

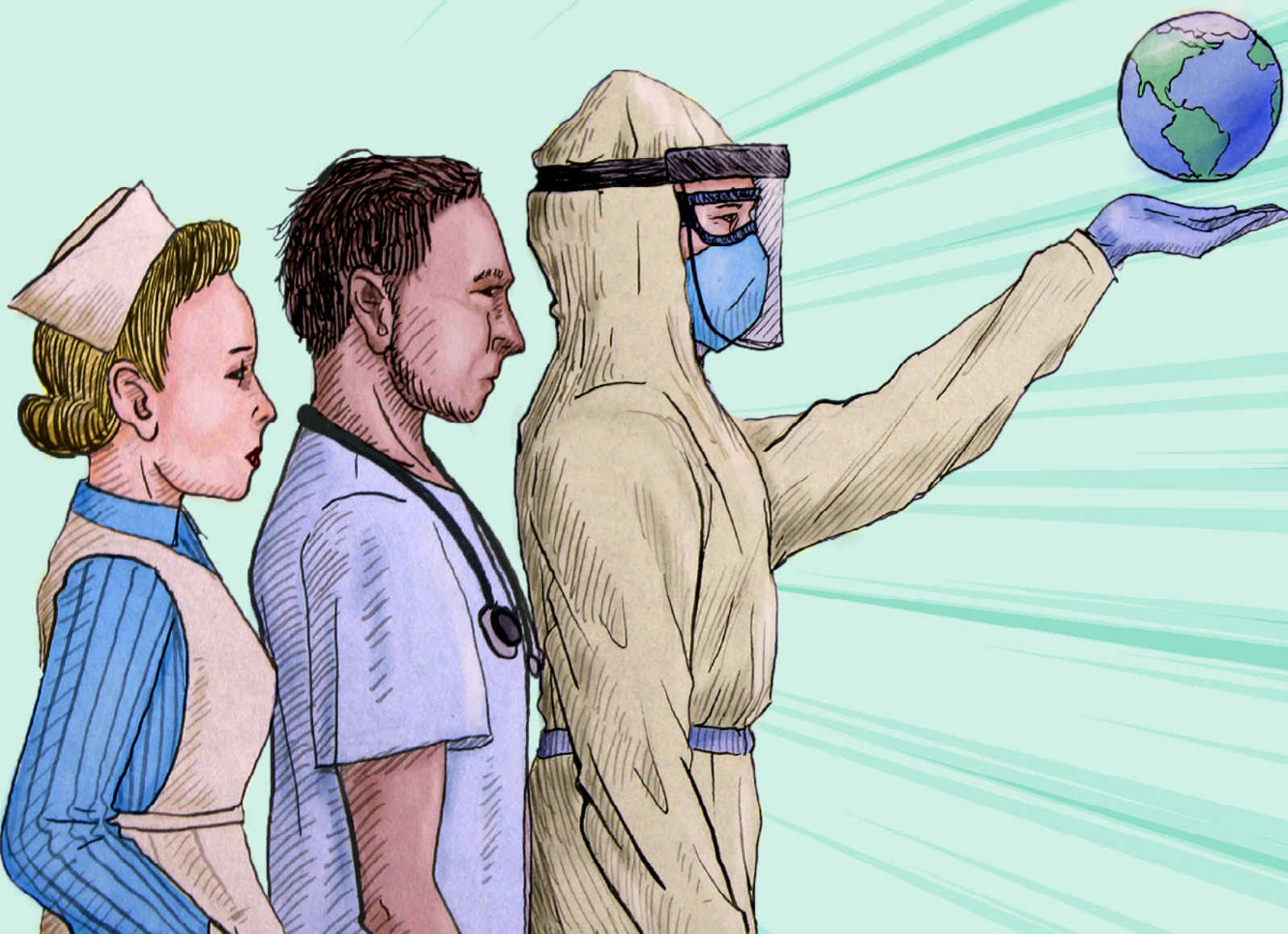
ISSN EN LÍNEA 2745 - 1097

ISSN 1692 - 407X

Comúncuidado

Revista de estudiantes de Enfermería

VOL. 21 | 2020



Comúncuidado

Revista de estudiantes de Enfermería

VOLUMEN 21 N° 1 | ISSN EN LÍNEA 2745 - 1097
ISSN 1692 -407X

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SEDE BOGOTÁ

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
CRA 45 N° 26 – 85 - EDIFICIO URIEL GUTIÉRREZ
SEDE BOGOTÁ
WWW.UNAL.EDU.CO

FACULTAD DE ENFERMERÍA
CIUDAD UNIVERSITARIA
CARRERA 30 CALLE 45 - EDIFICIO 228

CONTACTO DEL PROYECTO

RCOMCUID_FEBOG@UNAL.EDU.CO 
@REVISTAComUNCUIDADO 
ISSUU.COM/GESTIONDEPROYECTOS 

CONTACTO GESTIÓN DE PROYECTOS

PROYECTOUG_BOG@UNAL.EDU.CO 
/GESTIONDEPROYECTOSUN 
@PGP_UN 
ISSUU.COM/GESTIONDEPROYECTOS 

RECTORA

DOLLY MONTOYA CASTAÑO

VICERRECTOR · SEDE BOGOTÁ

JAI ME FRANKY RODRÍGUEZ

DIRECTOR DE BIENESTAR DE SEDE

OSCAR ARTURO OLIVEROS GARAY

COORDINADOR PROGRAMA GESTIÓN DE PROYECTOS

WILLIAM GUTIERREZ MORENO

DIRECTORA DE BIENESTAR FACULTAD DE ENFERMERÍA

LUZ ESTELLA BUENO ROBLES

DECANA FACULTAD DE ENFERMERÍA

YANETH MERCEDES PARRADO LOZANO

COMITÉ EDITORIAL

DIRECTOR

JESÚS DAVID HERNÁNDEZ ROMERO

EDITORES

MARÍA CAMILA RODRÍGUEZ CAMARGO

COMITÉ DE CONTENIDO Y REDACCIÓN

ÓSCAR YESID FRANCO ROCHA

BRAYAN ALEJANDRO PABÓN MARTÍNEZ

LEANDRO GUARÍN MUÑOZ

BRAYAN FERNANDO CALIXTO ACOSTA

DANIELA MENDOZA TORRES

INGRID KATHERINE PORTUGUÉS MORA

BERNI ALONSO PEÑA ALMANZA

KAREN BRIGITTE CARDOZO LÓPEZ

VALENTINA SANTOYO ÁNGULO

KAREN VALENTINA MORENO TORRES

LENITH DANIELA CALDERÓN CÁRDENAS

SULY ALEJANDRA PINZÓN OSPINA

JUAN SEBASTIÁN DEVIA VEGA

COLABORADORES

KAREN GUICELLA SEGURA CARRILLO

REVISIÓN DOCENTE

JUAN CARLOS DÍAZ ÁLVAREZ

NORIDIA RÁTIVA MARTÍNEZ

NATHALY RIVERA ROMERO

YAIRA YOHANNA PARDO MORA

RAQUEL VARGAS VASQUEZ

LUZ NELLY RIVERA ÁLVAREZ

LUCY MARCELA VESGA GUALDRON

LUZ STELLA BUENO ROBLES

KATYA ANYUD CORREDOR PARDO

CORRECCIÓN DE ESTILO

MANUELA RONDÓN TRIANA (PGP)

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

FERNANDO RODRÍGUEZ (PGP)

ILUSTRACIONES DE PORTADA

DANIEL ALEJANDRO FIGUEROA ACOSTA

SEBASTIAN HERRERA BEJARANO.

Las ideas y opiniones presentadas en los textos de la siguiente publicación son responsabilidad exclusiva de sus respectivos autores y no reflejan necesariamente la opinión de la Universidad Nacional de Colombia.

El material expuesto en esta publicación puede ser distribuido copiado y expuesto por terceros si se muestra en los créditos. NO SE PUEDE OBTENER NINGÚN BENEFICIO COMERCIAL. NO SE PUEDEN REALIZAR OBRAS DERIVADAS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

CONTENIDO

ACERCA DE LA PORTADA UNA HISTORIA LLENA DE AÑOS DE LUCHA	6
MARÍA CAMILA RODRÍGUEZ CAMARGO	
EDITORIAL AÑO DE LA ENFERMERÍA Y LA PARTERÍA, REFLEXIONES Y OPORTUNIDADES	8
OSCAR YESID FRANCO ROCHA	
INVESTIGACIÓN	11
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DEL PROCESO DE ENSEÑANZA	12
Y APRENDIZAJE DEL PAE EN UNA UNIVERSIDAD DE COLOMBIA, 2017	
KATHERINE ACOSTA ACEVEDO · ROBINSON FERLEY ARDILA SÁNCHEZ · MARIAM INES RENTERÍA PALACIOS · LEIDY MILENA SÁNCHEZ RUÍZ	
HONESTIDAD, UNA CONDUCTA REAL EN ENFERMERÍA	22
GERALDINE BETANCUR GUTIERREZ · CARLOS DAVID BOBADILLA TORRES	
PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE LA APLICACIÓN	32
DEL CÓDIGO DEONTOLÓGICO EN BOGOTÁ	
PAOLA FERNANDA ORBES CORDOBA Y DANIEL CAMILO YAMÁ NARVÁEZ	
REFLEXIÓN	40
EL RECONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA: UN RETO PARA LAS NUEVAS GENERACIONES	42
FREDDY ELÍAS PERILLA PORTILLA · JUAN CAMILO TRIANA ORREGO · TATIANA DUQUE CARTAGENA	

NARRATIVAS	47
DEL AMOR, LA VOCACIÓN Y LOS RECUERDOS EN EL ARTE DE LA ENFERMERÍA	48
Laura Camila Rojas Rojas	
DE VUELTA AL PASADO, UN VIAJE AL NO OLVIDO	50
Laura Viviana Torres Cárdenas · Daniel Alexander Coral Mora	
EL ARTE DE CUIDAR, AMAR Y ENSEÑAR	56
Zully Paola López Peña · María Camila Morales Salamanca · Laura Lizeth Suárez Moncaleano · Fabián Danilo Silva Duarte · María Alejandra Cruz Peña	
UN VÍNCULO EN CONSTRUCCIÓN	61
Daniela Mendoza Torres	
COMO EL AVE FÉNIX RENACE DE LAS CENIZAS	63
Rosa Virginia Daza Vega	
POEMA	67
LA VIDA ESTÁ EN EL CAMPO	68
Pablo Leandro Maldonado Camacho	
CRITERIOS DE PUBLICACIÓN	71

ACERCA DE LA PORTADA

UNA HISTORIA LLENA DE AÑOS DE LUCHA

MARÍA CAMILA RODRÍGUEZ CAMARGO
MACRODRIGUEZCA@UNAL.EDU.CO
ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



En esta ocasión, la revista cuenta con una fusión de trabajo, la cual inicia con la ilustración elaborada por Daniel Alejandro Figueroa Acosta, quien, a través de la creación de bustos, representó las distintas épocas que para él fueron pieza clave en la historia de nuestra profesión. Una vez obtenidas las piezas elaboradas, el trabajo continuó con la diagramación, que estuvo a cargo de Sebastián Herrera Bejarano, estudiante de Diseño Gráfico de la Universidad Nacional de Colombia. Él logró ubicar las épocas representadas por los bustos en una línea del tiempo y añadió colores representativos a cada una de ellas. Con esto convirtió los bustos en una sola imagen encargada de resaltar a través del tiempo la evolución de la disciplina hasta el papel más actual de la profesión. Esta imagen es una representación gráfica enmarcada en una frase contundente y describe a la perfección lo que realmente significa la designación realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el año internacional de la enfermería y la partería. Este nombramiento se convierte entonces en la conmemoración real de la historia, una que, incluso antes de los primeros avances disciplinares y teóricos aportados por Florence Nightingale, comenzó en los inicios de las comunidades.

La historia comienza donde poco a poco se hacían evidentes las prácticas del cuidado, donde los saberes ancestrales tomaban fuerza e indicaba a quienes llevaban consigo el privilegio de ser cuidadores que los seres tenían la oportunidad de reconocer la relación de la persona con su entorno. La historia avanzó con la evolución de la sociedad, su cultura, su conocimiento y sus creencias. En algún momento se terminó dándole un papel importante a la compasión como principal aliado del cuidado a través de la participación de las religiosas. Se abrieron, además, espacios importantes para reconocer como vital el papel del hombre en el cuidado, un hombre que cumplió diferentes roles dentro de la guerra pero que poco a poco fue construyendo un legado que se mantiene hasta nuestros días.

Fue entonces que, con la aparición del conocimiento de Florence Nightingale, empezó el camino descrito por el desarrollo de nuestra disciplina, uno encaminado al reconocimiento de la enfermería como estandarte de la observación de la persona en entornos de cuidado óptimos, que permitieran la búsqueda de bienestar y prevención de complicaciones asociadas a las condiciones insalubres vividas en los campos de guerra. Una vez establecida la disciplina profesional, fueron desarrollados a lo largo del mundo múltiples programas de enfermería que hoy dejan como legado los espacios que muchos de nosotros con orgullo habitamos, espacios que han sido transformados y que hoy tienen la oportunidad de ser reconocidos mediante la designación del año internacional de la enfermería.

Hoy, como lo dice esta portada claramente en su construcción, las y los invitamos a reconocer esta historia como propia, con el objetivo de que cada uno de los fuertes impactos que ha vivido nuestra disciplina profesional se convierta en bandera para la lucha por un verdadero reconocimiento profesional que lleve a que se brinden condiciones dignas de trabajo para todos y todas aquellas que hoy entregamos con vocación nuestras capacidades para la atención, promoción y prevención en tiempos de pandemia.

EDITORIAL

AÑO DE LA ENFERMERÍA Y LA PARTERÍA, REFLEXIONES Y OPORTUNIDADES

OSCAR YESID FRANCO ROCHA
OYFRANCOR@UNAL.EDU.CO
ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA

El 2020 fue designado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el año internacional de la enfermería y la partería (OMS, s.f.). Dicha designación tuvo como objetivo conmemorar el natalicio de Florence Nightingale, considerada madre de la enfermería moderna.

La conmemoración se organizó desde el año 2018 y permitió el desarrollo de diversas estrategias para promover el empoderamiento y el liderazgo de profesionales de enfermería y partería a nivel mundial (International Council of Nurses, s.f.; Nursing now, s.f. a; OMS, 2018). Entre ellas se encuentran las campañas *Nursing Now* (Nursing now, s.f. a) y *The Nightingale Challenge* (Nursing now, s.f. b), que unieron las voces de millones de profesionales y civiles para exaltar la labor del cuidado.

Si bien estas actividades han demostrado resultados positivos, durante el 2020 los profesionales de enfermería han sido reconocidos por su valentía, compromiso y dedicación en la prevención, control y mitigación del virus SARS-CoV-2, causante de la enfermedad COVID-19, declarada pandemia en marzo del mismo año (OMS, 2020).

Las estrategias más efectivas para la contención y mitigación de la pandemia consisten en el aislamiento físico y el distanciamiento social (Curigliano, 2020). Por esta razón, y en aras de evitar la sobrecarga del sistema de salud, el Ministerio de Salud y Protección Social del Gobierno de Colombia ha decretado aislamientos preventivos y cuarentenas obligatorias a lo largo del país (Decreto 1076 de 2020, 2020). A pesar de que estas medidas son efectivas para controlar la pandemia, también repercuten de manera negativa en la economía de las familias y, por ende, en su calidad de vida.

Para el año 2019 la tasa de desempleo en Colombia fue del 10.3%, pero a mediados de junio, tras 3 meses de aislamiento, dicho valor aumentó al 19.8% (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2020). Por otro lado, el 47.9% de los trabajadores en Colombia, cuentan con un trabajo informal que (DANE, 2020), debido a la pandemia, ha sido perjudicado. En síntesis, gran parte de la población ha visto una disminución de sus ingresos económicos.

A nivel educativo el impacto fue similar. Las instituciones pasaron de la educación presencial a la educación virtual (Asociación Colombiana de Universidades, s.f.). Así, los estudiantes del país, independientemente de su nivel formativo, retomaron su formación a través de herramientas digitales. Sin embargo, la virtualidad no permite el desarrollo de habilidades técnicas ni prácticas que, para el caso de los estudiantes de enfermería, son indispensables para la atención en salud. Por otro lado, a muchos estudiantes no les fue posible retomar sus clases, pues no contaban con dispositivos electrónicos ni conexión a internet. En los casos más extremos, los estudiantes se vieron obligados a abandonar sus estudios debido a la imposibilidad de pagar las matrículas.

Esto repercutirá de manera negativa en el control mismo de la pandemia, pues los enfermeros y enfermeras en formación, futuros profesionales, son un recurso indispensable y disponible para la atención de personas durante la pandemia (Lambertini *et al.*, 2020), por

lo que han de elaborarse estrategias para dar continuidad a la formación de los estudiantes, teniendo en cuenta sus necesidades.

La emergencia sanitaria ha puesto a prueba los sistemas sanitarios del mundo, mientras la salud de las personas y el bienestar de los colectivos se convirtieron en una prioridad. A pesar de que existen iniciativas para recompensar monetariamente a los profesionales que se encuentran en la primera línea de atención, los problemas que afectan su calidad de vida, como la falta de elementos de protección personal, el sistema de contratación, la tasa enfermera-paciente, la desigualdad salarial en diferentes regiones del país, entre otras, no son de mayor interés. Si bien se entiende que los profesionales de la salud tienen un compromiso con la sociedad, este debe ser un compromiso recíproco.

Esta no era la celebración ni reconocimiento que esperábamos para el año de la enfermería y la partería, pero es una oportunidad para demostrar nuestra importancia, exigir nuestros derechos y trabajar en equipo en pro de nuestras condiciones laborales. Hagamos de nuestros problemas nuestras potencialidades.

REFERENCIAS

- Asociación Colombiana de Universidades** (s.f.). *Virtualidad, un antídoto de la educación en tiempos de coronavirus*. Recuperado de: <https://bit.ly/3eG3sfb>
- Curigliano, G.** (2020). How to guarantee the best of care to patients with cancer during the COVID-19 Epidemic: The Italian Experience. *The Oncologist*, 25(6), 463–467. DOI:1634/theoncologist.2020-0267
- Decreto 1076 de 2020.** (2020). Recuperado de: <https://bit.ly/2Ubz6Ia>
- Departamento Nacional de Estadística (DANE).** (2020). *Gran encuesta integrada de hogares (GEIH) Mercado laboral*. Empleo y Desempleo. Recuperado de: <https://bit.ly/2HNCNk9>
- International Council of Nurses.** (s.f.). *Nursing Now*. Recuperado de: <https://bit.ly/3eHR117>
- Lambertini, M., Toss, A., Passaro, A., Criscitiello, C., Cremolini, C., Cardone, C., Loupakis, F., Viscardi, G., Meattini, I., Dieci, M. V., Ferrara, R., Giusti, R., & Maio, M. Di.** (2020). Cancer care during the spread of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Italy: Young oncologists' perspective. *ESMO Open*, 5(2) DOI: 10.1136/esmooopen-2020-000759
- Nursing now.** (s.f.a). *Visión*. Recuperado de: <https://bit.ly/38yeW38>
- Nursing now.** (s.f.b). Welcome to the Nightingale Challenge [Archivo de video]. Recuperado de: <https://bit.ly/3mZAA14>
- Organización Mundial de la Salud.** (2018). Atención de enfermería y partería. Recuperado de: <https://bit.ly/3kb1XXr>
- Organización Mundial de la Salud.** (2020). *WHO Timeline - COVID-19*. Recuperado de: <https://bit.ly/2Ieby2t>
- Organización Mundial de la Salud.** (s.f.). Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería. Recuperado de: <https://bit.ly/2JLp7>

INVESTIGACIÓN

PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DEL PROCESO DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE DEL PAE EN UNA UNIVERSIDAD DE COLOMBIA, 2017

KATHERINE ACOSTA ACEVEDO
KATHERINE.ACOSTA@UDEA.EDU.CO

ROBINSON FERLEY ARDILA SÁNCHEZ
ROBINSON.ARDILA@UDEA.EDU.CO

MARIAM INES RENTERÍA PALACIOS
MARIAM.RENTERIA@UDEA.EDU.CO

LEIDY MILENA SÁNCHEZ RUÍZ
LEIDYM.SANCHEZ@UDEA.EDU.CO

ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

RESUMEN

Tipo de estudio: se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, que tuvo como objetivo determinar las percepciones que tienen los estudiantes del séptimo semestre de enfermería sobre el proceso de enseñanza y aprendizaje del PAE. **Método:** Para recolectar la información se realizó una encuesta que se aplicó a todos los estudiantes del séptimo semestre de enfermería que aceptaron participar en la investigación. Dicho instrumento se construyó a partir de los objetivos y de la operacionalización de las variables. **Resultados:** Al analizar la información se encontró que el 71,1% de los estudiantes consideraban la enseñanza del PAE inadecuada, el 93,3% consideraban que el tiempo empleado para su enseñanza era insuficiente y el 95,6% opinaban que el PAE debería ser enseñado desde el inicio de la carrera. **Discusión:** Con relación al método de enseñanza del docente, más de la mitad de los estudiantes lo consideraron inadecuado, señalando como razón principal que no se utilizan ayudas prácticas como casos clínicos, talleres, juegos de roles, etc. **Conclusiones:** El 100% de los estudiantes que participaron en el estudio piensan que el PAE es importante porque ayuda a brindar un mejor cuidado de enfermería, además consideran que debería haber mayor unificación de conceptos por parte de los docentes y que se deberían utilizar ayudas didácticas más prácticas.

