia aumentan la satisfacción de los pacientes y reducen costes como consecuencia de la reducción de complicaciones, por lo que cada vez están más presentes en las instituciones sanitarias tanto públicas como privadas como servicios especializados.

Con el respaldo de la Fundación Index, el Hospital Universitario San Rafael y el Complejo Hospitalario Universitario de Granada el programa se desarrolla de **forma semi-presencial**, de manera que es accesible a profesionales de cualquier punto del país. Las **prácticas clínicas en unidades especializadas** en Estomaterapia y el apoyo tutorial por parte de **reconocidos especialistas**, que actúan como profesorado, favorecen el proceso de aprendizaje del alumno, incorporando metodologías innovadoras y garantizando la calidad.

La Enfermería en Estomaterapia constituye un área emergente de especialización enfermera que encuentra salidas profesionales tanto en los sistemas sanitarios públicos de nuestro país y de otros de Europa, como en el sector privado, ligado a procesos de innovación en recursos tecnológicos para el cuidado.



CONTENIDOS

Módulo 1: FUNDAMENTOS DE LA ENFERMERÍA EN ESTOMATERAPIA

Módulo 2: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ATENCIÓN PSICOSOCIAL AL PACIENTE OSTOMIZADO

Módulo 3: INVESTIGACIÓN APLICADA A LOS CUIDADOS (en el campo de la Estomaterapia)

Módulo 4: PRÁCTICAS CLÍNICAS (en unidades especializadas)

Módulo 5: TRABAJO DE FIN DE MASTER

Información e Inscripciones

Área de Formación y Empleo

Fundación General Universidad de Granada - Empresa

Centro de Transferencia Tecnológica

Gran Vía de Colón, 48 Planta 1ª - 18071 - Granada

Telf. +34 958 246120 Fax: 958 240995

E-mail: posgrados@fundacionugrempresa.es

Web: posgrados.fundacionugrempresa.es

INFORMACION ACADEMICA

secretaria@ciberindex.com - Telf. +34 958 293304

<http://www.index-f.com/einnova/msosto.php>