Palabras clave: enseñanza, aprendizaje, estudiante, proceso de enfermería, atención en salud.

ABSTRACT

Type of study: a quantitative, descriptive, cross-sectional study was carried out. It aimed to determine the perceptions that the seventh semester nursing students have about the teaching and learning process of the Nursing Care Plan "PAE". **Method:** To collect the information, a survey was carried out, and applied to all the undergraduate students coursing seventh semester of nursing who agreed to participate in the research project. Said instrument was built based on the objectives and the operationalization of the variables. **Results:** When analyzing the information, it was found that 71.1% of the students considered the teaching of the "PAE" inadequate, 93.3 % considered that the time used for its teaching was insufficient, and 95.6% believed that the "PAE" should be taught from the beginning of the undergrad program. **Discussion:** Regarding the professor's teaching method, more than half of the students considered it inappropriate, pointing out as the main reason that practical aids such as clinical cases, workshops, role-plays, etc. are not used. **Conclusions:** 100% of the students who participated in the study think that "PAE" is important because it helps to provide better nursing care. They also consider that there should be greater unification of concepts by the teachers and that didactic aids should be more practical.

Keywords: teaching, learning, student, nursing process, health care.

INTRODUCCIÓN

El PAE (Proceso de Atención de Enfermería) es una técnica, herramienta y estrategia utilizada para el cuidado de enfermería, que surge de una necesidad encaminada a brindar a los individuos sanos y enfermos una atención integral y sistematizada. Es un método propio de la enfermería por lo que se constituye como uno de los pilares fundamentales de la profesión (Martínez, Pérez y Montelongo, 2014; Gonzáles, 2012).

Si bien el PAE es una herramienta fundamental para brindar cuidados integrales con múltiples aplicaciones en todas las áreas del desarrollo de la enfermería, no siempre es aplicada y reconocida por los estudiantes de enfermería. Un estudio realizado en Cuba en estudiantes de último año encontró que solo el 9% reporta el proceso de enfermería como un método aplicable y que el 14% lo reportó como útil (Guerra, Pozo, Álvarez y Llano, 2001).

Por otra parte, en una investigación que tuvo como objetivo describir el PAE realizado por estudiantes de enfermería, se analizaron 91 registros elaborados por estos. Este proceso que ellos aplicaban halló que el 67% de los registros estaban incompletos y que el 100% de las estudiantes utilizaban la historia clínica y la valoración física como fuente de datos. El método más utilizado para la evaluación fue el cefalocaudal con 58%, seguido de la evaluación por sistemas con 29% y por último la evaluación por necesidades con un 12% (Alonso y Silvera, 2013).

Otro estudio realizado en Bucaramanga, Colombia, que tuvo como objetivo evaluar el nivel de cumplimiento y alcance de las competencias profesionales en 73 estudiantes de cuarto y sexto semestre describió que el nivel de alcance de las competencias fue de 2,63% y que el nivel de cumplimiento de las competencias estuvo entre 2.7 y 4 de una escala de 1 a 5 para ambos semestres. El 25,64% de los estudiantes que estaban rotando en ARO (Alto Riesgo Obstétrico) brindaron cuidado a través de la aplicación del PAE. En esta misma rotación el 84,62% aplicó el proceso de enfermería al individuo y a la pareja gestante, y ningún estudiante aplicó el proceso de enfermería al recién nacido. En la rotación por puerperio el 82,05% de los estudiantes brindó cuidado a la familia gestante en el posparto, ningún estudiante brindó cuidado al recién

nacido y el 100% brindó cuidado de enfermería a la mujer y a la familia gestante. En la rotación por sala de partos ningún estudiante brindó cuidado al recién nacido durante el proceso de adaptación neonatal (Tiga, Parra y Domínguez, 2014).

Con relación a las opiniones de los estudiantes de enfermería en la aplicación del PAE, un estudio que tuvo como objetivo conocer las experiencias de ellos en la aplicación del proceso enfermero en el área hospitalaria, encontró que la experiencia del desarrollo de PAE en las áreas clínicas se limita porque los estudiantes tienen poco conocimiento, falta de organización de los tiempos, poca experiencia en la aplicación de las fases y sobre carga del trabajo (Pecina, 2012).

Así mismo, otro estudio realizado en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, que tuvo como objetivo determinar el sentido otorgado por los estudiantes de enfermería a la aplicación y empleo del PAE, obtuvo que el PAE al inicio de la carrera era visto como difícil. Para los estudiantes, es confuso comprenderlo e implementarlo; por esto mismo no se le da la importancia debida. Sin embargo, conforme se adquiere la experiencia y la integración teórico - práctica del PAE, se le empieza a dar un carácter importante para el cuidado del paciente (Jara-Sanabria y Lizano-Pérez, 2016). Se refiere que la docente dio énfasis en las prácticas de técnicas especializadas; los docentes daban pautas para la estructura del plan, pero no del proceso. Las estudiantes percibieron que la enseñanza es superficial y tiene pocas referencias bibliográficas y que las docentes no tienen unidad de conceptos (Jara-Sanabria y Lizano-Pérez, 2016). Si bien el proceso de enfermería es enseñado en las Facultades, se desconoce la percepción de los estudiantes frente a los métodos de enseñanza y aprendizaje, por lo cual es posible que se encuentren fallas en ambos componentes. Esto puede influir en que no se dé el proceso completo en las instituciones, pues no se realiza la retroalimentación de las técnicas pedagógicas empleadas para determinar su efectividad.

El objetivo de este estudio fue identificar las percepciones que tienen los estudiantes de enfermería que están matriculados en el curso de Gestión en Enfermería I acerca del proceso de enseñanza y aprendizaje del PAE en una facultad de enfermería de una universidad de Colombia.

MÉTODO

Tipo de estudio: estudio cuantitativo, descriptivo, transversal.

Muestra: No aleatoria (a conveniencia), constituida por la totalidad de los estudiantes de enfermería de ambos sexos, matriculados en el curso de Gestión I en una facultad de enfermería de una universidad de Colombia durante el segundo semestre académico de 2017.

Criterios de inclusión: Todos los estudiantes del séptimo semestre de enfermería de ambos sexos de una universidad de Colombia que asistieron a la práctica de Gestión de Enfermería I.

VARIABLES

Percepciones de la metodología: ayudas didácticas, capacidad del docente para transmitir su conocimiento, tiempo en la enseñanza, acompañamiento del docente en la elaboración del PAE.

Apropiación del PAE: dedicación para el estudio del PAE, motivación, prejuicios acerca del aprendizaje del PAE, facilidad de ejecución.

Utilidad del PAE en el aprendizaje: importancia en el aprendizaje, aplicabilidad en prácticas clínicas, dificultades de implementación.

Instrumento: se construyó un instrumento tipo encuesta cerrada basado en los objetivos del estudio y en la operacionalización de las variables. Esta incluyó 23 preguntas, de las cuales 9 indagan acerca de la percepción que tienen los estudiantes sobre la enseñanza, 8 sobre el aprendizaje y 6 sobre la aplicación del PAE en las prácticas clínicas. Dicho instrumento fue diligenciado por los estudiantes después de haber recibido la información de los investigadores y de haber firmado el consentimiento informado.

Prueba piloto: se realizó una prueba piloto con 5 estudiantes para identificar el logro de los objetivos y medir el tiempo de aplicación de la encuesta.

Análisis: el tipo de análisis que se realizó fue descriptivo. Una vez recolectada la información, se elaboró una base de datos en el programa SPSS, y en este mismo programa se extrajeron frecuencias absolutas y relativas a las variables cualitativas. El estudio no tuvo variables cuantitativas. La información se presentó en tablas y gráficas que se elaboraron en el programa anteriormente mencionado.

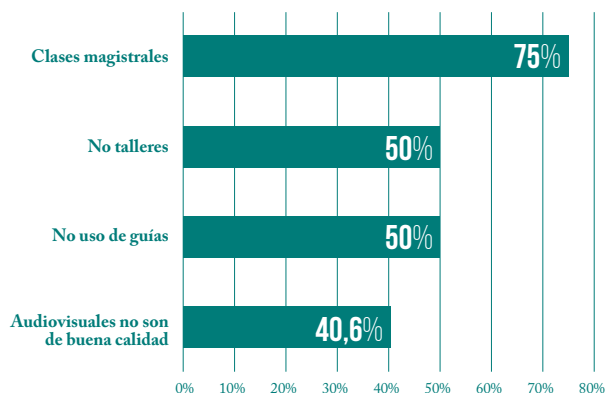
RESULTADOS

Se contó con la participación del grueso de los estudiantes de la asignatura de Gestión en Enfermería I (N=49). Solo se analizaron los datos de 45 estudiantes que respondieron la encuesta, pues cuatro estudiantes decidieron no participar en el estudio.

ENSEÑANZA DEL PAE

Con relación a la enseñanza y el aprendizaje teórico del PAE se encontró que el 28,9% de los estudiantes (13 personas) respondieron que las ayudas empleadas en la enseñanza del PAE en la parte teórica eran adecuadas y el 71,1% (32 personas) de los participantes consideraron dichas ayudas como inadecuadas. Como se observa en la gráfica 1, de los 32 estudiantes que consideran que las ayudas son inadecuadas, las tres cuartas partes percibieron que esto se debe a que las clases en su mayoría son magistrales.

Gráfica 1. Distribución porcentual de estudiantes que reportaron las razones por las que las ayudas didácticas eran inadecuadas, Medellín, 2017.



Fuente: Elaboración propia, con base en la encuesta realizada por los autores.

De los 13 estudiantes que consideraron que las ayudas eran adecuadas 10 (76,9%) consideraron que eran adecuadas porque la docente usaba ejemplos claros.

Tabla 1. Distribución porcentual de estudiantes que reportaron las ayudas didácticas adecuadas, Medellín, 2017.

Nombre	Número	Porcentaje
Talleres en clase	8	61,5
Se analizan otros PAE	6	46,2
Ejemplos claros	10	76,9
Ayudas didácticas	6	46,2

Fuente: Elaboración propia, con base en la encuesta realizada por los autores.

Con relación a lo que pensaban los estudiantes acerca de cómo los docentes transmiten el conocimiento sobre la enseñanza del PAE, 19 personas (42,2%) lo consideraron adecuado, mientras que 26 personas (57,8%) opinaron que eran inadecuadas. De los 26 estudiantes que opinaron que la transmisión del conocimiento era inadecuada, 22 personas (84,6%) percibieron que sería más apropiada si la docente utiliza más ayudas prácticas como talleres, juegos de roles y foros.

Tabla 2. Distribución porcentual de estudiantes que reportan inadecuada la transmisión teórica del conocimiento por parte de los docentes, Medellín, 2017.

Nombre	Número	Frecuencia (%)
No tiene claridad sobre el tema	19	73,1
No maneja ayudas didácticas	17	65,4
No utiliza ayudas prácticas	22	84,6
No tiene buena expresión oral y gestual	12	46,2

Fuente: Elaboración propia, con base en la encuesta realizada por los autores.

De las 19 personas que consideraron adecuada la transmisión del conocimiento, 17 participantes (89,5%) consideraron que es adecuada porque la docente tiene claridad sobre el tema.

Tabla 3. Distribución porcentual de estudiantes que reportaron adecuada la transmisión teórica del conocimiento por parte de los docentes, Medellín, 2017.

Nombre	Número	Frecuencia (%)
Conoce del tema	17	89,5
Usa métodos prácticos	12	63,2
Tiene enfoque mixto	9	47,4
Buena relación con los estudiantes	14	73,7

Fuente: Elaboración propia, con base en la encuesta realizada por los autores.

De la totalidad de las personas que participaron en la investigación, 3 personas (6,7%) dicen que el tiempo empleado en la enseñanza del PAE es suficiente, las 42 personas restantes (93,3%) piensan que el tiempo empleado no es suficiente. De los 45 estudiantes encuestados, 43 personas (95,6%) opinaron que es conveniente que el PAE sea enseñado desde el inicio de la carrera, las otras 2 personas (4,4%) consideran que no es conveniente.

APRENDIZAJE PAE EN LA FASE TEÓRICA

Respecto al aprendizaje se encontró que, de la totalidad de los estudiantes encuestados, 29 participantes (64,4%) manifestaron entender el PAE cuando lo estudian, mientras que 16 personas (35,6%) no lo entienden. De los 29 estudiantes que entienden el PAE al estudiarlo, más de la mitad (82,8%) afirman que la razón es que ponen atención en clase.

Tabla 4. Distribución porcentual que reporta la opinión de los estudiantes acerca de la razón por la cual entienden el PAE cuando lo estudian, Medellín, 2017.

Nombre	Número	Frecuencia (%)
Pone atención en clase	24	82,8
Hace resúmenes	6	20,7
La docente lo enseña bien	12	41,4
Se asesora con el docente	19	65,5

Fuente: Elaboración propia, con base en la encuesta realizada por los autores.



Gráfico 2. Distribución porcentual que reportan estudiantes sobre argumentos por los cuales se sienten motivados para aprender el PAE, Medellín, 2017.

Fuente: Elaboración propia, con base en la encuesta realizada por los autores.

De las 16 personas (35,6%) que refirieron no entender el PAE cuando lo estudian, el 100% piensan que lo entenderían mejor si hubiera unificación de conceptos en los docentes, 6 personas (37,5%) si lo estudiaran más y 14 personas (87,5%) si tuvieran más habilidad para manejar los diagnósticos. De los 45 estudiantes encuestados, 33 participantes (73,3%) manifestaron estar motivados para aprender el PAE y 12 estudiantes (26,7%) dijeron no estar motivados. Como se muestra en la gráfica 2, de los 33 estudiantes que manifestaron estar motivados para aprender el PAE, 32 (97%), afirmaron que las razones fueron porque es una herramienta para brindar cuidado y que permite organizar las actividades para brindar la atención.

De los 12 estudiantes que manifestaron estar desmotivados para aprender el PAE, 10 personas (83,3%) mencionan que se debe a que hay poco tiempo para realizarlo.

Tabla 5. Distribución porcentual reportada por estudiantes acerca de la desmotivación para aprender el PAE, Medellín, 2017.

Nombre	Número	Frecuencia (%)
Es un proceso complejo	7	58,3
No se entiende la teoría	4	33,3
Es extenso	9	75
Se requiere de una herramienta adicional (NANDA – NIC – NOC)	8	66,7
Hay poco tiempo para aplicarlo	10	83,3

Fuente: Elaboración propia, con base en la encuesta realizada por los autores.

De los 45 estudiantes encuestados 1 persona (2,2%) no respondió la pregunta acerca de los conceptos positivos y negativos en el aprendizaje del PAE. De los 44 restantes, 34 personas (75,6%) piensan que existen conceptos negativos acerca del PAE y 41 personas (91,1%) opinan que hay conceptos positivos en su aprendizaje. De los 45 estudiantes encuestados, 26 personas (57,8%) perciben que el acompañamiento del docente en la elaboración del PAE durante las prácticas clínicas es adecuado y 19 personas (42,2%) piensan que es inadecuado.

UTILIDAD DEL PAE EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

En cuanto a la utilidad del PAE en las prácticas clínicas, se encontró que, del total de las personas estudiadas, 43 estudiantes (95,6%) opinan que es importante la aplicación del PAE durante la práctica clínica y 2 personas (4,4%) perciben que no es importante. Con respecto a la importancia de la aplicación del PAE durante la práctica clínica (43 personas), 41 personas (95,3%) dicen que se aprende a realizar una mejor valoración de la situación de salud del paciente, 37 personas (86%) perciben que se aprende a formular un diagnóstico más exacto y el 100% opina que ayuda a tener más claridad sobre el cuidado. De los 45 estudiantes que participaron en el estudio, 32 personas (71,1%) consideran que es difícil aplicar el PAE durante la práctica clínica y 13 personas (28,9%) dicen que no hay dificultad en su aplicación. Con respecto a los participantes que piensan que es difícil aplicar el PAE durante la práctica clínica el (93,9%) perciben que la razón es la falta de tiempo.

Tabla 6. Distribución porcentual que reportan los estudiantes acerca del motivo de la dificultad para aplicar el PAE durante las prácticas clínicas, Medellín, 2017.

Nombre	Número	Frecuencia (%)
Falta de tiempo	31	93,9
Falta de conocimiento	15	45,5
Poca exigencia por parte del docente	6	18,2
Sobrecarga académica	23	69,7
Falta de supervisión y retroalimentación por parte del docente	19	57,6

Fuente: Elaboración propia, con base en la encuesta realizada por los autores.

Del total de los estudiantes que contestaron la encuesta, 29 (64,4%) consideraron que el PAE se realiza en todas las prácticas y 16 (35,6%) opinaron que no se realiza en todas las prácticas. Con respecto a la impresión que tienen los estudiantes sobre la razón por la cual el PAE, como se muestra en la gráfica 3, no se realiza en todas las prácticas es debido a la falta de tiempo.

Gráfica 3. Distribución porcentual que reportan los estudiantes acerca de los motivos por los que no se aplica en PAE en prácticas, Medellín, 2017.



Fuente: Elaboración propia, con base en la encuesta realizada por los autores.

DISCUSIÓN

Con relación a la enseñanza del PAE, llama la atención que el 75% de los participantes consideraron que las ayudas empleadas en su enseñanza eran inadecuadas y, de estas, el dato más común reportado por los estudiantes fue que las clases son magistrales. Otra investigación similar (Alterio y Pérez, 2004), cuyo objetivo fue conocer la opinión de los estudiantes acerca de las clases teóricas, reportó que un poco más de la cuarta parte de estos consideraron que las clases teóricas son inadecuadas para soportar conocimientos prácticos (Alterio y Pérez, 2004).

Con relación a la transmisión del conocimiento por parte del docente, más de la mitad de los estudiantes la consideraron inadecuada indicando que la razón principal es que no se utilizan ayudas prácticas. Esto lo podemos explicar porque, como dice el libro *Comunicación y Educación Médica* (Villegas, 2017):

[...] las mejores metodologías de docencia son las experienciales porque se enfocan en lo que necesita el alumno y en las expectativas que tiene, estos son: juego de roles, retroalimentación, discusiones en grupos, sesiones con pacientes simulados y prácticas con pacientes reales.

De acuerdo con los resultados obtenidos en las encuestas, se pudo evidenciar que casi la totalidad de los estudiantes coinciden en que el tiempo empleado para la enseñanza teórica del PAE no es suficiente. Aunque a la fecha no se encontró literatura al respecto, podemos decir que esto concuerda con un porcentaje similar de estudiantes que consideran que dicha enseñanza se debe dar desde el inicio de la carrera. Cabe resaltar que, según el plan de estudios, se incluyen las bases teóricas sobre el proceso a partir del cuarto semestre, junto con el inicio de prácticas clínicas. Así pues, podemos deducir que mientras más temprano se inicie la enseñanza del PAE, más facilidad tendrá el estudiante para aprenderlo y asimilarlo.

La mayoría de los estudiantes argumentan que entienden el PAE cuando ponen atención en clase. Esto se puede soportar fisiológicamente desde la neurociencia: la prosexia o atención es una función mental básica para el aprendizaje; cuando hay problemas de atención como la hipo-

prosexia o disprosexia, aparecen problemas en el proceso de aprendizaje (Velásquez-Burgos, Remolina-de-Cleves y Calle-Márquez, 2009). Si el estudiante está atento durante su proceso de aprendizaje, se crea en el cerebro un estado de estrés moderado que favorece el interés y motivación. Esto lleva a que la información que se presenta se archive en las conexiones entre las neuronas (sinapsis) y cuanto más se aprende más conexiones sinápticas se forman, por lo cual si una persona pone atención en clase aprende más que si está distraída (disprosexia) (Castro, 2010).

Todas las personas que participaron en el estudio percibieron que los docentes no tienen unificación de criterios, dato similar a un estudio realizado en la Universidad de Costa Rica, en el cual los estudiantes dicen que la enseñanza impartida es superficial, tiene poca referencia bibliográfica y los docentes tienen poca unificación de los conceptos (Jara-Sanabria y Lizano-Pérez, 2016).

Poco menos de las tres cuartas partes de los estudiantes se sienten motivados a aprender el PAE porque es una herramienta profesional que les permite organizar actividades. Investigaciones en otras facultades de enfermería han hallado que el proceso de atención de enfermería es una herramienta que estimula el pensamiento crítico y la actividad en la práctica clínica, además de ayudar en el desarrollo de las competencias éticas (Da Silva, Ceretta, Zuse y Fontana, 2012).

Como se sabe, en las prácticas clínicas de enfermería hay muchas actividades y muchas exigencias académicas; por lo tanto, no es raro que la mayoría de los estudiantes de esta investigación percibieran, al igual que en otras investigaciones, que el tiempo para elaborar el PAE es muy limitado (Pecina, 2012).

Casi todas las personas estudiadas percibieron que es importante la aplicación del PAE durante las prácticas clínicas. No es extraño que estos estudiantes tengan esta percepción, ya que el PAE es el pilar fundamental de la profesión y ayuda a brindar a los individuos una atención integral y sistematizada. En otras investigaciones al respecto los estudiantes argumentan posiciones similares (Prieto, Gaztelu, Otazu y Aragón, 2014).

CONCLUSIONES

A través del desarrollo de esta investigación se concluye que todos los estudiantes que participaron en el estudio piensan que el PAE es importante porque ayuda a brindar un mejor cuidado de enfermería. Los estudiantes entienden el PAE cuando ponen atención en clase. Los estudiantes consideran que el PAE es importante en las prácticas clínicas. Todos los estudiantes consideran que debe haber unificación de conceptos en cuanto al PAE por parte de los docentes. Los estudiantes consideran que se deben utilizar ayudas didácticas más prácticas durante el proceso de enseñanza del PAE, como talleres, casos clínicos, juegos de roles, etc. Los estudiantes consideran que la aplicación del PAE durante la práctica clínica ayuda a realizar una mejor valoración del paciente, favorece la identificación del diagnóstico enfermero y orienta los cuidados para el paciente, pero consideran que hay dificultad para aplicar el PAE, a causa del poco tiempo que se tiene.

RECOMENDACIONES

En vista que los hallazgos encontrados en esta investigación son importantes y pueden servir para el cambio curricular, se sugiere al Consejo de Facultad lo siguiente: que la enseñanza teórica del PAE se desarrolle desde el principio de la carrera. Es necesario, además, realizar un curso en el cual los docentes puedan unificar los conceptos que tienen acerca del PAE. Se sugiere que las ayudas didácticas sean más prácticas, es decir, que se utilicen talleres, casos clínicos, juegos de roles. En vista de que los estudiantes aprenden con mayor facilidad el PAE cuando ponen atención, se sugiere no usar los celulares durante las prácticas. Se sugiere dar más tiempo para la elaboración del PAE en la práctica clínica, puesto que la mayoría considera que el tiempo para realizar esta actividad es muy corto. En vista de que un porcentaje alto de los estudiantes tiene conceptos negativos sobre el PAE, se propone que se les explique la importancia de este para la parte asistencial, comunitaria e investigativa. Finalmente se sugiere realizar una campaña en toda la Facultad en la cual se hable a favor de los beneficios del PAE para así fortalecer el uso y la importancia de este durante el desarrollo de la práctica formativa.

REFERENCIAS

- Alonso, K., & Silvera, S.** (2013). Aplicación del proceso enfermero en la práctica hospitalaria por los estudiantes de la licenciatura de enfermería de la FETS. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 2(1), 25-30.
- Alterio-Ariola, G., & Pérez-Loyo, H.** (2004). Utilidad de las clases teóricas magistrales y propuesta para un aprendizaje participativo. *Educación Médica Superior*, 18(2), 1-1. Recuperado de: <https://bit.ly/3eEih1U>
- Castro, R.** (2010). Atención [Blog]. Recuperado de: <https://bit.ly/2Isyuvw>
- Da Silva, M., Ceretta, R., Zuse, C., & Fontana, R.** (2012). Diagnósticos de enfermagem na percepção de graduandos em enfermagem. *Revista De Pesquisa: Cuidado É Fundamental Online*, 4(2), 2964-2972. Recuperado de <https://bit.ly/35exwLP>
- González, E.** (2012). El Proceso de enfermería: Una herramienta para la planeación de un cuidado humanizado [Ponencia]. *III Congreso Nacional de Enfermería Clínica*. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana.
- Guerra, E., Pozo, E., Álvarez, L., & Llano, M.** (2001). El proceso de atención de enfermería y la formación de profesionales. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 15(1), 30-38.
- Jara-Sanabria, F. & Lizano-Pérez, A.** (2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enfermería Universitaria*, 13(4), 208-215. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.003>
- Martínez-López, M., Pérezconstantino, M., & Montelongo-Meneses, P.** (2014). Proceso de Atención de Enfermería a una lactante con neumonía basado en patrones funcionales de Marjory Gordon. *Enfermería Universal*, 11(1), 36-43.
- Pecina-Leiva, R.** (2012). Experiencias de los alumnos sobre la aplicación del proceso enfermero en el área hospitalaria. Estudio cualitativo. *Enfermería Neurológica*, 11(1), 12-24.
- Prieto, M. E. E., Gaztelu, M. I. A., Otazu, N. L., & Aragón, (2014).** Utilidad del lenguaje enfermero en la práctica clínica. Percepción del/a estudiante de grado. UPV/EHU. En *Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería*. AENTDE. (Editores). X Simposium AENTDE. "Lenguaje enfermero: identidad, utilidad y calidad" (pp. 185-194). Sevilla, España: AENTDE.
- Tiga, D., Parra, D., & Domínguez, C.** (2014). Competencias en proceso de enfermería en estudiantes de práctica clínica. *Revista Cuidarte*, 5(1), 585-594.
- Velásquez-Burgos, B. M., Remolina-de-Cleves, N., & Calle-Márquez, M. G.** (2009). El cerebro que aprende. *Tabula Rasa*, (11), 329-347
- Villegas, C.** (2017). *Comunicación y educación médica: una aproximación desde varias perspectivas*. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana.

HONESTIDAD, UNA CONDUCTA REAL EN ENFERMERÍA¹

GERALDINE BETANCUR GUTIERREZ
YBETANCURG@UT.EDU.CO

CARLOS DAVID BOBADILLA TORRES
CDBOBADILLAT@UT.EDU.CO

ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

¹ Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la presencia o ausencia de rasgos de honestidad como ingrediente del cuidado dentro del servicio de hospitalización de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) en la ciudad de Ibagué a partir de la relación del profesional de enfermería con el paciente, sus familiares y con el personal del servicio, durante los martes, miércoles y jueves de las dos últimas semanas del mes de junio y la primera semana del mes de julio de 2019. **Metodología:** estudio observacional descriptivo no participativo transversal con abordaje cualitativo, con información obtenida de 5 profesionales de enfermería que laboran en la institución. La información se recolectó mediante la aplicación de un instrumento no validado el cual fue realizado por estudiantes de enfermería y posteriormente analizado bajo la técnica de análisis de contenido. **Resultados:** se encontró que los rasgos de honestidad como ingrediente del cuidado se ven en gran medida disminuidos en la mayor parte de los casos; a pesar de esto, las profesionales de enfermería, en su mayoría, demostraron ser honestas y responsables con respecto a los procedimientos realizados a los pacientes. En contraste, el 50% de las profesionales de enfermería, optaron por mentir en cuanto a información solicitada por el paciente o sus familiares. **Conclusiones:** la gran carga laboral de los profesionales de enfermería y su labor dentro de la institución son factores que conllevan a la deshumanización de la relación enfermero-paciente y la pérdida paulatina de los rasgos de honestidad.

Palabras clave: honestidad, calidad del cuidado, cuidado humanizado, relación enfermero-paciente.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the presence or absence of honesty traits as an ingredient of care within the hospitalization service of a Health Services Provider Institution in the city of Ibagué based on the nurse's relationship with the patient, their relatives and with the staff of the service, during Tuesdays, Wednesdays and Thursdays of the last two weeks of the month of June and the first week of the month of July 2019. **Methodology:** descriptive, non-participatory, observational study with a qualitative approach, with information obtained from 5 nursing professionals who work in the institution. The information was collected through the application of an instrument not validated which was carried out by nursing students. It was analyzed under the technique of content analysis. **Results:** it was found that the traits of honesty as an ingredient of care are greatly diminished in the plurality of cases. In spite of this, the nursing professionals, for the most part, proved to be honest and responsible with respect to the procedures made to patients. In contrast, 50% of the nursing professionals chose to lie in terms of information requested by the patient or their relatives. **Conclusions:** the great workload of the nursing professionals and in general their work within the institution are factors that lead to the dehumanization of the nurse-patient relationship and the gradual loss of honesty traits.

Keywords: honesty, quality of care, humanized care, nurse-patient relationship.

INTRODUCCIÓN

Un pilar del cuidado de enfermería es la honestidad, que es una herramienta que promueve un cuidado de calidad con carácter humano, enfocado en los diferentes sujetos del cuidado (el paciente, la familia y las comunidades). Esta cualidad de los profesionales de enfermería puede verse influenciada positiva o negativamente por diferentes factores propios del entorno en el que se proveen los cuidados; los cuales pueden causar un posible descuido de esta, lo que deja ver un cuidado inoficioso e inoportuno. Tal como lo expone Mayeroff (1971), la honestidad en el cuidado se ve como algo positivo y no como el dejar de hacer algo, como es el caso de no decir mentiras. Esta característica va más allá de eso, va de la mano con el respeto hacia el otro, con entender al sujeto en todas sus dimensiones. Además, antes de eso, debo ser honesto conmigo mismo, con mis capacidades y debilidades, para así estar abierto a correcciones y aprender de ellas. La honestidad es, entonces, una característica gracias a la cual se pueda brindar un cuidado de calidad.

La honestidad, según López y Villapalos (1997), es aquella “[...] virtud que conduce a que la persona honesta sea coherente con su vocación” (citado en Bonilla *et al.*, 2011, p. 102) de buscar un bienestar común, y a que sea confiable y creíble; se prioriza de esta manera el respeto. Oguisso (2006) relaciona la honestidad con la compasión y la beneficencia para así obtener una tendencia hacia el altruismo. A su vez, “[...] la persona honesta busca con [esfuerzo] lo recto, lo honrado, lo razonable y lo justo; no pretende jamás aprovecharse de la confianza, la inocencia, o la ignorancia de otros (Mora, 1998, citado en Bonilla *et al.*, 2011, p. 102).

Estas cualidades deben estar presentes en el profesional de enfermería, tanto con el paciente como con sus familiares, para buscar la calidad del cuidado humanizado. Se debe eliminar, por otra parte, el pensamiento desacertado de que la honestidad ronda única y específicamente en decir la verdad, pues esta a su vez se encuentra inmersa en todas las actividades que se realizan en la cotidianidad.

Para Poblete y Valenzuela (2019), el cuidado se ve netamente arraigado a la esencia de la enfermería; es guiado por principios bioéticos como la beneficencia, no male-

ficencia, autonomía y justicia; y debe estar encaminada a proteger, mejorar y preservar la humanidad, camino ante el cual varias veces el profesional en enfermería se ve desidiado. Esto es causado por el modelo biomédico que se tiene en los ambientes hospitalarios y por las grandes cargas laborales que viven los profesionales de enfermería (Poblete y Valenzuela, 2019).

Sin embargo, a la fecha no hay estudios relacionados entre la honestidad y su implementación en el actuar de enfermería; de allí nace la necesidad de realizar el presente artículo.

La presente investigación tiene el objetivo de evaluar la presencia o ausencia de los rasgos de honestidad como ingrediente del cuidado dentro del servicio de hospitalización de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) en la ciudad de Ibagué a partir de la relación del profesional de enfermería con el paciente, sus familiares y con el personal del servicio. Esto, con el fin de buscar una mejora en la calidad de los cuidados brindados por los profesionales de enfermería.

METODOLOGÍA

El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, no participativo, con abordaje cualitativo, el cual nos permite identificar la presencia o ausencia de rasgos de honestidad en la población. Fue realizado en una Institución Prestadora de Servicios de Salud, en la ciudad de Ibagué en el servicio de hospitalización por nueve días, los martes, miércoles y jueves de las dos últimas semanas del mes de junio y la primera semana del mes de julio de 2019. Los autores llevaron a cabo las observaciones en un total de 46 horas, durante los turnos de la mañana que iban desde las 7 a.m. hasta la 1 p.m. Cada una de ellas consistió en el mismo patrón metodológico, el cual consistía en un seguimiento continuo de una hora a las diferentes profesionales de enfermería que fueron incluidas en el estudio. Durante estas se hizo una valoración constante de las relaciones interpersonales entre el profesional de enfermería, y los sujetos de cuidado y los demás profesionales del servicio. En cada día de evaluación se realizaron un total de cinco anotaciones, a excepción del último día, en el cual se hicieron seis observaciones. Todos los hallazgos fueron consignados de forma manual en un formato del instrumento físico por parte de los investigadores.

La muestra, que se determinó de forma no probabilística por conveniencia, estuvo constituida por cinco profesionales de enfermería vinculados a la IPS valorada. Los criterios de inclusión fueron: profesionales de enfermería que trabajan en la institución.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de los datos se realizó a través de una observación estructurada en la que el fenómeno de investigación se encontraba bien delimitado. Por lo tanto, se utilizó un instrumento de seguimiento en el cual se definen con claridad qué conductas se van a observar, categorizar, medir y cuantificar.

Es un instrumento no validado realizado por estudiantes de enfermería de la Universidad del Tolima. Por ello, el presente estudio puede encontrarse bajo la influencia de sesgos de investigación. El instrumento busca identificar ciertos rasgos que ratifican la presencia o ausencia de honestidad en el cuidado. Consta de siete preguntas en las que estos rasgos se pueden calificar como presentes o ausentes en las diversas relaciones y acciones de las profesionales de enfermería dentro de su labor profesional. Igualmente, toma en cuenta tres dimensiones diferentes, tales como: la honestidad con el paciente, con la familia y con el personal de servicio. Previo a la adaptación de este, se procede a la búsqueda de los criterios de inclusión para posterior aplicación. Esto se llevó a cabo mediante la agrupación de los datos en tablas para su mejor comprensión y representación visual. Inicialmente, el total de los datos obtenidos se conglomeró en una tabla general compuesta por los diferentes ítems que se evaluaron y sus respectivas cuantificaciones según categoría; posterior a esto, se realizaron tablas que relacionan los datos de presencia y ausencia por ítem, y observaciones para cada profesional de enfermería.

RESULTADOS

Los resultados generales se encuentran expuestos en la Tabla 1, en la cual se presentan la cantidad de veces que se observaron presentes o ausentes los rasgos de honestidad en los profesionales de enfermería.

DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN ENFERMERO - PACIENTE Y SU FAMILIAR

Al observar las conductas de las profesionales de enfermería durante el recibo de turno en la mañana, se evidenció que en la mayor parte de los casos no se llevó a cabo una presentación formal por parte de las profesionales de enfermería frente a sus pacientes. Adicionalmente, se observó que son escasas las veces en las cuales se saluda a los pacientes o familiares. Por otro lado, las ocasiones en las que este rasgo de honestidad se vio presente fueron con pacientes que habían ingresado recientemente al servicio.

En el momento en el cual el paciente o su familiar solicitan información relevante sobre el proceso patológico que está cursando, se observó que en gran número de veces las profesionales de enfermería brindaban datos verídicos al paciente y sus familiares. Sin embargo, los informes también eran superficiales. En algunas situaciones no respondieron completamente a las dudas presentadas por los usuarios, incluso se observaron circunstancias en las cuales las profesionales de enfermería sugerían a los sujetos de cuidado y familiares realizar dichas preguntas a otras personas del servicio. Esto debido a la carga laboral a la cual se encontraban sometidas las enfermeras y que las llevaba a restarle importancia a las pesquisas realizadas por los pacientes y sus familiares.

CARACTERÍSTICAS CONTEXTUALES DEL SERVICIO Y SU PERSONAL

Muchos aspectos del entorno donde se brinda el cuidado y las cualidades personales de los demás integrantes del servicio influyeron directamente en la presencia o ausencia de los rasgos de honestidad a evaluar. Aspectos como la falta de interés por tener tacto con el paciente, además de la gran cantidad de compromisos administrativos, contribuyeron a que las profesionales de enfermería adoptaran comportamientos poco empáticos y a que ciertos rasgos de honestidad se vieran descuidados. De igual manera, se observó que estas actitudes se convirtieron en hábitos, no solo por su cotidianidad, sino también porque una vasta cuantía de miembros del servicio promovió esto como una costumbre.

Lo anterior se vio reflejado en la evaluación del rasgo 4, al observar que las profesionales de enfermería tuvieron buenas relaciones con los demás miembros del

servicio, pero con los sujetos de cuidado sostuvieron actuaciones poco empáticas. Es pertinente añadir que los vínculos de confianza entre el personal del servicio en ciertas ocasiones dieron oportunidad para que algunas profesionales de enfermería pudieran negar y ocultar la realización de algún procedimiento por parte de ellas que haya tenido complicaciones.

Tabla 1. Rasgos de honestidad observados en 5 profesionales de enfermería. IPS, Ibagué, 2019.

Rasgo a observar*	Presente**	Ausente**
1. ¿El profesional de enfermería se presenta con su nombre al paciente en el recibo de turno?	11	35
2. Cuando el paciente o su familiar piden información sobre la condición, diagnóstico o evolución del paciente, ¿el enfermero/a brinda información veraz y clara sobre la información requerida?	28	18
3. ¿El profesional de enfermería, al escuchar las expresiones de inquietud, sentimientos de dolor o molestias del paciente, actúa de manera diligente para brindar acciones de cuidado dirigidas?	28	18
4. ¿El profesional de enfermería tiene una actitud condescendiente con el personal del servicio, pero frente al paciente actúa indecorosamente?	29	17
5. ¿El profesional de enfermería utiliza expresiones de inconformidad con el personal del servicio frente a un comportamiento agresivo u hostil del paciente?	22	24
6. ¿El profesional de enfermería miente ante una solicitud de información por parte del paciente o un familiar, solo para salir del paso?	23	23
7. ¿El profesional de enfermería es sincero con el personal del servicio y asume la responsabilidad de sus procedimientos con los pacientes?	43	3
* Número total de observaciones: 46		
** Número de veces		

Fuente: Elaboración propia, con base en la investigación realizada por los autores.

OBSERVACIONES INDIVIDUALES DE LAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

El seguimiento que se realizó a las profesionales de enfermería fue de manera individual y hubo variaciones en el total de observaciones ejecutadas a cada una. Por esta razón se las clasificó por separado.

A la profesional de enfermería 1 se le realizaron un total de nueve observaciones. Con estas, se logró evidenciar que acorde con el rasgo de honestidad número 3, la profesional de enfermería se interesó muy poco por suplir estas necesidades. Solo en una ocasión de las nueve veces que se le observó se notó interés por las expresiones de inquietud y dolor manifestadas por el paciente, e incluso llegó a ignorar lo que manifestaban los familiares. Se pudo apreciar un trato diligente después de que los pacientes y familiares hubieran insistido en repetidas ocasiones y en aquellas situaciones en las que las molestias de los pacientes eran severas.

Con respecto a la profesional de enfermería 2, se la observó seis veces. Únicamente brindó información acerca de la condición, diagnóstico o evolución a los pacientes con los procesos patológicos menos complicados. En los casos de los pacientes con patologías de mayor complejidad, evadió las preguntas tanto de los pacientes como de sus familiares, manifestando que “la enfermedad es difícil de explicar”. Esto en relación con el rasgo de honestidad número 6. Con respecto a este, se observó que mintió en cuatro ocasiones a pacientes con diagnósticos médicos de alta complejidad y a sus familiares, pues afirmó que tenían un futuro esperanzador, sabiendo que el diagnóstico y pronóstico médico eran totalmente distintos (ver Tabla 2).

La profesional de enfermería 3 fue observada 13 veces. En concordancia con el rasgo de honestidad número 4, se encontró que su trato y actitud con los pacientes fue altiva en diez casos del total de observaciones: adoptó posturas de despreocupación y minimizó el impacto de las enfermedades en los pacientes y sus miedos frente a las diversas condiciones o complicaciones de su estado de salud. Solo se observó con una actitud atenta y tolerante en tres ocasiones con pacientes que habían ingresado al servicio recientemente. Además, se pudo observar que en limitadas circunstancias la profesional de enfermería divulgó determinados aspectos íntimos de la vida personal y situación

Tabla 2. Distribución de frecuencia de los rasgos de honestidad observados en la profesional de enfermería 1 y la profesional de enfermería 2. IPS, Ibagué, 2019.

N.º rasgo	Enfermera 1*		Enfermera 2**	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
1	1	8	2	4
2	2	7	3	3
3	1	8	4	2
4	8	1	1	5
5	6	3	2	4
6	2	7	4	2
7	8	1	6	0

N.º rasgo: Número del ítem a observar de acuerdo con la Tabla 1
 * 9 observaciones en total
 ** 6 observaciones en total

Datos en número de veces

Fuente: Elaboración propia, con base en la investigación realizada por los autores.

Tabla 3. Distribución de frecuencia de los rasgos de honestidad observados en la profesional de enfermería 3 y la profesional de enfermería 4. IPS, Ibagué, 2019.

N.º rasgo	Enfermera 3*		Enfermera 4**	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
1	0	13	3	8
2	10	3	6	5
3	8	5	9	2
4	10	3	9	2
5	4	9	8	3
6	7	6	10	1
7	13	0	9	2

N.º rasgo: Número del ítem a observar de acuerdo con la Tabla 1
 * 13 observaciones en total
 ** 11 observaciones en total

Datos en número de veces

Fuente: Elaboración propia, con base en la investigación realizada por los autores.

actual de algunos pacientes con los demás miembros del servicio. Por otro lado, en referencia al rasgo de honestidad número 2, se evidenció que algunas veces compartía información errónea con los pacientes y sus familiares acerca de sus estados posoperatorios. Esto se debía, especialmente, a la falta de conocimientos.

En relación con la profesional de enfermería 4, se le realizaron un total de 11 observaciones. En estas resaltó la ausencia de presentación personal para con el paciente a la hora de la entrega de turno (rasgo de honestidad 1). Con esto dejó de lado el tacto con él y una atención de calidad.

Además, se apreció que mintió un número considerable de veces frente a sus pacientes al ocultar información sobre la evolución médica de sus condiciones de salud. Cabe resaltar que frente a algunos familiares sí relevó información veraz, pero procurando que el paciente no se enterara de la verdad (ver Tabla 3).

Con respecto a la profesional de enfermería 5, se le realizaron un total de siete observaciones. En estas se destacó por sus constantes tratos humanizados para con el paciente y sus familiares. En pluralidad de ocasiones (seis de siete) la profesional de enfermería se mostró empática con las expresiones de inquietud y de dolor manifestadas por los pacientes, esto viéndose expuesto en el rasgo de honestidad número 3. A su vez, la profesional de enfermería mostró un amplio interés a la hora de brindar un cuidado de calidad, aun en circunstancias en las que no conocía el nombre del paciente o este no se podía comunicar debido a su estado de salud. A pesar de todos estos inconvenientes la profesional de enfermería se mostró honesta, presentándose por su nombre y explicando al sujeto de cuidado los procedimientos a realizar (ver Tabla 4).

DISCUSIÓN

Se logró relacionar los resultados encontrados con otras investigaciones en contextos similares. Se evidenció que en la atención hospitalaria existe un descuido significativo de diferentes valores éticos que influyen directamente en la calidad del cuidado brindado a los pacientes y sus familiares por parte de los profesionales de enfermería. Debido a la cotidianidad de esta situación, se ve como un fenómeno que, a pesar de ser injusto, puede llegar a ser consi-

Tabla 4. Distribución de frecuencia de los rasgos de honestidad observados en la profesional de enfermería 5. IPS, Ibagué, 2019.

N.º rasgo	Enfermera 5*	
	Presente	Ausente
1	5	2
2	7	0
3	6	1
4	1	6
5	2	5
6	0	7
7	7	0

N.º rasgo: Número del ítem a observar de acuerdo con la Tabla 1
* 7 observaciones en total

Datos en número de veces

Fuente: Elaboración propia, con base en la investigación realizada por los autores.

derado normal, hallazgo similar a lo reportado por González-Juárez, Velandia-Mora, Flores-Fernández (2009), quienes afirman que el contacto humano se ve limitado en aquellos contextos en que la atención está altamente tecnificada. Esto causa que el profesional de enfermería se desligue de sus intereses por el cuidado y busque una transferencia de responsabilidades,

[...] factor que determina el inicio de una serie de actividades enfocadas a la deshumanización del cuidado, reflejado principalmente en una deficiente interacción entre la persona - familia - personal de salud - enfermera, lo que se manifiesta en un cuidado poco gratificante para cada uno de los implicados. (González-Juárez, 2009, p. 42)

En concordancia con los aspectos a nivel laboral, se identificó que la búsqueda constante por mejorar los procesos biológicos y fisiopatológicos de los usuarios influye negativamente en la presencia de valores éticos, como la honestidad en las relaciones enfermero-paciente, hallazgo que se enlaza con lo reportado por Poblete y Valenzuela (2007). Estos autores manifiestan que el cuidado holístico en los servicios de salud se ha visto afectado por una extrema visión biomédica de la salud, en la que los profesionales de enfermería han estandarizado los cuidados sin tener

en cuenta que cada persona tiene necesidades variadas y han orientado muchas veces su práctica hacia lo técnico.

Los hallazgos en relación con la sobrecarga de compromisos administrativos son semejantes a los resultados obtenidos por Beltrán-Salazar (2014). Los participantes de su estudio describen que, a pesar de que las instituciones de salud motivan al personal para que adopte una forma de proceder orientada al bienestar de los pacientes, el funcionamiento de estas simplemente se enfoca hacia las ganancias financieras y por esta razón se establecen formas de cuidado que ignoran las necesidades de los pacientes.

Los estudios de Bonilla *et al.* (2011), en relación con los entornos de salud y prestación de servicios, proveen resultados sobre una alta tasa de sinceridad, transparencia y actuación decente por parte de los profesionales que laboran en dichos sectores. Hechos que se contraponen con los resultados obtenidos en la presente investigación, puesto que los rasgos de honestidad en el sector salud, específicamente por parte de los profesionales de enfermería, se vieron presentes en pocas ocasiones. Estos datos indican que la presencia o ausencia de determinados atributos de honestidad pueden estar condicionadas por la naturaleza del contexto en el que se desenvuelven las acciones de cuidado.

Aguirre-Gas (2004) hace referencia al principio de honestidad. Dentro de todos sus conceptos enfatiza en la responsabilidad ética que tiene el profesional de la salud frente al cumplimiento de los compromisos establecidos con sus pacientes y en la medida en que dependan de su intervención. Esta responsabilidad se observó en la mayoría de la población observada: no dimitieron sus acciones o intervenciones realizadas con el paciente, y en general actuaron oportunamente frente a las necesidades de los sujetos de cuidado.

Los resultados relacionados con la profesional de enfermería 5 acerca de sus aptitudes de comunicación y la aceptación por parte de los pacientes frente a estas acciones son análogos a los descritos por Bravo, Uribe y Contreras (2008). Según revelan los autores, “[...] los usuarios valoran más los aspectos del cuidado que tienen relación con la comunicación, el afecto y la atención” (Hermosilla, Mendoza y Contreras, 2016, p. 276), además de recibir

información efectiva y sincera, lo cual ayuda a disminuir los niveles de preocupación y consecuentemente los niveles de dolor. Aspectos del cuidado que como exponen Vargas y Cortés (2010), en su artículo sobre valores y principios bioéticos en la práctica de Enfermería, se ve que la atención de calidad va de la mano con principios y virtudes que sirven para su praxis, tales como son los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Así, el cuidado de calidad y de carácter humanitario es un conjunto de ingredientes; valores y principios que van más allá de solo administrar medicamentos a los pacientes, están encaminados a ver a este y a sus allegados como individuos que necesitan respeto, empatía y solidaridad en sus momentos más difíciles. Se prioriza, entonces, la honestidad dentro del actuar de enfermería.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En la institución hospitalaria, la honestidad como ingrediente del cuidado se ve altamente desidioso o se omite en la mayoría de los casos. Se llega al punto tal de mentir y dar falsas ilusiones de una pronta recuperación o salida del servicio a los pacientes y sus familiares, así como de dar información errónea sobre los procedimientos y sus futuras consecuencias.

La gran carga laboral a la cual se ven sometidos los profesionales de enfermería sostiene una relación directa con las conductas deshonestas y con la calidad del cuidado y el tacto con el paciente.

El contexto profesional en el que se desenvuelven los profesionales de enfermería influye en la atención brindada, lo cual conlleva a optar por esas conductas “deshumanizadas” y carentes de honestidad en el cuidado.

Finalmente, se recomienda realizar el estudio con una población más amplia, con el fin de obtener una visión de la temática abordada más acertada y, así, plantear e implementar correctivos apropiados.

REFERENCIAS

- Aguirre-Gas, H. G.** (2004). Principios éticos de la práctica médica. *Revista Cirugía y Cirujanos* 72(6), 503-510. Recuperado de: <https://bit.ly/36gIhg1>
- Beltrán-Salazar, O. A.** (2014). Las instituciones sanitarias no favorecen la atención. Significado del cuidado humanizado para las personas que participan directamente en él. *Investigación y Educación en Enfermería*, 32(2), 194-205. Recuperado de: <https://bit.ly/3kcXun6>
- Bonilla, A., Corredor, G., Lizcano, C., Galeano, M., Miranda, A., Aldana, J. et al.** (2011). Una aproximación hacia el concepto de honestidad en el ámbito laboral colombiano. *RIP: Ciencia y Tecnología*, 4(2), 101-106. Recuperado de: <https://bit.ly/359zKMu>
- Bravo, P., Uribe, C. & Contreras, A.** (2008). El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73(3), 179-184. Recuperado de: <https://bit.ly/3leJSsY>
- González-Juárez, L., Velandia-Mora, A. L., & Flores-Fernández, V.** (2009). Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. *Revista CONAMED* 14(1), 40-43. Recuperado de: <https://bit.ly/35aUqDS>
- Hermosilla, A., Mendoza, R. y Contreras, S.** (2016). Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. *Index de Enfermería*, 25(4), 273-277
- Mayeroff, M.** (1971). Principales ingredientes del cuidado. En: R. Nanda-Anshen *et al.* (Eds.). *On Caring* (pp. 9-20). New York: Harper & Row Publishers.
- Oguisso, T.** (2006). Reflexiones sobre ética y enfermería en América Latina. *Index Enferm* 15(52-53), 49-53. Recuperado de: <https://bit.ly/3kefygD>
- Poblete-Troncoso, M., & Valenzuela-Suazo, S.** (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem* 20(4), 499-503. Recuperado de: <https://bit.ly/3eFa6lQ>
- Vargas-Chávez, M. Y., & Cortes-Villarreal, G.** (2010). Una reflexión sobre valores y principios bioéticos en la práctica de Enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 18(1-2), 43-45. Recuperado de: <https://bit.ly/3lfL3rU>

PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE LA APLICACIÓN DEL CÓDIGO DEONTOLÓGICO EN BOGOTÁ

PAOLA FERNANDA ORBES CORDOBA
PFORBES@UNAL.EDU.CO

DANIEL CAMILO YAMÁ NARVÁEZ
DCYAMAN@UNAL.EDU.CO

ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

RESUMEN

Introducción: En Colombia existe la Ley 911 de 2004 que legisla el código ético para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia. Son escasos los estudios que han investigado el nivel de aplicación de esta ley, lo que evidencia un vacío de conocimiento en un área muy importante para el ejercicio profesional. **Objetivo:** Determinar el nivel de aplicación del código deontológico de enfermería en Bogotá D.C., Colombia. **Metodología:** Estudio cuantitativo no experimental, de corte transversal y alcance descriptivo. Se utilizó el instrumento “Percepción de las enfermeras sobre la aplicación de la Ley 911 de 2004 en la práctica de enfermería en instituciones de salud de Colombia”. **Resultados:** Los profesionales encuestados perciben el cumplimiento del código deontológico de forma positiva y el 64,4% de los participantes cumple “siempre” con la aplicación del código. Sin embargo, se perciben excepciones frente al cumplimiento de los planes de cuidado, a la dotación e infraestructura, a la objeción de conciencia, a la asistencia a espacios de reflexión ética y a la realización de actividades fuera de las propias competencias de la disciplina. **Conclusiones:** Aunque se percibe un cumplimiento positivo del código deontológico de enfermería, hay algunos puntos que requieren más estudios que puedan explicar el porqué de algunas anomalías encontradas.

Palabras Clave: código deontológico, ética en enfermería, código ético.

ABSTRACT

Introduction: Colombia’s Law 911 of 2004 regulates the ethical code for the exercise of the nursing profession in Colombia. Few studies have investigated the level of application of this law, showing a knowledge gap in a very important area for nursing professional practice. **Objective:** To determine the level of application of the nursing deontological code in Bogotá D.C., Colombia. **Methodology:** Non-experimental quantitative study, cross-sectional and descriptive scope. The instrument “Perception of nurses on the application of Law 911 of 2004 in nursing practice in health institutions in Colombia” was used. **Results:** The professionals surveyed perceived compliance with the code of ethics in a positive way, with 64.4 % of the participants “always” complying with the application of the code. However, there are exceptions to compliance with care plans, staffing and infrastructure, conscientious objection, attendance at spaces for ethical reflection and carrying out activities outside the discipline’s own competencies. **Conclusions:** Although a positive compliance with the nursing code of ethics is perceived, there are some points that require further study, and that may explain the reasons behind some of the anomalies that were found.

Key Words: code of ethics, ethics in nursing.

INTRODUCCIÓN

La ética en el ámbito profesional se define “[...] como un conjunto de valores que una determinada [disciplina] tiene y presenta a la sociedad. [Es un] elemento por el que una profesión es reconocida y merecedora de la confianza de los que integran la sociedad.” (Blasco León y Ortiz Luis, 2016, p. 146). Si bien las profesiones tienen prácticas específicas, también tienen dilemas únicos que deben ser resueltos de una manera particular, para lo cual la ética profesional guía y proporciona criterios que ayuden a su solución (Restrepo Arzayus, 2001).

Entre esas se encuentra la disciplina de enfermería, en la que el acto de cuidado es propenso a enfrentar dilemas éticos. El personal de enfermería debe asegurar la correcta combinación de conocimientos y habilidades que proporcionan una atención oportuna, apropiada y de calidad; todo esto regido bajo una norma que regule el ejercicio de la profesión y sea garante de los deberes y derechos del personal de enfermería (Figueroa *et al.*, 2012).

Para el caso de Colombia, el código deontológico se describe en la Ley 911 (2004), que establece que el profesional debe poseer conceptos teóricos, técnicos, prácticos y humanísticos que sustenten su práctica e interpreten el cuidado de enfermería como producto de la interacción entre el profesional y el ser humano, su entorno, familia y el sistema sanitario.

A pesar de que existen factores que impiden el óptimo ejercicio profesional y propician la aparición de incidentes, errores o eventos adversos; también hay factores que permiten una mejor adhesión al código y, por lo tanto, la calidad de la atención mejora. De modo que, al identificar estos factores, tanto positivos como negativos, se favorece el ejercicio de enfermería y se previene la ocurrencia de eventos de mala praxis.

Hay pocos antecedentes sobre el estudio del código deontológico de enfermería en Colombia. El más importante se realizó en la ciudad de Bucaramanga en el 2016. No obstante, es necesario replicar este tipo de estudios en el resto del país para identificar el conocimiento de los profesionales de enfermería frente a aspectos éticos y prácticos de su ejercicio laboral. Por lo tanto, el presente

estudio tiene como objetivo determinar el nivel de aplicación del código deontológico de enfermería en la ciudad de Bogotá D.C., Colombia.

METODOLOGÍA

Estudio de tipo cuantitativo no experimental, de corte transversal y tipo descriptivo, desarrollado en noviembre de 2019. Contó con una muestra de 83 profesionales de enfermería de cuatro instituciones de salud, dos públicas y dos privadas, en la ciudad de Bogotá. Los participantes aceptaron participar de manera voluntaria y firmaron un consentimiento informado antes de la aplicación del instrumento. Para mantener su anonimato, a cada uno se le asignó un código numérico.

Se incluyeron profesionales de enfermería con experiencia laboral al momento de la toma de información. Se excluyeron dos profesionales que no aceptaron participar en el estudio, un profesional que no tenía experiencia laboral y un profesional que no hizo llegar la información de su encuesta.

Para la recolección de información se utilizó el instrumento “Percepción de enfermeras sobre la aplicación del código deontológico de enfermería en Colombia”. Este cuenta con 49 ítems, evaluados con escala tipo Likert en términos de frecuencia (siempre, a veces, nunca o no aplica); distribuidos en 3 dimensiones y 7 subdimensiones, descritas a continuación:

1. Título I “De los principios y valores éticos, el acto de cuidado de enfermería”, compuesto por dos subdimensiones: (a) capítulo I “Declaración de principios y valores éticos” y (b) capítulo II “Del acto de cuidado de enfermería”.
2. Título II “Fundamentos deontológicos del ejercicio de enfermería”. Cuenta con una subdimensión: capítulo II “Condiciones para el ejercicio de la enfermería”.
3. Título III “Responsabilidades del profesional de enfermería en la práctica”. Se divide en 4 subdimensiones: (a) capítulo I “De las responsabilidades del profesional de enfermería con los sujetos de cuidado”,

(b) capítulo II “De las responsabilidades del profesional de enfermería con sus colegas y otros miembros del recurso humano en salud”, (c) capítulo III “De las responsabilidades del profesional de enfermería con las instituciones y la sociedad” y (d) capítulo IV “De las responsabilidades del profesional de enfermería con los registros de enfermería”.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

De los 83 participantes del estudio, la mayoría tiene entre 26 y 59 años (64%), es de género femenino (79,5%), tiene un tiempo de experiencia laboral mayor a 3 años (54,2%),

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

Característica	Distribución	Frecuencia (n=83)	Porcentaje (%)
Edad	< 26 años	22	26
	de 26 a 59 años	53	64
	> 59 años	5	6
	N/R	3	4
Género	Femenino	66	79,5
	Masculino	17	20,48
Área de desempeño laboral	Asistencial	61	73,4
	Administrativa	11	13,2
	Docencia	8	9,2
	N/R	3	3,6
Servicio en el que labora	Hospitalización	28	33,7
	Urgencias	12	14,45
	No Sabe/ No Responde	11	13,2
	Administración	10	12,04
	UCI	8	9,6
	Salud pública	5	6,02
	Quirófano	5	6,02
Tiempo de experiencia laboral	Pediatría	4	4,8
	> 36 meses	45	54,2
	de 12 a 36 meses	22	26,5
	< 12 meses	9	10,8
Estudios de posgrado	N/R	7	8,4
	Ninguno	40	48,1
	Maestría	22	26,5
	Doctorado	17	20,4
	Especialidad	4	4,8

N/R: No responde

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

Fuente: Elaboración propia, con base en la encuesta realizada por los autores.

Tabla 2. Nivel general de aplicación del código deontológico de enfermería en Colombia.

	Siempre	A veces	Nunca	N/A	N/R
%	64,4	24,4	4,4	4,9	1,8

Fuente: Elaboración propia, con base en la encuesta realizada por los autores.

Tabla 3. Nivel de aplicación porcentual alcanzado por dimensiones.

	Siempre	A veces	Nunca	N/R	N/A
Título I: De los principios y valores éticos, el acto de cuidado en enfermería	72,4	23,6	1,6	0	1,8
Título II: Fundamentos deontológicos del ejercicio de la enfermería.	44,2	38,4	7,7	7,4	2,1
Título III: Responsabilidades del profesional de enfermería en la práctica.	73,2	18,9	3,4	2,3	4,4
Datos en porcentaje (%)					
N/R: No responde					
N/A: No aplica					

Fuente: Elaboración propia, con base en la encuesta realizada por los autores.

Tabla 4. Distribución porcentual por subdimensión.

Título	Capítulo	Siempre	A veces	Nunca	N/R	N/A
I: De los principios y valores éticos, el acto de cuidado en enfermería	I: Declaración de principios y valores éticos	79,5	18,8	0,08	0	0,08
	II: Del acto de cuidado de enfermería	65,4	28,5	3,2	0	2,8
II: Fundamentos deontológicos del ejercicio de la enfermería	II: Condiciones para el ejercicio de la enfermería	44,2	38,4	7,7	7,4	2,1
III: Responsabilidades del profesional de enfermería en la práctica.	I: De las responsabilidades del profesional de enfermería con los sujetos de cuidado	77,7	15,06	2,8	1,9	2,4
	II: De las responsabilidades del profesional de enfermería con sus colegas y otros miembros del recurso humano en salud	64,1	18,5	3,7	4,8	8,6
	III: De las responsabilidades del profesional de enfermería con las instituciones y la sociedad	57,8	28,7	7,2	2,6	3,6
	V: De las responsabilidades del profesional de enfermería con los registros de enfermería	76,07	14,6	0,1	5,3	3,7

Datos en porcentaje (%)

N/R: No responde

N/A: No aplica

Fuente: Elaboración propia, con base en la encuesta realizada por los autores.

no cuenta con formación posgradual (48,1%) y se desempeña en el área asistencial (73,4%). Con respecto a lo último, se destaca que la mayoría se encuentra en el servicio de hospitalización (33,7%) (Ver Tabla 1).

DISTRIBUCIÓN GENERAL DE RESPUESTAS DEL INSTRUMENTO DE APLICACIÓN DEL CÓDIGO DEONTOLÓGICO

Al analizar las respuestas de los 83 cuestionarios, se observa una tendencia positiva. El 64% de los participantes “siempre” cumple con la aplicación del código deontológico (ver Tabla 2).

Frente al cumplimiento del código por dimensiones, el Título III es el que se cumple con mayor frecuencia (73,2%), seguido del Título I (72,4%) y el Título II (44,2%; ver Tabla 3).

Tras el análisis por subdimensiones se identifica que: (i) la declaración de los principios y valores éticos (79,5%), (ii) las responsabilidades del profesional de enfermería con los registros de enfermería (76,1%) y (iii) las responsabilidades del profesional de enfermería con los sujetos de cuidado son los que se cumplen con mayor frecuencia (77,7%). Por otro lado, las condiciones para el ejercicio de la enfermería y las responsabilidades del profesional de enfermería con las instituciones y la sociedad se incumplen en mayor proporción y con mayor frecuencia (ver Tabla 4).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio difieren con los de Parra *et al.* (2016). En este último predomina la categoría “a veces” en el cumplimiento del código deontológico, debido a factores como obediencia absoluta, razón enfermera-paciente, infraestructura física deficiente y poca atención de entidades estatales al gremio de enfermería. No obstante, en el presente estudio estos factores también se perciben como obstáculos que impiden la correcta aplicación del código deontológico.

Aunque la mayoría refiere que “siempre” cumple con lo dispuesto en el código, se encontraron resultados variables. En el título I, la mayoría percibe que “a veces” cum-

ple con los planes de cuidado de sus pacientes. El laxo cumplimiento de esta dimensión podría estar relacionado con un marcado estrés y sobrecarga laboral. Según Castillo Ávila *et al.* (2014), el profesional de enfermería es propenso a la sobrecarga y estrés debido a conflictos entre compañeros, falta de tiempo para realizar las tareas asignadas, turnos rotativos y falta de personal en los servicios. Esto puede influir en que casi el 10 % de los participantes reporte el cumplimiento de las responsabilidades del profesional de enfermería con sus colegas y otros miembros del recurso humano en salud como “no aplicables” en su ejercicio profesional.

Tras la evaluación del título II y el capítulo II, se puede inferir que, si no hay disponibilidad de insumos, o estos no son adecuados, el cumplimiento de los planes de cuidado puede verse truncado. La distribución inequitativa de recursos, los servicios excluidos del plan obligatorio en salud (POS) y el plan de beneficios en salud; la diferencia de cobertura entre el régimen contributivo y subsidiado, la corrupción percibida en la administración del sistema, entre otros, podrían explicar la falta de recursos durante el ejercicio profesional (Suárez-Rozo *et al.*, 2017).

Un resultado llamativo fue el referente a la objeción de conciencia por escrito, que no se cumple “nunca” según el 18,1% de los encuestados. Resultados similares fueron reportados por Parra *et al.* (2016). Esto podría explicarse porque los profesionales aún no han experimentado la necesidad de realizar objeciones de conciencia, o que hay desconocimiento de lo que es y cómo se aplica; a pesar de que el Artículo 22 del código deontológico de enfermería dispone esto como una obligación y un derecho (Ley 911, 2004). El profesional no debe olvidar que la objeción de conciencia se puede emplear siempre y cuando se sepa argumentar dicha objeción. Además, es una demostración de calidad y de buen desempeño profesional (Cabal Escandón, 2016).

Finalmente, se resalta que el 12% de los profesionales no asiste a espacios de reflexión ética y que el 10,8% no se niega a cumplir tareas ajenas a las de su competencia. Esto se conoce como el principio de obediencia absoluta que, aunque ha cambiado, durante siglos se ha mantenido como algo inherente a la disciplina (Gasull Vilella, 2005).

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio demuestran que la mayoría de los profesionales de enfermería cumplen con el código deontológico, pero existen factores que pueden impedir la adecuada aplicación de este, como la sobrecarga laboral, deficiencias en la infraestructura y dotación de recursos, poca eficiencia del sistema de salud, desconocimiento de la objeción de conciencia y obediencia absoluta, la falta de difusión de la Ley 911 de 2004. La mayoría de estos factores pertenecen a la parte de condiciones laborales para el ejercicio de enfermería y estas condiciones no son dadas solamente por el profesional, sino también por las instituciones y el Estado, que fácilmente pueden impedir que los profesionales de enfermería cumplan con lo requerido por el código deontológico.

Los resultados obtenidos a partir de este trabajo constituyen una aproximación al estudio de la ética de enfermería en Colombia y aportan una visión sobre el acto de cuidado en el país. No obstante, son necesarios más estudios sobre este tema en el país. Al aumentar las visiones sobre la ética de enfermería, es posible construir una justificación sólida que permita el mejoramiento de las condiciones del ejercicio profesional de enfermería y del acto de cuidado.

REFERENCIAS

- Blasco-León, M., & Ortiz-Luis, S.** (2016). Ética y Valores en enfermería. *Revista de Enfermería del IMSS*, 24(2), 145-149. Recuperado de: <https://bit.ly/2UbwcDg>
- Cabal Escandón, V.** (2016). Objeción de conciencia en enfermería. *Revista Colombiana De Enfermería*, 11(12), 4-14. Recuperado de: <https://doi.org/10.18270/rce.v11i12.1681>
- Castillo Ávila, I., Torres Llanos, N., Ahumada Gómez, A., Cárdenas Tapias, K., & Licona Castro, S.** (2014). Estrés laboral en enfermería y factores asociados. Cartagena (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 30(1), 34-43. Recuperado de: <https://bit.ly/3nk8u4j>
- Figuroa, W., Giménez, M., Godoy, L., & Vargas, E.** (31 de julio de 2012) Conocimientos sobre los principios éticos y las implicaciones legales en las prácticas profesionales de los estudiantes de enfermería. *Portales Médicos.com*. Recuperado de: <https://bit.ly/3eEflbY>
- Gasull Vilella, M.** (2005). *La ética del cuidar y la atención de enfermería*. Tesis de Licenciatura, Universitat Oberta de Catalunya. RECERCAT (Di-
pòsit de la Recerca de Catalunya).
- Ley 911 de 2004.** Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. 5 de octubre de 2004. D. O. No. 45.693.
- Parra, D., Rey de Cruz, N., Amaya Díaz, H., Cárdenas, M., Arboleda de Pérez, L., Corredor Jurado, Y., & Vargas Gómez, C.** (2016). Percepción de las enfermeras sobre la aplicación del código deontológico de enfermería en Colombia. *Revista CUIDARTE*, 7(2), 1310-1317. Recuperado de: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.335>
- Restrepo Arzayús, L.** (2001). La enseñanza de la ética en enfermería. *Aquichan*, 1(1), 35-36. Recuperado de: <https://bit.ly/32raSOx>
- Suárez-Rozo, L., Puerto-García, S., Rodríguez-Moreno, L., & Ramírez-Moreno, J.** (2017). La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Gerencia y Políticas de Salud*, 16(32). Recuperado de: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cssc>

REFLEXIÓN

EL RECONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA: UN RETO PARA LAS NUEVAS GENERACIONES¹

“Lo importante no es lo que nos hace el destino,
sino lo que nosotros hacemos de él.”

FLORENCE NIGHTINGALE.

FREDDY ELÍAS PERILLA PORTILLA
PRESIDENCIA@ACOEEN.ORG.CO
ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

JUAN CAMILO TRIANA ORREGO
INTERVENCIONSOCIAL@ACOEEN.ORG.CO
ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DEL VALLE

TATIANA DUQUE CARTAGENA
VICEPRESIDENCIA@ACOEEN.ORG.CO
ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
ASOCIACIÓN COLOMBIANA ESTUDIANTIL DE ENFERMERÍA - ACOEEN

.....

¹ Extendemos un agradecimiento a la Asociación Colombiana Estudiantil de Enfermería ACOEEN, por permitirnos representar en este texto el trabajo que ha llevado a cabo la Asociación con miras al cambio y posicionamiento de nuestra profesión, a nivel nacional e internacional. De igual forma, agradecemos al Comité Académico-Científico ACOEEN, por el proceso de revisión del presente. ¡Que este sea un aporte más al cambio histórico de la Enfermería en nuestro país!

INTRODUCCIÓN

La Asociación Colombiana Estudiantil de Enfermería-ACOEEN es una organización sin ánimo de lucro, que propende por el fortalecimiento de la profesión de Enfermería desde el pregrado, a través del empoderamiento en diferentes escenarios políticos, académicos y científicos (ACOEEN, 2018). Ha venido trabajando, en este, el año de la Enfermería, por la dignificación de la profesión a través de la realización de estrategias en cooperación con las diferentes organizaciones, asociaciones y federaciones nacionales e internacionales.

Todo esto surge del reconocimiento que la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace a los profesionales y auxiliares de Enfermería y al personal de partería. El Dr. Tedros, director general de la OMS, afirmó que:

El personal de enfermería y partería es la columna vertebral de todos los sistemas de salud: en 2020 alentaremos a todos los países a que inviertan en el personal de enfermería y partería como parte de su compromiso con la salud para todos. (Adhanom Ghebreyesus, 2020)

Este es el argumento ideal para fortalecer el trabajo y resaltar el papel que se desarrolla desde los diferentes campos de la disciplina.

Con base en lo expuesto previamente, y tomando en cuenta el trabajo colaborativo entre las diferentes organizaciones, a través del presente texto, se realizará una reflexión en torno a las acciones llevadas a cabo por la ACOEEN, y a la importancia de visibilizar las condiciones actuales que día a día en su quehacer vive el personal de enfermería y partería.

REFLEXIÓN

La Enfermería en Colombia y en el mundo, a lo largo de la historia, ha sostenido una lucha constante por ser reconocida como una profesión y disciplina autónoma, con un cuerpo de conocimientos científicos propios. Por lo cual, ante la actual situación sanitaria por el COVID-19 se ha intensificado las acciones para fortalecer estos aspectos; panorama que para la ACOEEN no es indiferente. La orga-

nización ha buscado, por medio de diferentes estrategias nacionales e internacionales, contribuir en diferentes panoramas en la transformación y dignificación de la disciplina.

EXPRESIÓN Y PARTICIPACIÓN POLÍTICA

Se debe reconocer que las decisiones en el ámbito político y la formulación de políticas públicas influyen de manera directa en las condiciones en que se desarrolla el quehacer del personal de enfermería. Por tal motivo, las organizaciones nacionales (ACOEEN, Consejo Técnico Nacional de Enfermería (CTNE), Organización Colegial de Enfermería (OCE), la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC) y la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN)) se han manifestado en respuesta a las decisiones tomadas por parte del Gobierno Nacional, antes y durante la crisis sanitaria generada por el COVID-19.

Teniendo en cuenta lo anterior, se emitieron documentos dirigidos a los diferentes Ministerios de la Nación con los cuales se sostuvieron diálogos, a favor de las condiciones laborales dignas de los profesionales de enfermería; dado que, ante la crisis sanitaria, se evidenció que el personal no contaba con los elementos de protección personal (EPP) y las condiciones laborales adecuadas para desarrollar de forma óptima su rol de cuidado. Asimismo, estas circunstancias se convierten en un factor de riesgo para el personal, quienes, a pesar de todas las adversidades, continúan brindando atención y demostrando la gran vocación que se tiene en la disciplina.

Esto surge a raíz de una encuesta realizada a 1360 personas pertenecientes al área de la salud en la cual se evidenció que 393 (28,9%) corresponden a los profesionales de enfermería y 99 (7,3%) a los auxiliares. Del total de encuestados, el 42 % no cuenta con condiciones dignas de trabajo. De igual manera, luego de analizar el componente de bioseguridad, se encontró que no disponen de los EPP adecuados para la prestación de los servicios de salud (Monitoreo Crítico de Salud, 2020).

Por otro lado, se enviaron comunicados al Ministerio de Educación y a la Presidencia de la República en búsqueda de la integridad de los estudiantes de pregrado del área de la salud; dado que estos son personal en formación y, al ser llamados a participar en la contingencia de la pandemia,

sus derechos se verían vulnerados ante la imposibilidad de rechazar este llamado impuesto por el Gobierno Nacional.

Paralelamente, con el propósito de continuar fortaleciendo la profesión en la participación política, se ha apoyado la construcción del Plan Nacional de Enfermería, junto con las organizaciones anteriormente mencionadas, el Tribunal Nacional Ético de Enfermería (TNEE) y el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta iniciativa busca hacer visible la Enfermería en tres aspectos principales: condiciones laborales dignas, liderazgo y educación.

FORMACIÓN DEL PERSONAL

Teniendo como fundamento que la educación es la base para la construcción de talento humano en salud, y dada la realidad actual, se resalta la necesidad de la educación continua para mantener al equipo de salud actualizado. Por eso, la ACOEEN, en colaboración con la Sociedad de Honor de Enfermería *Sigma Theta Tau International*, en su capítulo *Upsilon Nu*, llevaron a cabo dos (2) jornadas de capacitaciones que lograron impactar a profesionales, estudiantes y auxiliares de los 32 departamentos del país. De estas jornadas, la segunda contó con la mayor cantidad de participantes: llegó a más de 290 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), públicas y privadas. Igualmente, logró un alcance de 21 países, lo que evidencia el gran interés del personal de enfermería por el componente educativo.

Adicionalmente, se construyó el “Manual de recomendaciones a los integrantes de los equipos de salud e IPS en relación con el no uso de uniformes en espacios públicos” con las organizaciones de Enfermería y Asociación Nacional de Entidades de Educación para el trabajo y el Desarrollo Humano (ASENOF). Esto, en respuesta a la necesidad de contar con unas directrices a nivel nacional para estandarizar este proceso y minimizar las agresiones físicas y verbales al personal de salud por el inadecuado uso de estos elementos.

También es importante que el personal y los estudiantes de Enfermería tengan el conocimiento y las herramientas jurídicas para poder responder ante las diversas situaciones que se presentan, en el diario vivir, referentes al quehacer y en el ámbito del reconocimiento de los derechos como actores fundamentales dentro de los sistemas de

salud. Es por esto por lo que, junto con la OCE y el Grupo de Servicios Especializados para Profesionales de la Salud (SEPSA), se brindó asesoramiento. Este contó con una amplia participación y permitió que se evidenciara el vacío de conocimiento legal que expone al personal a la vulneración de sus derechos.

Cabe resaltar que igualmente es necesario que exista un empoderamiento en los espacios de participación y de discusión por parte del profesional de enfermería, cuyo resultado sea el fortalecimiento del liderazgo desde los diferentes campos de la disciplina, a través de la socialización de experiencias e ideas que aporten a la construcción de una profesión más visible y reconocida en todos los escenarios. Por tal razón, la ACOEEN ha propiciado dichos espacios para que diferentes profesionales y estudiantes interactúen y discutan sus experiencias, con el fin de que adquieran las herramientas necesarias para que se empoderen de la profesión.

RECONOCIMIENTO

Entre los diversos componentes que se han analizado, se logró identificar el reconocimiento que se hace a las diferentes profesiones en el país, mediante distinciones que promueven y premian el gran trabajo realizado por parte de sus profesionales. Dichos premios eran inexistentes para la enfermería y, entonces, los profesionales de esta disciplina nunca tenían la oportunidad de ser homenajeados. Una vez identificada esta problemática, la ACOEEN crea los primeros Premios Nacionales de Estudiantes de Enfermería, con el propósito de resaltar e incentivar las contribuciones que realizan estudiantes y profesionales al fortalecimiento de la disciplina.

PARTICIPACIÓN EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y EDITORIALES

Las diferentes acciones realizadas por la ACOEEN, de la mano con las diferentes organizaciones de Enfermería y otras profesiones del área de la salud, han generado un impacto positivo a nivel nacional e internacional, lo que permite a la disciplina de Enfermería hacerse más visible. Un ejemplo de esto es la participación en el boletín de prensa emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social, titulado: “Rol de los profesionales de enfermería

durante el COVID-19”. De igual forma, la ACOEEN participó en dos (2) entrevistas: una con ELSEVIER y otra con Caracol Radio, las cuales abordaron aspectos referentes al fortalecimiento y visibilidad de la profesión. Todos estos espacios han contribuido al crecimiento de la disciplina en distintos contextos. No obstante, es crucial reconocer que se requiere más participación, ya que la voz del personal de enfermería debe ser escuchada y tenida en cuenta en todos los escenarios en que se vea involucrado.

PARTICIPACIÓN INTERNACIONAL

Todas las actividades mencionadas anteriormente, que se realizaron a nivel nacional, han permitido que la ACOEEN se abra paso en un contexto internacional y trabaje con distintas asociaciones: Asociación Mexicana de Estudiantes de Enfermería (AMEENF), Junta directiva de Estudiantes de Enfermería de El Salvador, Consejo Nacional de Estudiantes de Enfermería de Argentina (CNEE), Asociación Costarricense de Estudiantes de Enfermería (ASOCOE), Federación Nacional de Estudiantes de Enfermería de Chile (FENEech), *Sudanese Nursing Students Federation* (SNSF-Federación Sudanesa de Estudiantes de Enfermería en español). Todo con miras a impactar la profesión en un contexto global.

Uno de los escenarios en que la ACOEEN ha tenido mayor participación es la iniciativa “*Novice and Student Nurses Associations-NSNA Global Joint Mission Against COVID-19*” (Asociaciones de Novicios y Estudiantes de Enfermería-Misión Global Conjunta Contra COVID-19, en español). Ha aportado datos sobre la actual situación de los practicantes de enfermería durante la crisis sanitaria. Esta misión tiene como objetivo generar una guía internacional sobre cómo articular adecuadamente a los estudiantes y novicios de enfermería en la contención de la pandemia por COVID-19. Este espacio de interacción ha permitido evidenciar que las condiciones de la profesión no son muy diferentes entre las naciones; aun así, se demuestra que existe una intención de cambio en la disciplina a nivel mundial.

Del mismo modo, se ha participado en el reporte mundial “*Safeguarding Health in Conflict Coalition Report*” (Reporte de la Coalición para Salvaguardar la Salud en el Conflicto, en español), el cual permite brindar un panorama global sobre cómo los conflictos armados impiden el trabajo colaborati-

vo y cómo estos repercuten en la prestación de servicios de salud y afectan de manera directa su calidad (Safeguarding Health in Conflict Coalition, 2020). A pesar de que el reporte es de carácter internacional, este se puede relacionar con las condiciones de seguridad en Colombia, país que se ha visto sumergido en la violencia; lo que afecta el ejercicio de los profesionales de la salud en zonas rurales y dispersas, quienes exponen su vida constantemente con el fin de brindar atención en salud a todas las comunidades.

La participación en el ámbito educativo también se ha fortalecido a nivel internacional. La ACOEEN ha hecho parte de escenarios de formación, discusión y reflexión, en los que se ha logrado identificar diversos puntos de vista sobre la relevancia del estudiante en el futuro de la profesión y como fuerza importante para la contención de la pandemia en otros países. Se nota que los estudiantes son actores sobre quienes se debe realizar una mayor inversión que permita su crecimiento en actitudes, aptitudes y habilidades para el desempeño de la disciplina.

Por último, en el contexto de la crisis sanitaria causada por COVID-19, se ha demostrado que el trabajo multidisciplinario en salud es fundamental para su contención. Cada uno de los miembros del equipo de salud es parte crucial para desempeñar tareas con el fin de combatir la situación por la que el mundo se ha visto afectado. Con el propósito de reconocer esta labor, diferentes empresas a nivel mundial han creado iniciativas dirigidas al personal de salud; una de estas fue realizada por *Instagram.Inc* que diseñó un *sticker* con un *hashtag* que decía “#GraciasPersonalMédico” para que fuese implementado por sus usuarios en sus historias. Ante esta situación, las asociaciones y organizaciones nacionales y latinoamericanas de Enfermería manifestaron su rechazo a través de una carta dirigida a la red social, debido a que consideraban que esta iniciativa no era inclusiva con todo el equipo de salud.

CONCLUSIONES

Para contribuir en la dignificación y reconocer el papel de la Enfermería en Colombia y el mundo se requiere de una mayor voluntad política, tanto por parte de los profesionales como por parte de los actores políticos. Esta es indispensable para que esta disciplina tenga una participación en la construcción de políticas públicas en salud.

Otra problemática que hay que resaltar es la falta de interés por participar en los espacios de agremiación, lo que provoca que la Enfermería sea vista como una profesión desarticulada y, de esta forma, se pierdan oportunidades para ser parte de los espacios de toma de decisión.

Es notorio que en Colombia no se cuenta con condiciones laborales dignas para el quehacer óptimo de la Enfermería, lo cual contribuye a que los profesionales se vean vulnerados y la profesión sea infravalorada (puesto que se desconoce la importancia de su rol en los sistemas de salud).

Un cuestionamiento que la profesión de Enfermería debe hacerse corresponde a la educación actual a nivel nacional, ya que esta requiere una mayor inversión económica y en talento humano que potencie la calidad de esta a nivel de pregrado, posgrado y en la formación continua. Esta educación debe coincidir con la realidad a la cual los profesionales de Enfermería se van a enfrentar en los diferentes escenarios, para que se cuente con personal capaz de atender las necesidades reales de la población.

Se debe resaltar que la participación en espacios internacionales es fundamental para generar iniciativas que impacten positivamente la disciplina a nivel mundial. Estos espacios también demuestran que las futuras generaciones tienen la intención de generar un cambio que transforme verdadera y asertivamente la profesión en el ámbito político, científico y académico. Con esto se dará el inicio de una nueva etapa para la Enfermería a nivel global.

REFERENCIAS

- Adhanom Ghebreyesus, T.** (2020). *Año del Personal de Enfermería y de Partería*. Who.int. Recuperado de: <https://bit.ly/2JLpth7>
- Asociación Colombiana Estudiantil de Enfermería.** (2018). *Estatutos Generales de la Asociación Colombiana de Estudiantes de Enfermería*. Recuperado de: <https://bit.ly/2IhLnrG>
- Ministerio de Salud y Protección Social.** (2020, abril 25). Rol de los profesionales de enfermería durante el covid-19. En: *Boletín de prensa No. 196 de 2020*. Recuperado de: <https://bit.ly/2JNk21f>
- Monitoreo Crítico de Salud.** (2020). *Boletín de monitoreo crítico de las condiciones de bioseguridad*, (001) Recuperado de: <https://bit.ly/3pdFDA8>
- Safeguarding Health in Conflict Coalition.** (2020). *Safeguarding Health in Conflict Coalition Report*. Recuperado de: <https://bit.ly/3n6DtAv>

WARRANTIVAS

DEL AMOR, LA VOCACIÓN Y LOS RECUERDOS EN EL ARTE DE LA ENFERMERÍA

LAURA CAMILA ROJAS ROJAS
LAUCROJASROJ@UNAL.EDU.CO
ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Sería menester llevar un detalle prolijo de lo que pasa en el día a día: llevar un registro de todo. Solo así podremos comprender y tener conciencia de lo que son nuestros actos, pues la memoria suele jugar en contra de los recuerdos, desaparece cuando más se necesita; es por eso que para que un suceso marque la memoria o nuestra conciencia debe estremecernos. La normalidad es cómplice de la mala memoria. En efecto, la cotidianidad nunca nos estremecerá y si no estremece, contribuye con la mala memoria. Así transcurría mi día, monótono: era viernes, servicio de sala de partos del hospital Simón Bolívar. Hubo algo que me preocupó, ya no podía negarlo, negarlo sería negarme a mí misma, pues una parte de mí era angustia. La angustia derivada de mi inseguridad ante la práctica, tenía expectativas que tal vez dudaba poder cumplir.

La mañana transcurría con normalidad, hacía mis actividades de un día común. Estaba en mi práctica, eran las 10:00 a.m., cuando, en un momento inesperado, llegó la señora Elena. Ella tenía 23 años, primer parto. En el mismo instante de la anamnesis supe que para ella la angustia se iba a hacer presente. Además, los agentes externos iban a crear un sinergismo: en el primer instante llegó la auxiliar exaltada por la procedencia de la señora y por su estado; después, llegó la trabajadora social a avisar el cobro de cuentas y el rostro de Elena reflejaba angustia. Así me lo hizo saber, ya que, debido a su bajo nivel socioeconómico, no le alcanzaba para saldar la deuda.

Ahí estaba yo en el servicio y de repente tuve una iluminación: el barniz del cuidado cada vez iba desapareciendo, su carácter abstracto iba siendo práctico mediante el recuerdo del conocimiento: “Para ejercer un buen cuidado se necesi-

ta tener una noción de lo que es cuidado; la adquisición de conocimiento, el estar con, el hacer por; posibilitar oportunidades y mantener las creencias del otro”. Llegó ella, con 1 cm de dilatación y 70% de borramiento. Además, había roto membranas desde las 4 a.m. Sabía que su parto se iba a demorar, pero el conocimiento no solo aplica a lo fisiológico, también a lo mental, no se debe dejar la mente a un lado, pues el cuidado es integral.

El “estar con” es parte más importante del cuidado; la compañía da una esperanza, genera confort. Sabía eso, por eso estuve con ella de una manera completa, hasta el momento del parto. Pero la compañía no solo fue de estar, sino también de “hacer por”; ejercer cuidado para ella. Es por eso que procedí a dar educación en el trabajo de parto: le indiqué cómo debía hacer el pujo, la manera correcta de respirar en cada momento del trabajo de parto (esto con el fin de disminuir dolor, que aumentaba con la infusión de oxitocina (40 cc/ hora)). Ella manifestaba un EVA de 8/10. Teniendo este conocimiento procedí al cuidado que podía ejercer, un tratamiento no farmacológico del dolor: hice un masaje en la zona lumbar. Ayudó, pero no bastó, ni el masaje, ni la respiración guiada; debía ir más fondo, adentrarme en lo fisiológico. En efecto, la única opción era medicamentosa: administré 50 mg de meperidina IM.

Creí tener el control, pero faltaba algo: un apoyo interno, su familiar. Por ello, para aliviar su angustia, hice lo que estuvo en mis manos para que su esposo pudiera entrar a verla por unos minutos, a pesar de la negativa por parte del personal a cargo. El esposo pudo entrar; ahora, el cuidado se tornaba mejor, ya era humanizado y la angustia derivada del aspecto económico ya no tuvo lugar, pues el asunto pronto se resolvería gracias a la gestión de la trabajadora social del hospital.

Una vez la oxitocina comenzó a hacer su efecto y las contracciones aumentaron en frecuencia e intensidad, el dolor causado por estas se empezó a reflejar en su cara. Le ofrecí mi mano como apoyo, ella la tomó y me pidió que estuviera ahí, que la acompañara y eso hice. Fue en ese momento, en que ser enfermera en formación, tomó otro sentido: no era yo con una paciente más, era yo con una mujer, que se esforzaba por dar a luz a su pequeña, que pedía no estar sola, que apretaba mi brazo con fuerza, detalle que en ese momento me dejó de importar.

Yo solo quería estar ahí, hacerle saber que, aunque su pareja se tuviera que ir, en la sala de parto y recuperación tendría al menos una cara conocida y una voz de aliento. A las 12:18 p.m. nació su bebé, en un parto eutócico (peso de 2,330 gr, talla 46 cm, APGAR 8, 9, 10, BALLARD 38s). No puedo describir cuánta felicidad pude ver en el rostro de Elena al ver por primera vez la carita de su hija: toda la angustia, el miedo o cualquier sentimiento negativo que la estuviera invadiendo se fue, y las lágrimas de felicidad hicieron su aparición, y claro, a mis ojos también se le escaparon un par. Finalmente fue llevada a la sala de recuperación y allí me despedí de ella, la felicité por la fortaleza que había tenido y por esta nueva etapa de su vida que acababa de empezar. Ella me devolvió la sonrisa y me agradeció por haber estado para ella. Pero no fueron sus palabras las que marcaron mi corazón, fue su mirada, que encontró en la mía una respuesta inmediata, y que me hizo considerar que estudiar enfermería ha sido una de las mejores decisiones que he tomado.

Alguna vez leí una frase anónima que decía “Cuando eres enfermera sabes que cada día cambiarás una vida o una vida cambiará la tuya” y con esta experiencia la reafirmo. Estoy segura de que Elena me recordará, no vívidamente ni todos los días, pero sí cuando recuerde el nacimiento de su niña; por mi parte, ella alumbrará como una estrella, al igual que todos mis pasados y futuros pacientes, el cielo de mis recuerdos, solo que con un poco de más luz.

DE VUELTA AL PASADO, UN VIAJE AL NO OLVIDO

LAURA VIVIANA TORRES CÁRDENAS
LVTORRESC@UNAL.EDU.CO

DANIEL ALEXANDER CORAL MORA
DACORALM@UNAL.EDU.CO

ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

INTRODUCCIÓN

El presente texto nació a partir de la experiencia de dos estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, pertenecientes a diferentes regiones del país, cuyos caminos se cruzaron en su práctica de salud pública. La idea de este recorrido surge de la experiencia educativa en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur en las localidades de Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito y Sumapaz en Bogotá, con el acompañamiento de la docente Rosibel Prieto Silva y está encaminado a conocer de manera propia la historia de la lepra en el territorio de Agua de Dios, Cundinamarca. Señor lector lo invitamos a que recorra con nosotros esta experiencia vivida.

¿QUÉ NOS IMPULSÓ A REALIZAR LA VISITA?

Para el año 2019, nos encontrábamos cursando la asignatura Cuidado de Enfermería en Salud Pública. A lo largo de esta enriquecedora experiencia, tuvimos la oportunidad, mediante el programa de enfermedades infecciosas, de realizar un acercamiento a la enfermedad de Hansen o lepra, que nos llamó la atención por el contexto en el que se desarrollaba y el estigma que tiene.



Imagen 1. El Mirador del Indio. Agua de Dios, Cundinamarca [Fotografía].

Fuente: Archivo personal de Daniel Coral (2019).

Investigando sobre la historia de la lepra en Colombia, encontramos el municipio de Agua de Dios y decidimos emprender un viaje de aproximadamente 3 horas desde Bogotá, que nos llevó a descubrir un municipio cargado de historia. Queríamos vivir una experiencia real de un territorio que marcó el curso de esta enfermedad en el país, un lugar donde se creó el lazareto (hospital de leprosos) más grande de Colombia.

CONOCER LA HISTORIA DE UN TERRITORIO

Bastaba con recorrer sus imponentes paisajes para darse cuenta del tesoro natural que nos impulsó más a conocer la historia detrás de cada calle, edificación, museo, hospital e iglesia. Por tal razón, en nuestros objetivos también se encontraba reconocer un poco la riqueza natural que se escondía detrás de la historia de este municipio. En nuestra experiencia en Agua de Dios, tuvimos la oportunidad de visitar un lugar muy especial, donde nos dimos un espacio de encuentro con la naturaleza y con nosotros mismos para reflexionar y entender un poco la geografía de este territorio. El nombre de esta reserva natural es “mana

dulce”. Allí realizamos la excursión guiada por mapa, en la que encontramos diferentes especies nativas, como ceibas de gran tamaño. Además, atravesamos lechos de ríos y pequeñas cuevas de murciélagos que conducían a una colina con un gran mirador, llamado “el mirador del Indio”. Desde él, pudimos evidenciar la magnitud de la naturaleza por la que estábamos rodeados, una gran vista a los valles interandinos, sin duda un digno representante del relieve y la diversidad en la región.

AGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA

El municipio de Agua de Dios fue fundado el 22 de enero de 1897. Su densidad poblacional es de 123,37 habitantes por km cuadrado y su población es de 10.733 habitantes. Es un municipio perteneciente al departamento de Cundinamarca con un área de 84 km cuadrados, se encuentra ubicado en la provincia del Alto Magdalena, entre Girardot y Melgar, a 114 kilómetros (km) de Bogotá. Agua de Dios está localizado a 23 km de Girardot, a 11 km de Tocaima, a 18 km de Ricaurte y a 15 km de Nilo (Corozo, 2011, p.79).

LOS ESTIGMAS

Son muchos los estigmas e imaginarios que existen en torno a las personas que tienen la enfermedad de Hansen o lepra. Entre los aspectos más controversiales están su forma de transmisión, el significado teológico y la indiferencia a la cual son sometidos.

A propósito de la lepra, Álvarez (2010) señala que:

Desde épocas remotas se conoce la existencia de la lepra y del tratamiento que recibían quienes tenían este padecimiento: eran apartados de sus familias con el propósito de evitar la propagación del mal, finalmente se confinaban en los Leprosarios por ser considerados indignos, ya que se aseguraba que la persona que tenían la enfermedad era debido a un error de sus antepasados. Tener la lepra en ese entonces era considerado, más que una enfermedad, una condición de vida necesaria para pagar los pecados cometidos por los ancestros. (p. 26)

Esta enfermedad se llevó muchas vidas y causó gran impacto en las personas, a las que el gobierno condenó mediante La ley 104 de 1890. Como si de los campos de

concentración alemanes se tratase, vivían tras una cerca de alambre, vigilados por militares y policías, condenados al confinamiento, al dolor y la ignorancia basada en el desconocimiento que a muchos nos gobierna hasta ahora. La ley en su artículo primero promulgaba:

Declárase que el aislamiento o secuestro de individuos que sufran de la enfermedad “elefantiasis” de los griegos, es medida higiénica de urgente necesidad pública. (Ley 104, 1890)

Así mismo, el desconocimiento sobre la enfermedad llevó a que el gobierno tomara medidas y les desconociera derechos como habitantes del territorio colombiano por el estigma de la enfermedad. Las personas enfermas perdían la calidad de ciudadanos colombianos y su identificación era cambiada por un documento que los identificaba como pacientes con lepra. Fue hasta el año de 1963, cuando el avance médico dictaminó que la lepra es una enfermedad “poco contagiosa”, que el Gobierno le otorgó a este territorio la categoría de municipio y les devolvió sus derechos a los enfermos (Corozo, 2011, p.197).

Después de atravesar el desvío que de Tocaima nos conduce a Agua de Dios, nos encontramos con un icónico y viejo



Imagen 2: El puente de los suspiros. Agua de Dios, Cundinamarca [Fotografía].

Fuente: Archivo personal de Laura Torres (2019).



Imagen 3. Edificio Carrasquilla. Agua de Dios, Cundinamarca [Fotografía].

Fuente: Sanatorio Agua de Dios (2016a).

puente que, aunque ya está en desuso, entre sus pobladores es muy recordado y reconocido. Su nombre es “el puente de los suspiros”. Este puente, que ayudaba a atravesar las oscuras aguas del río Bogotá, tiene su propia historia. Se dice que aquí era el comienzo de la travesía de los “caminantes leprosos”, quienes eran dejados en este lugar por sus familias, despedidos sin un aire de regreso, pues esta era una enfermedad que los aquejaba durante toda su vida. La sensación de estar en aquel puente nos rememoró a las familias que fueron separadas y a las personas que fueron obligadas a dejar de ser ciudadanos colombianos, por su condición de pacientes “Leprosos”.

A 10 kilómetros de este lugar, los cuales se transitaban a pie, se encuentra el pueblo de Agua de Dios, un lugar con un ambiente bastante caluroso, en donde la temperatura ronda los 25°C y el sol no da descanso durante el día. En ese momento imaginábamos cómo habría sido la travesía de los “caminantes” para llegar a aquel lugar.

En el casco urbano del municipio, no podíamos evitar mirar a las personas que se acercaban. Observamos detenidamente en busca de las secuelas corporales que muestran un rastro de la enfermedad, pero, a simple vista, todo en el pueblo era como cualquier otro: niños jugando en la plaza principal, uno que otro turista y un par de ancianos sentados en el parque. Luego de un pequeño recorrido por el pueblo, por sus calles angostas y su plaza principal, llega-

mos al famoso “museo de la lepra” (cuya mención no podemos pasar por alto, dado que hace parte del patrimonio histórico y del archivo documental sobre el desarrollo de la lepra), que, a sorpresa nuestra, estaba cerrado por ser día festivo. Estar junto a aquellas rejas nos llevó a imaginarnos cómo fue la vida de todas estas personas condenadas por el estigma de la enfermedad y cómo nuevos habitantes de todas las regiones del país se asentaron en aquel territorio. Frente a aquel museo se hallaba una pared donde estaba pintada la identificación del paciente leproso de la época.

En busca de respuestas, decidimos recurrir a la oficina de turismo y cultura del pueblo. Allí nos informaron sobre dos lugares de interés para nosotros: la Casa Museo Luis A. Calvo y el Sanatorio de Agua de Dios con sus dos sedes. Cabe señalar que muchos de los sucesos que relatamos a lo largo de este escrito se deben a la información que nos proporcionaron en aquel lugar y que constatamos al momento de realizar una revisión en la literatura.

En la Casa Museo Luis A. Calvo, la encargada del lugar nos relató la historia de este gran músico colombiano. Ella comenzó diciendo que, alrededor de 1916, él se había convertido en uno más de los enfermos de lepra. A partir de eso, Luis Calvo decidió ir al confinamiento, a pesar de estar en la cúspide de su carrera y de tener el respaldo de la sociedad, pues según ellos, era el único “leproso” que había

padecido la enfermedad sin que esta fuese un “castigo divino”, como se creía de todos los que padecían la enfermedad en la época. Fue en este lugar, el cual fue su hogar hasta el momento de su muerte, donde nos encontramos con todas sus pertenencias que aún se conservan e incluso un piano que le fue regalado por la Unión Musical para que pasara su retiro en Agua de Dios.

En este museo, también encontramos rastros de la historia de la economía para la época, pues Agua de Dios, al no “pertenece” a Colombia ni albergar a “ciudadanos colombianos” tenía su propia moneda, la de los “lazaretos” o “coscojas”, llamada así por su escaso valor. La circulación de esta moneda estaba prohibida en todo el territorio nacional. Se hicieron en tres ediciones diferentes de ella en los años 1901, 1907 y 1921, y la única finalidad por la cual fue creada fue para evitar todo contacto con los “leproso” (Corozo, 2011, pp.102-103).

Luego de terminar nuestro recorrido por el Museo, nos dirigimos al albergue Boyacá, Sede del Sanatorio de Agua de Dios, E.S.E., el cual tiene una fachada muy amplia y un interior con espacios abiertos, donde actualmente se encuentran albergados pacientes Hansen masculinos de todo el territorio nacional. Nos identificamos como dos estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y solicitamos autorización para ingresar. Al adentrarnos un poco más en aquel lugar, evidenciamos las secuelas que pueden quedar en las personas que pasan por el curso de esta enfermedad con ausencia de un tra-

tamiento. Observamos personas con discapacidad, en su mayoría severa, evidenciada en su rostro y en miembros superiores e inferiores. Durante el recorrido, contamos con la presencia de cuatro encargados del cuidado, alimentación y asistencia de los pacientes.

En el lugar, las personas estaban organizadas en habitaciones individuales o compartidas, según su nivel de autonomía. Al recorrer los pasillos, un hombre de aproximadamente 55 años que se encontraba en la ventana de su habitación nos saludó muy amablemente, nos preguntó por qué estábamos allí y, al pasar los minutos, empezó a relatar su experiencia de cómo había llegado a ese lugar. Él comenzó su relato diciendo que cuando vivía con su esposa y sus hijos, era trabajador de cultivos en algún lugar del atlántico colombiano. Una mañana empezó a ver pequeñas decoloraciones en su piel y a sentir adormecimientos en sus extremidades. Al pasar los días él veía cómo aumentaban aquellas manchas en sus manos y piernas. Como su condición no mejoraba, decidió consultar con el médico más cercano, sin encontrar respuesta alguna. Luego, decidió volver a consultar y se encontró con un diagnóstico que cambió su vida para siempre. Él nos contaba que en el pueblo donde vivía aún se tenía el estigma de “la enfermedad del pecado” y fue así como el desconocimiento y la falta de orientación, sumada a la discriminación que sufrió en el pueblo, lo llevó a visitar al párroco. La solución que este le dio fue apoyar lo con dinero para que se fuese del pueblo. Fue así como llegó a Agua de Dios. Con el tiempo, fue sufriendo el olvido de su familia



Imagen 4. Fotografía de Albergue Boyacá. Agua de Dios, Cundinamarca.

Fuente: Sanatorio de Agua de Dios. (2016b).

y hoy en día ya no tiene contacto con ninguno de ellos. Así concluyó su relato, mientras nos mostraba las marcas que dejó la enfermedad en sus manos con dedos incompletos y la pérdida parcial de su pie derecho. La imagen de verlo sosteniendo sus muletas y con un cigarrillo en su mano se quedará por siempre en nuestra memoria.

REFLEXIÓN FINAL

Históricamente la Enfermería ha estado encargada del cuidado de las personas, por lo cual, estamos llamados a fortalecer todo el proceso de atención y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con la enfermedad. Asimismo, es deber de nosotros como futuros profesionales reconocer que esta enfermedad no solo trae consigo problemas a la salud física, sino que también altera diferentes esferas de la persona, como su salud mental, su ambiente familiar y su entorno psicosocial. La salud pública nos conecta a las personas desde su entorno y nos conduce a comprender todos los fenómenos, no solo de salud/enfermedad, sino también sociales, culturales y económicos. Nos resulta difícil ver cómo la precarización sanitaria en nuestro país, y la falta de tratamiento y seguimiento condenan a las personas a un confinamiento, fuera de sus lugares de origen y en muchos casos lejos de sus familias. Se quedan con las secuelas que les deja la enfermedad, a la espera de un apoyo económico por parte del Gobierno que resulta insuficiente ante todas las necesidades de las personas que padecen la enfermedad de Hansen y que se encuentran recluidas en los sanatorios del país.

Por otra parte, desde la enfermería tenemos grandes retos: seguir construyendo espacios y generando conocimiento a partir de la comunidad, seguir siendo líderes y trabajando desde la interdisciplinariedad. Debemos también participar con un conocimiento que tenga en cuenta los antecedentes históricos, para entender cómo se maneja la salud pública desde el territorio, desde las políticas y las normativas vigentes para el desarrollo de los procesos. Esto permite abrir espacios de discusión y conocimiento, para que, como estudiantes, tengamos la oportunidad de vivir estas experiencias en un contexto real y evidenciar lo que le sucede a una familia que se enfrenta a una enfermedad y todas las implicaciones que esta genera.

Estas experiencias nos impulsan a construir junto y en pro a la comunidad, y nos llevan a tomar conciencia acerca del

papel que podemos tener desde la profesión de Enfermería sin olvidar que somos personas y necesitamos hacer valer el derecho a la dignidad. Es importante vivir este tipo de experiencias, en las que nosotros como estudiantes tenemos la posibilidad de llegar a conocer estas vivencias y relatos que vienen directamente de la persona que los padece.

Esta vivencia nos dejó dos grandes pensamientos: la salud pública debe ser vivida desde la perspectiva de la comunidad, desde su entorno y realidad. De esta forma podremos comprender lo que realmente le está sucediendo a un grupo de personas. La idea de vivir realmente lo que es la salud pública debe partir desde las aulas, de ese conocimiento que es compartido por profesores y estudiantes. Este es un llamado para nuestros compañeros y futuros colegas de Enfermería no se dejen restringir por lo catedráticas que pueden llegar a ser nuestras clases, o por las limitaciones que pueden llegar a tener nuestras prácticas. Nosotros como estudiantes podemos hacer, buscar y proponer lugares en los que vivamos la salud pública como realmente es.

REFERENCIAS

- Álvarez, R. (2010). Las enfermedades en la historia. *La Lepra en el mundo*, 53(6), 24-26.
- Congreso de la república de Colombia (1890). Ley 104 del diciembre 20 de 1890 Por la cual se dictan algunas medidas higiénicas de utilidad pública. Bogotá, D.C.: Congreso de la república de Colombia.
- Corozo, A. (2011). *Del decreto al puente de los suspiros: impacto de la enfermedad de Hansen (lepra) en las relaciones familiares de quienes la experimentaron. Agua de Dios Cundinamarca 1920 – 1960* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C.
- Sanatorio Agua de Dios. (2016a). Contacto atención al ciudadano. En: *Sanatorio de Agua de Dios*. Recuperado de: <https://bit.ly/35h3bMx>
- Sanatorio de Agua de Dios. (2016b, mayo 27). Albergue Boyacá, sede del Sanatorio de Agua de Dios, E.S.E., donde se encuentran albergados pacientes Hansen masculinos [Imagen]. En: *Sanatorio de Agua de Dios* [Facebook]. Recuperado de: <https://bit.ly/3klzfmO>

EL ARTE DE CUIDAR, AMAR Y ENSEÑAR

ZULLY PAOLA LÓPEZ PEÑA
ZLOPEZP@UNBOSQUE.EDU.CO

MARÍA CAMILA MORALES SALAMANCA
MMORALES@UNBOSQUE.EDU.CO

LAURA LIZETH SUÁREZ MONCALEANO
LLSUAREZ@UNBOSQUE.EDU.CO

FABIÁN DANILO SILVA DUARTE
FSILVAD@UNBOSQUE.EDU.CO

MARÍA ALEJANDRA CRUZ PEÑA
MCRUZP@UNBOSQUE.EDU.CO

ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Hoy 06 de febrero del 2017, recuerdo con gran entusiasmo el día en que decidí que quería estudiar Enfermería, esta gran carrera que desde el primer instante me llenó de expectativas y metas. No ha sido fácil, pero con paciencia y dedicación todo se puede y más cuando veo la sonrisa de bellas personas que hacen posible que mi profesión se lleve a cabo, esas personas que me apoyan en el camino.

Me encontraba en el servicio con gran angustia, puesto que no sabía cómo afrontar aquella primera experiencia de entrar en casa de una familia, sin saber cómo me recibirían. Una de las señoras del hogar me abrió las puertas, aunque con un poco de resistencia, lo que es de esperar, pues no sabía quién era yo. En la casa se encontraban tres mujeres, dos de ellas hermanas y su Sra. Madre. No pude evitar mi desconcierto al ver la situación en la que estas personas vivían: carecían de recursos económicos y, por si fuera poco, tenían vacíos emocionales. Fue terrible observar que personas de su misma familia podían llegar a afectar con sus actos o palabras a estas dos hermanas que padecían de

un tipo de “discapacidad intelectual” poco notable que no les da menos valor; al contrario, eran personas admirables y realmente encantadoras.

Logré compartir una de las fechas más importantes para una de las hermanas, su cumpleaños. Desde el primer instante en que nos conocimos, mostró gran entusiasmo por cumplir sus 50 años. Aquel día compartí gran alegría con estas personas, estuvo lleno de lágrimas tanto para ellas como para mí: lo acepto, no pude evitar el nudo en mi garganta y las lágrimas que de mis ojos querían brotar, pero estas lágrimas no eran de tristeza, si no de felicidad al ver cómo, con tan poco, podían lograr tanto en una persona.

Para mí fue una gran oportunidad para aplicar mis conocimientos, al realizar la valoración física a la hermana mayor. Cuando la hice, encontré lesiones en sus pies, ceguera en el ojo derecho y la discapacidad intelectual por la cual era rechazada por varias personas de su familia, lo que complicaba tener una vida plena. Ella me compartió su triste historia. Me contó que su hermano menor, que no vivía actualmente con ellas pero que las frecuentaba, afectaba su condición mental a causa del maltrato, pues la agredía con insultos y baños de agua contaminada, como consecuencia de su inadecuada higiene personal. En su relato reflejaba angustia, miedo y rencor. Como persona, comprendí que ella necesitaba afecto y, como enfermera, decidí realizar intervenciones dirigidas a fortalecer su autocuidado y, con ello, su autoestima.

Se realizaron actividades de hábitos de autocuidado, con ayuda de horarios fáciles de seguir, rutinas guiadas que podían realizar tanto la madre como las dos hermanas. A pesar de que la intervención realizada no tuvo el acogimiento esperado o el objetivo planteado desde la enfermería, aun así aportó en su vida y la de su familia, pues incentivó que implementaran una higiene adecuada, motivo por el cual la paciente no era aceptada por miembros de su familia y de su entorno. Esto afectaba la relación que tenía con las demás personas, su autoestima y, por ende, su salud mental.

Ser profesional de enfermería me permitió actuar para implementar estrategias. En este caso, trabajar por hacer una intervención que se adaptase a las capacidades de aquella familia y que pudiese ser captada por la persona de una manera clara y sencilla. El objetivo era que la paciente

podiera realizar con independencia actividades de autocuidado y, con ello, se favoreciera un poco el bienestar de su vida. Esta experiencia me ha permitido crecer, actuar y adquirir un mayor conocimiento como profesional y persona para reflexionar sobre aquel trabajo de intervención en un paciente que necesita toda nuestra atención y ayuda. Se necesita una acción integral, en la que se tengan en cuenta todos sus roles, es decir, no preocuparse únicamente por la parte fisiológica o por las dolencias que estén afectando la vida plena de la persona, sino también por cómo influye en su entorno, qué consecuencias trae consigo para su crecimiento como persona y qué otros aspectos de su vida están afectando el proceso de su enfermedad.

METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA

El conocimiento de enfermería se fundamenta en la identificación de proporciones globales que determinan el interés vinculado a la situación de enfermería. En este caso son utilizados por la estudiante de enfermería como una herramienta para conocer a profundidad la perspectiva de los temas significativos intrínsecos en la historia.

a. **Persona:** hermana mayor de 50 años, con discapacidad intelectual, déficit de higiene personal y autocuidado, aspectos que afectan su interrelación con las personas de su familia y su entorno en general.

b. **Ambiente:** la señora no cuenta con personas que le ayuden en su problema de higiene o en momentos difíciles. La relación con su hermano afecta su estado de salud, en particular, con baños de agua fría estancada que este le proporciona. El ambiente no cuenta con los elementos para suplir sus necesidades, ya que duermen tres adultos en una pequeña cama y se deben alternar todos los días para ver quien duerme en una posición “cómoda”. La casa está fabricada en madera y tejas, la iluminación es mínima y los espacios son extremadamente reducidos. Esto hace que su salud y la de los demás miembros de la familia se afecte.

c. **Salud:** la señora muestra gran tristeza, problemas de autoestima y autoimagen; no cuenta con un estado de bienestar completo y, como resultado, su salud mental se encuentra deficiente. Esto debido a la poca aceptación que tienen las demás personas hacia ella.

Se presenta maltrato por parte de su hermano por no asearse todos los días.

d. **Cuidado/enfermería:** la enfermera valora el problema que en ella se presenta, los factores que lo generan y lo impulsan. Se preocupa por buscar estrategias o intervenciones, se toma el tiempo de planear cuáles son las más adecuadas, para el mejoramiento de higiene y autoestima. Finalmente evalúa si cumplió el objetivo: generar un cambio en los hábitos de higiene. Es importante resaltar el acompañamiento por parte de la enfermera a la usuaria: contribuyó como apoyo para contar y confiar los problemas que se le presenten, lo cual ayudó a la autoaceptación.

PATRONES DE CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA

a. **Patrón de conocimiento empírico:** la enfermera se interesa en buscar actividades que sean adecuadas para personas con discapacidad intelectual (Esteba Castillo *et al.*, 2017). Estas fueron sencillas para lograr el entendimiento. La enfermera se inquieta por conocer el estado de la paciente, sus discapacidades físicas y mentales, los riesgos que tenía en su entorno y la manera en que su diagnóstico podría afectar su bienestar. Como enfermera se preocupó por aplicar en la paciente un conocimiento científico y práctico, como la valoración, y así realizar una intervención adecuada, investigando las características que tienen estas personas y las situaciones que influyen en su vida.

b. **Patrón de conocimiento personal:** la enfermera tiene habilidad de escucha y empatía, lo que facilita que la paciente y ella se puedan relacionar y crear un lazo de seguridad que les permita la comunicación. Este permite que la paciente informe sobre todas las situaciones que la afectan y que involucran a su familia y entorno. Así mismo, la enfermera, a partir de esto, intenta buscar intervenciones que le permitan mitigar el problema, teniendo empatía y pensando, cómo se sentiría ella frente a una situación igual o parecida.

c. **Patrón de conocimiento ético:** adentrarse en el día a día del paciente, le permite a la enfermera reflexionar acerca de situaciones que se puedan encontrar y hacer un juicio de valor. Se busca brindar valores como solidaridad, respeto, responsabilidad y generosidad para aportar a su bienestar; además de principios éticos como el respeto mutuo, actitud positiva y escucha que necesitaba para valorar su vida y que le permitieron a la enfermera mostrarle gratitud y entrega. Se desarrollaron intervenciones con el fin de evitar desencadenar complicaciones de salud en la persona a futuro y judiciales para el enfermero.

d. **Patrón de conocimiento estético:** la enfermera se preocupó por buscar actividades que sean llamativas para las personas con discapacidad intelectual leve y que fueran de fácil aprendizaje. Se interesó también en lograr el interés hacia la actividad, para lograr el objetivo planeado de mejorar sus hábitos de higiene.

e. **Patrón de conocimiento sociopolítico:** la enfermera comprende la situación de la persona, fijándose en las características del ambiente en que se desarrolla y las causas que están influyendo en su proceso de enfermedad. Esto la llevó a la percepción de que la señora no contaba con un apoyo para comunicar las situaciones que la aquejaban en algún momento, ni los problemas por los que pasaba. Es allí que ella se preocupa por brindar el apoyo que la persona necesitaba para que de alguna manera sintiera que no estaba sola y que contaba con el apoyo de alguien.

MODELO CONCEPTUAL, TEORÍA O TEORÍAS DE ENFERMERÍA SUSCEPTIBLES DE APLICACIÓN U OBSERVACIÓN

Las teorías de enfermería proporcionan una base para identificar problemas, lo cual permite reducir y especificar cada fenómeno dentro de un modelo conceptual (Raile y Marriner, 2011, p.8).

En la narrativa, una de las teorías que se puede identificar es la de Virginia Henderson con el modelo de cuidados. Henderson (2011) identifica a la enfermera en 3 niveles: una compañera, una ayuda para el usuario y un sustituto de alguien importante; de esta manera apoya la relación empá-

tica que debe establecer la enfermera con el paciente, para determinar sus necesidades. Henderson (2011) “[...] pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de numerosas influencias” (p. 55). De esta forma enalteció el arte de la enfermería y propuso las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería (Raile y Marriner, 2011, p.55).

RELACIÓN TEORÍA - NARRATIVA

La relación se basa en las 14 necesidades establecidas en la atención de enfermería que fueron planteadas por Virginia Henderson. Además, se relaciona con la teoría y resalta la importancia de desarrollar empatía con el paciente. Se pueden destacar dos tipos de necesidades fundamentales a intervenir en la situación de Enfermería:

- a. **Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado, y proteger la piel:** es evidente el déficit de higiene en el sujeto de cuidado, por esta razón se buscó intervenir para suplir la necesidad de autocuidado que es una parte esencial para mantener un estado de salud adecuado.
- b. **Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones:** se identificó que las alteraciones se desencadenan por falta de la comunicación generada a partir del déficit de higiene. Por ello uno de los aspectos más destacados en la visión interactiva - integrativa fue lograr un vínculo de confianza en la relación enfermero-paciente, con el objetivo de entender y suplir la necesidad de expresar sus emociones, opiniones y hacer parte del cuidado al sujeto.

VISIÓN DESDE LA CUAL ESTÁ PLANTEADA LA NARRATIVA

PARTICULAR – DETERMINÍSTICA

Primero se tuvo en cuenta a la persona como un ser integral. Se intentó conocer su vida, día típico, familia, redes de apoyo y relaciones con el fin de entender todo su contexto y ser una persona de apoyo para ella. Siempre se consideró oportuno considerar sus sentimientos, emociones y pro-

pósitos frente a nuestro cuidado de enfermería, es decir, hacerla partícipe con el fin de expresar confianza. De esta manera se convirtió en un proceso mutuo y rítmico, en el que la intervención de enfermería se transformaba en el eje central de la persona. Se hizo énfasis en su autocuidado, específicamente en la higiene personal, y, como efecto de este, en la autoestima, el fortalecimiento de su seguridad, marcada por el maltrato por parte de su familia.

También se brindó educación a los miembros del hogar para lograr mayor impacto y reducir los factores de riesgo para todos. En los cuidados de enfermería estaba presente un componente de afecto amplio, en el que se incorporó la preocupación e interés por la salud física y psicológica de la persona de cuidado. Además, se creó un lazo emocional enfermero-paciente, se logró establecer lazos de confianza, al atender y permitir una escucha activa que progresivamente contribuían al conocimiento de las necesidades para mejorar la calidad de vida. Se logró conocer las variables emocionales o físicas que permitían entender cómo se sentía ella con su ambiente familiar, personal y social, lo cual brindaba mayor información para crear intervenciones oportunas, seguras y eficientes que ayudaban a crear efectos que favorecían el autocuidado.

REFERENCIAS

- Bulechek, G. M., Butcher, H.K., Dochterman, J. M. y Wagner, C. M.** *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 2014* (6.º Ed.) Barcelona: Elsevier. Tomado de: <http://www.medilibros.com>
- Carvajal Carrascal, G. y Montenegro Ramírez, J.** (2015). Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. *Enfermería Global*, 14(40), 340-350. Recuperado de: <https://bit.ly/2GMR2po>
- Cid Ruzafa, J. y Damián Moreno, J.** (1997) Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 127-137. Recuperado de: <https://bit.ly/32r1V7T>
- Convención de las Naciones Unidas (ONU, 2006).** Discapacidad. Recuperado de: <https://bit.ly/35hNIw1>
- Esteba Castillo, S., Peña Casanova, J., García Alba, J., Castellanos, M. A., Torrents Rodas, D., Rodríguez, E. et al.** (2017). Test Barcelona para discapacidad intelectual: un nuevo instrumento para la valoración neuropsicológica clínica de adultos con discapacidad intelectual. *Revista Neurología*, 64 (10), 433-44. Recuperado de: <https://bit.ly/35beMwE>
- Jiménez Serradilla, M.** (2004). La formación de las expectativas profesionales de los jóvenes en los procesos de inserción social y profesional. Recuperado de <https://bit.ly/3eIBM9x>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L. y Swanson, E.** *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 2014 Medición de Resultados en Salud*. (5.º Ed.) Barcelona: Elsevier. Tomado de: <http://www.medilibros.com>
- NANDA International, Inc.** (2014). *DIAGNOSTICOS ENFERMEROS. (2015-2017). Definiciones y clasificación*. Barcelona: Elsevier.
- Prado Solar, L., González Reguera, M., Paz Gómez, N. y Romero Borges, K.** (2014). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*. 36 (6), 835-845. Recuperado de: <https://bit.ly/3n7fwsL>
- Raile Alligood, M. y Marriner Tomey, A.** (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. (7.º ed.). España: Elsevier.
- Ramona de Febres, R.** (2008). Para crecer en un valor. *Revista Educación en Valores* 1(9), 119-121. Recuperado de: <https://bit.ly/3kgWDSm>

UN VÍNCULO EN CONSTRUCCIÓN¹

DANIELA MENDOZA TORRES

DMENDOZAT@UNAL.EDU.CO

ENFERMERA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Era mi segundo día en las consultas de crecimiento y desarrollo que realizan las enfermeras en una ips de Bogotá. Ese día tuvimos muchos niños en consulta y casi finalizando la jornada llegó una hermosa niña de ojos azules con 7 meses de edad, acompañada de su mamá de 29 años y su abuela. La primera impresión que tuve fue que la bebé quería mucho a su abuela, ya que estaba abrazada a ella. Además, al preguntar a la madre y a la abuela sobre la salud de la niña, noté que la madre no brindaba información acerca de la bebé, como si no la conociera; y me di cuenta de que ahí sucedía algo en la relación de la madre con la niña.

Me dispuse a indagar sobre la salud de la niña y comencé la valoración de crecimiento y desarrollo de ella. Como siempre nos habían enseñado que era muy importante tener en cuenta el binomio de madre e hijo, yo incentivé a que la madre participara activamente en la valoración; sin embargo, era muy alejada de la niña y mostraba miedo al tocarla. Al seguir observando, me pude dar cuenta del miedo que la madre tenía de cuidar a su hija y de que poco sabía sobre la salud de la niña. Me comentó que dejaba todas las labores de cuidado a cargo de la abuela, ella solo se encargaba de la lactancia. En ese momento me preocupé porque la niña no estaba formando un buen vínculo con su madre y me pregunté cuál era la causa del temor de la madre hacia el cuidado de su hija.

Comencé a entrevistar más a fondo a la madre y, a través de una relación de confianza ella, entre lágrimas, me permitió saber la razón de su recelo. Resulta que anteriormente había tenido un hijo, pero a los pocos meses de edad murió. Ella tenía miedo de que sucediera lo mismo con la niña. A esto se añadía que el padre no la estaba apoyan-

do. Entonces, le dije a la abuela que la ayudara a cuidarla totalmente. Al valorar físicamente a la niña, se encontró que tenía un peso y una talla adecuados para su edad. La abuela refirió que la niña había sido diagnosticada con displasia de cadera a los 4 meses, pero que no le gustaba ponerle la férula porque creía que le incomodaba a la bebé. Por otro lado, en la valoración del desarrollo se encontró que la niña no estaba gateando como debía para su edad y no era receptiva con otras personas diferentes a su abuela.

Viendo la situación, me dispuse a contribuir a la confianza de la madre mientras le explicaba diferentes estrategias de estimulación para que la niña tuviera un buen desarrollo y estado de salud. Primero, le dije a la madre que todas las situaciones son diferentes y que debía tener la confianza de que ella cuidaría bien a su hija. Es esencial el vínculo que crean los niños con la madre para su desenvolvimiento social en el futuro. Le pregunté si sabía cambiar bien el pañal de la niña y me dijo que muy poco, por lo cual me dispuse a acompañar y retroalimentar a la madre en el cambio del pañal. Le expliqué, por otra parte, cuáles ejercicios podía realizar para que la displasia de cadera no empeorara y le di algunos consejos sobre la alimentación de la bebé. Le dije que poco a poco iba a ir dejando ese miedo, que todo era un proceso y que debía ir acercándose paulatinamente a la niña para que tuviera un buen desarrollo social, interpersonal y cultural.

Ella me dijo que lo iba a intentar y que, si en la próxima consulta yo estaba presente, ella me mostraría sus avances, porque yo era la primera persona que se interesaba no solo en su hija, sino en las dos: madre e hija. Se despidieron abuela, madre e hija con una sonrisa, que me dio una gran satisfacción por haber hecho una bonita intervención.

.....
1 Esta es una narrativa desarrollada durante mi periodo formativo en la Universidad.

Al final pude darme cuenta de que cada minuto cuenta para realizar actos de cuidado. Noté también que alrededor de un paciente está su ambiente, su familia y sus miedos. Nosotros, los enfermeros, debemos intervenir en cada aspecto que podamos, y mucho más allá de la persona, para lograr una integralidad en el cuidado basada en la confianza.

CONCEPTOS METAPARADIGMÁTICOS

a. **Persona:** binomio madre-hija, quiénes de salud física están considerablemente bien. Madre de 29 años de una niña de 7 meses que ya había tenido un hijo que murió a los pocos meses. Por este motivo presenta miedo y desconfianza en los pocos cuidados que realiza para la niña. La niña de 7 meses está muy desapegada de la madre y necesita más estimulación en el desarrollo.

b. **Ambiente:** el ambiente donde se desarrolló el binomio madre e hija fue de comprensión y empatía, podían expresar sus emociones con seguridad. El ambiente en el que viven es de amor, a pesar del temor que tenía la madre.

c. **Salud:** la salud física de ambas era estable y buena. Sin embargo, la salud mental de la madre se ve afectada por sus temores y desconfianza. Por otro lado, la salud mental de la niña podría verse a futuro afectada por la falta del vínculo con la madre.

d. **Cuidado:** enfermería orienta los cuidados para el binomio madre e hija a enseñar estrategias de estimulación del desarrollo en la niña y fomentar la resiliencia en la madre.

PATRONES DE CONOCIMIENTO PERSONAL

Luego de conocer la situación, se sintió empatía y la necesidad de impartir cuidado enseñando lo que la madre quería.

a. **Empírico:** toma de medidas antropométricas y valoración física de la niña. Explicación a la madre de las estrategias de estimulación para el desarrollo de la niña.

b. **Estético:** se mantuvo la empatía y la confianza con el binomio madre e hija preservando la confidencialidad. La educación que se dio fue sencilla y clara para que las actividades puedan ser realizadas en casa.

c. **Ético:** el trato que se dio fue con respeto. Se preservó la dignidad y la confidencialidad de los datos de ellas.

REFERENCIAS

- Alvarado, L., & Guarín, L., & Cañón-Montañez, W. (2011). Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. *Revista Cuidarte*, 2(1), 195-201.
- Cisneros, F. (2002). *Introducción a los modelos y teorías de enfermería*. Popayan, Colombia. Recuperado de: <https://bit.ly/3pawwjK>

COMO EL AVE FÉNIX RENACE DE LAS CENIZAS

ROSA VIRGINIA DAZA VEGA
RVDAZA@UNICESAR.EDU.CO
ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

AUTOMUTILACIÓN

Un mediodía cuando el sol de la costa colombiana brillaba en su mayor intensidad sobre todos los habitantes de Valledupar, me dispuse a ir a mi primer día de prácticas en la unidad psiquiátrica del hospital de la ciudad. Sumergida en el temor de encontrarme por primera vez con pacientes psiquiátricos, recibía la inducción por parte de la docente. Estando allí fue cuando conocí a Arnold Rodríguez (seudónimo) de 26 años y proveniente de La Guajira, con un diagnóstico médico de farmacodependencia. Su motivo de consulta fueron episodios caracterizados por alucinaciones, ansiedad, consumo de sustancias psicoactivas e intento de suicidio.

Decidí escoger a Arnold como sujeto de cuidado para esa semana. Me llamó mucha la atención su ausencia: parece ilógico, pero era una persona tranquila y aislada; en mi interior sentí la necesidad de descubrir qué pasaba y cómo podía ayudarlo. Lo saludé, me presenté y, al realizar la valoración de su estado de salud, encontré: biotipo mesomorfo, edad cronológica concuerda con su edad biológica, estado de conciencia alerta, orientado autopsíquica (persona) y alopsíquicamente (espacio y tiempo), déficit en su autocuidado (vestimenta sucia), entre otros. Al indagar por sus antecedentes personales, reconoció que había ingerido sustancias psicoactivas desde muy niño: cocaína a los 7 años, alcohol, cigarrillo y bazuco desde los 14 años y marihuana a los 18 años. Por otro lado, Arnold refirió que su padre falleció cuando tenía 2 años y desde entonces estuvo a cargo de su familia paterna, conformada por tíos y abuelos; su madre había conformado otro hogar. Había sido violado, acontecimiento que lo llevó a tener relaciones sexuales homosexuales por venganza, luego tuvo una novia y esta le fue infiel.

De un momento a otro, noté cómo sus ojos brillaban, estaba a punto de soltar lágrimas; el silencio se apoderó de dicha conversación. Logré percibir coraje, tristeza, desilusión en cada uno de sus gestos hasta que no pudo más y lloró como un niño pequeño. Mientras Arnold desahogaba sus tristezas, decía extrañar a su padre, anhelaba ser como él, ser un buen ejemplo y salir adelante, pero nadie creía en él. En ese momento, no supe qué pensar ni qué decir; me parecía muy triste que un joven de su edad que debería estar en la universidad estudiando, forjándose un mejor futuro, estuviera en las calles consumiendo drogas, autodestruyéndose, buscando superar todo el dolor y sufrimiento que había experimentado en su niñez; me parecía triste que hubiera intentado suicidarse por no encontrarle sentido a su vida. Desde pequeños somos el resultado de las malas o buenas acciones de las personas que nos rodean; desde que nace el ser humano es como un buzón, donde cada uno deposita lo que quiere o cree sin importar las repercusiones, molestias o desequilibrio emocional que puedan generar. Pero también está en el ser humano mismo decidir poner punto final a todo ese dolor y sufrimiento a partir de las experiencias vividas, encontrándole sentido a la vida. Pero... ¿De dónde debemos partir para empezar a superar nuestros fantasmas?

Fue allí que recordé el modelo teórico de Phil Barker, al ver que el océano de acontecimientos de este joven se encontraba en completa turbulencia. El agua es una metáfora de las experiencias vividas. La enfermería hace parte de ese proceso de recuperación: “Ayuda a la enfermera(o) a empezar a comprender qué puede significar la salud mental para una persona en concreto y cómo se puede ayudar a la persona para definir y empezar el complejo y exigente viaje de la recuperación” (Galvis López, 2015). Sentí mucha tristeza, impotencia, compasión; pensaba en cómo abordarlo para que su vida cambiara. Era claro que su necesidad era de atención, escucha, cariño, comprensión y afecto, sin dejar a un lado la educación y fortalecimiento de la autoestima. Al inicio de la relación terapéutica (con un diagnóstico de enfermería de AutomutilaciónR/c antecedentes de abuso infantil secundario a incapacidad de expresar la tensión verbalmente E/P quemaduras autoinflingidas), Arnold se mostraba un poco desinteresado, se percibía por lo general triste y apático. Afortunadamente, al pasar unos cinco (5) días de nuestra relación de cuidado, todo cambió.

Dentro de las intervenciones de enfermería que se plantearon estuvieron las siguientes: manejo de la conducta autolesiva, (en relación con el cual se enseñó al paciente estrategias de afrontamiento asertivo, control de impulsos y relajación muscular), apoyo emocional con favorecimiento a la conversación o el llanto para disminuir la respuesta emocional, fortalecimiento de la autoestima (por medio de animar al objeto de cuidado a identificar los puntos fuertes (actitudes, aptitudes, destrezas)), fomento de la responsabilidad y apoyo familiar. En este último se realizaron actividades que fortalecieron la unión familiar, expresión de sentimiento y escucha. Un acontecimiento que marcó esta actividad fue el haber celebrado el cumpleaños de Arnold en la unidad de salud mental. Así mismo se realizaron intervenciones para mejorar la higiene corporal, además de administración y vigilancia de medicamentos.

Al pasar los días, lo observé más abierto y alegre; participaba activamente en las actividades lúdicas en las que la expresión de los sentimientos jugaba un papel importante. Tenía grandes planes a ejecutar cuando saliera de la unidad, quería superarse y deshacerse de todas aquellas amistades malas, quería reconciliarse con sus familiares. Se interesaba por mejorar su apariencia física con actividades para mejorar su higiene.

Transcurrido un mes de estancia, Arnold fue dado de alta y solo lágrimas pudieron salir de mis ojos como resultado de tanta felicidad, satisfacción y agradecimiento a Dios por permitirme la oportunidad de estudiar esta carrera en la que el amor al prójimo, la solidaridad, la paciencia, el respeto, la humildad y la tolerancia juegan un papel importante en el cuidado al paciente. Es muy satisfactorio ver cómo en tan solo unos días aporté, no solamente a la parte física o clínica de un ser humano, sino también a su área emocional. Él renovó sus pensamientos y perspectiva de la vida como un ave fénix cuando renace de las cenizas. Esta relación de cuidado trascendió los muros, ya que la comunicación ha continuado. Arnold sigue igual de animado e incluso llegó a conseguir empleo, toma sus medicamentos y “está muy juicioso”, como él lo expresa cuando conversamos. Siempre concluye diciéndome “¡gracias!”.

A partir de esta narración, a continuación, describiré cómo están inmersos los conceptos metaparadigmáticos en esta situación.

CONCEPTOS METAPARADIGMÁTICOS

a. **Persona:** Arnold desde pequeño sufrió de maltrato: fue víctima de acceso carnal violento. Su padre falleció y su madre lo dejó a cargo de al cuidado de la familia extensa de su padre, debido a que había formado otro hogar. Esto lo llevó a entregarse a las drogas y a atentar contra su integridad física, porque no encontró sentido a su vida.

b. **Enfermería:** se buscó promover habilidades de crecimiento personal y habilidades de afrontamiento para favorecer la rehabilitación y fortalecer las capacidades de respuesta humana. Este concepto paradigmático se evidencia en la narrativa cuando enfermería busca brindar cuidado integral al paciente a través de educación sobre su patología, los factores de riesgo y fortalecimiento de la autoestima.

c. **Salud:** en este caso se evidencia que todas las decisiones de Arnold fueron tomadas de manera autónoma, pero cabe resaltar el entorno hostil que hacía que el paciente recayera constantemente en el consumo de sustancias, odio a sus familiares e intento suicida. A pesar de los intentos de rehabilitación, refería tener amistades que lo incitaban mucho a ingerir sustancias. Se evidencia en Arnold la necesidad de atención, manifestaciones de afecto, escucha, cariño, comprensión y afecto.

d. **Entorno:** Arnold vivía en un entorno influenciado por drogas, maltrato, rabia y rencor. Sus necesidades no eran satisfechas; por el contrario, su océano de experiencias negativas hacía que su adicción iba creciendo.

VISIONES DE ENFERMERÍA

La visión que se tuvo en cuenta en este caso fue la *visión interacción recíproca o interactiva integrativa*, de acuerdo con la cual el ser humano es holístico. Esta perspectiva lleva a la enfermería a que “[...] brinde atención a las personas de una manera integral porque no solo cuidan un cuerpo enfermo físicamente, sino que reconocen la importancia e identifican los demás aspectos que pueden estar afectados como el psicológico, social y espiritual” (Bueno Robles, 2011, p. 39).

PATRONES DE CONOCIMIENTO

a. **Empírico:** esta situación se abordó holísticamente utilizando el modelo de la marea en recuperación en salud mental de Phil Barker. La visión se basa en las experiencias vividas que, de manera metafórica, se representan como el océano, lugar donde, a lo largo del viaje, se puede sufrir tempestades a tal punto de ahogarse en el distrés. Es ahí que se buscó promover el crecimiento personal y las habilidades de afrontamiento para favorecer la rehabilitación utilizando herramientas como los recursos personales del individuo para una mejor calidad de vida.

b. **Ético:** se buscó siempre que el paciente estuviese seguro de que la información que brindaba sería ciento por ciento confidencial. Pudo demostrarse también que todo lo que se hacía era con amor y completa entrega: era solidaria, estaba atenta a sus requerimientos y le ofrecía apoyo emocional en el momento que lo necesitara.

c. **Estético:** en esta interacción se mantuvo una comunicación abierta y terapéutica. A través de la escucha, las expresiones positivas y en algunas ocasiones algo de risa y llanto, se logró que el paciente tuviera confianza de expresar sus sentimientos bajo las bases del respeto.

d. **Crecimiento Personal:** desde muy chicos se nos enseña a tratar como “locos” a pacientes psiquiátricos e incluso a tenerles miedo, a no escucharlos, a no mirarlos, ni siquiera determinarlos. Comprendí que estas personas, sin importar su situación, necesitan apoyo emocional de todo el equipo de salud y especialmente por parte enfermería. Es necesario que el ser cuidado tenga la libertad de expresar todas sus experiencias o situaciones no resueltas, que representan una desventaja en el proceso de su rehabilitación frente a una enfermedad psiquiátrica. Es importante resaltar que, como profesionales de salud, debemos ponernos en los zapatos de estos pacientes y entender el porqué de su comportamiento, qué les está causando malestar, sin necesidad de juzgarlos y abordarlos según sus necesidades teniendo en cuenta que son seres humanos que necesitan apoyo, escucha, comprensión y amor.

CONCLUSIÓN

El ave fénix pertenece a unas de las historias que representa simbólicamente la superación de los eventos negativos de la vida:

Según la mitología, se trataba de un ave prodigiosa que se consumía en el fuego cada cierto tiempo para luego resurgir de sus cenizas. Quizás el mito es tan poderoso porque todos quisiéramos dominar ese mismo arte: el de renacer tras cualquier tipo de infortunio, incluso si significa una destrucción casi total. (González, 2015)

Nuestra vida es como una montaña rusa, con subidas y bajadas, euforia y tristeza, sueños y desilusiones, y del hombre depende en cuál punto de esa montaña rusa queremos estar. El ave fénix muestra cómo “[...] el ser humano ha tenido la capacidad de levantarse tras los golpes de la vida, de escupir el polvo del camino y de mirar aún más lejos que antes” (González, 2015). La enfermería hace parte de ese proceso de transición, pues brinda las herramientas necesarias para que el hombre supere sus dificultades. Es de gran importancia plasmarla en narrativas en las que quede evidenciada la esencia del cuidado de enfermería en el proceso de salud- enfermedad.

REFERENCIAS

- Bueno Robles, L. S.** (2011). Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Ciencia y Enfermería*, 17(1), 37-43. DOI: 10.4067/s0717-95532011000100005
- Galvis López, M. A.** (2015). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Revista Cuidarte*, 6(2), 1108. DOI: 10.15649/cuidarte.v6i2.172
- González, J.** (2015). *Renacer del fuego: el ave fénix y la superación de las adversidades*. Recuperado de: <https://bit.ly/38uJYZR>

POEMA

LA VIDA ESTÁ EN EL CAMPO¹

PABLO LEANDRO MALDONADO CAMACHO
PLMALDONADOC@UNAL.EDU.CO
ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

.....

1 Este poema surge como conclusión al trabajo de grado que realicé en el periodo académico 2020 – I, en el cual se resalta la importancia de la vida en el sector rural y se realiza una invitación al gobierno y al gremio de la salud a involucrarse más en este campo, que aporta un inmenso valor al desarrollo del país y, sin embargo, es uno de los sectores más olvidados por el Estado. La salud en el campo no se relaciona únicamente con la cobertura y prestación del servicio, sino también con desarrollo de más sectores (como el educativo y económico) y de la infraestructura. Estos, a mediano y largo plazo, también tendrán un impacto positivo en la salud de la población. De igual manera se hace un reconocimiento a los estudiantes que en el desarrollo de su práctica formativa han prestado su servicio a la comunidad rural y se dan a conocer los diferentes campos de acción que hay y las diferentes formas en las que podemos ayudar a la comunidad a impulsar su desarrollo.

Colombia es una nación,
empapada de riqueza,
sin embargo en muchas zonas,
predomina la tristeza
de que en su amplio territorio,
en sus ríos y quebradas,
la salud del campesino
se encuentra deteriorada.

Aquel que con su trabajo
se esfuerza por el sustento
trayendo a los colombianos
los sagrados alimentos
y a cambio nuestro gobierno
castiga con el olvido
a un gremio que con los años
está gravemente herido.

La labor del estudiante
en esta comunidad
enaltece con orgullo
a nuestra Universidad,
la cual envía estudiantes
buscando conocimiento
y estas tierras no escatiman
al dar su agradecimiento.

Y es que así lo manifiestan
los estudiantes que han ido,
que al marcharse ellos se encuentran
con un pueblo agradecido.
Aquí surge mi pregunta
en cuanto a salud a rural:
¿y si además de estudiantes
envían a un profesional?

Por qué será que al graduarse
y con su título en mano
no aventuran a lanzarse
al territorio colombiano.
Prefieren quedarse allí
en las enormes ciudades
disfrutando de sus lujos
y de sus comodidades.

Tal vez faltan del gobierno
apoyos y garantías
para que el profesional
sobrelleve el día a día
de estar lejos de su hogar,
sus hijos o sus hermanos
por cuidar de la salud
de su pueblo colombiano.

Por eso es que aquí a mi gremio
le hago la invitación
que si quiera por un año,
bueno, 3 o al menos 2,
nos vayamos a este grande
territorio nacional
y le metamos la ficha
a lo que es salud rural.

Como última reflexión,
y ya cerrando la cosa,
les dejo un pequeño verso
del maestro Jorge Velosa:
cuidemos del campesino
no lo dejemos morir
“que el campo sin campesinos,
existe sin existir”.



¿QUIÉNES SOMOS?

"Somos una organización sin ánimo de lucro que busca promover y mejorar el ejercicio de la profesión de Enfermería e incentivar la agremiación, investigación y la formación académica integral en el país y en Latinoamérica".






OBJETIVOS

Fortalecer la profesión desde la academia, empoderando a los estudiantes para el crecimiento de enfermería.

Representar y promover los intereses y derechos de los estudiantes y profesionales de enfermería.

Propender por una enfermería visible y reconocida a nivel nacional e internacional.

Redes Sociales

-  /acoeen.nacional
-  @acoeen.nacional
-  @ACOEEN_Oficial
-  /ACOEEN Nacional
-  www.acoeen.org.co

CONVENIOS

OCE - Revista Comuncuidado - Boletín Zujucua - ASCEMCOL - ACEFIT - GeduSalud - ACOME - Elsevier.

DIRIGIDO A:

Estudiantes de enfermería profesional de Colombia.



Nursing **now**



2020

AÑO INTERNACIONAL
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
Y DE PARTERÍA

ENFERMERÍA
UNA VOZ PARA LIDERAR
LLEVANDO AL MUNDO HACIA LA SALUD



CRITERIOS DE PUBLICACIÓN

Comúncuidado pretende orientar al estudiante hacia una publicación más profesional, por medio de artículos de análisis de situaciones de la disciplina y de experiencias de trabajo que se realizan dentro de la dinámica de los diferentes planes de estudios. Teniendo en cuenta lo anterior, se establecen criterios de publicación amplios en los cuales se puede participar con artículos relacionados con

- Situaciones de Enfermería
- Casos clínicos
- Opiniones sobre el rumbo académico de nuestra formación profesional
- Opiniones sobre la situación actual de la enfermería del país o en general
- Experiencias de prácticas tanto hospitalarias como comunitarias
- Reseña de trabajos finales de alguna área
- Poesías
- Anécdotas
- Críticas

Los productos deben enmarcarse en los parámetros de respeto y responsabilidad sobre lo que se escribe y el aporte a la profesión.

¿QUIERES HACER PARTE DE LA REVISTA DE ESTUDIANTES?

Para la revista Comúncuidado es muy importante la construcción conjunta de espacios divulgativos a nivel de investigación y narración que se abren para los estudiantes de enfermería desde el pregrado. Por ello, queremos invitarlos a unirse al proyecto:

1. Al compartir tus artículos y material derivado de la práctica y el proceso de enfermería con nuestros lectores, al nuestro correo electrónico: rcomcuid_febog@unal.edu.co
2. Siendo parte de nuestro equipo de Comúncuidado, solo tienes que contactarnos a través de nuestras redes.

Contáctanos en:

Facebook: /RevistaComUNCuidado/

Correo: rcomcuid_febog@unal.edu.co

Comunicado

Revista de estudiantes de Enfermería



Una historia llena de
Años de lucha