

Revista **CUIDAR**

Edición No. 10

ISSN 2463-1124



**Facultad de
Ciencias de la Salud**
Programa de Enfermería





Diego Fernando Jaramillo López

Rector

Corporación Universitaria Alexander von Humboldt.

Adriana Gutiérrez Salazar

Vicerrectora Académica

Corporación Universitaria Alexander von Humboldt.

Adriana María Zuluaga

Directora de Investigaciones

Corporación Universitaria Alexander von Humboldt.

Luz Lahiri Cortes Gálvez

Decana Ciencia de la Salud

Corporación Universitaria Alexander von Humboldt.

Mónica María López

Coordinadora de Investigación

Programa de Enfermería.

Edna Johana Mondragón Sánchez

Edición y Diseño

Programa de Enfermería.

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

Estado legal: ISSN 2463-1124

Novena Edición.

Publicación de Circulación Semestral

Armenia, Colombia

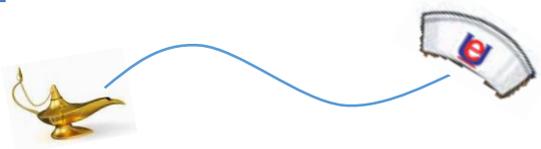


TABLA DE CONTENIDO

Editorial	4
La salud mental en entornos universitarios: Una oportunidad para enfermería. Carlos Fernando Ballesteros Olivos.....	4
Artículos Originales	7
Acontecimientos que cambian la vida, fenomenología de la lactancia materna en madres primerizas Armenia, Quindío Ana Patricia Pérez Saavedra, María Camila Marín Nieto, Sofía García Cardona, Angy Valentina Álzate Sánchez, Estefany Cortes Duque.....	7
Vivencias de un cuidador con un Recién Nacido entubado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal por alteraciones del sistema respiratorio Jessica Alexandra Cano Cardona, Lizeth Vanessa Espinal Valencia, Cristian David Loaiza Valencia, Maria Katherine Medina Posada, Maria Fernanda Zuluaga Bohórquez.....	23
Artículos de Reflexión	37
Escuchando a los padres y madres que trabajan: Como facilitar la lactancia Gloria Marcela Correa Suarez, Mónica María Cortés Gallego.....	37
Artículos Proyecto Nuclear	46
La educación un elemento central del cuidado para prevención del riesgo cardiovascular en el adulto mayor Lorena Rico Sánchez, Laura Daniela Mejía Rojas, Andrea Estefanía Diaz Zamudio, María Yisella Mayor Moreno, María Isabel Osorio Álvarez, Yeiny Viviana Pacheco Duque, Yaneth Esperanza Jaramillo Sánchez	46
Situación de Enfermería “Morir en Paz” Yisella Cabezas Correcha, Michell Alejandra Leitón Ordoñez, Edna Johana Mondragón-Sánchez	58
Situación de Enfermería “Que tengas un lindo viaje, Santiago” Geraldine Aranzazu Rios, Catalina Enríquez, Alexa Orozco, Mariana Torres, Clara Elena Garcés, María Fernanda Gómez.....	67



La salud mental en entornos universitarios: Una oportunidad para enfermería

Mental health in university settings: An opportunity for nurses

Saúde mental em contextos universitários: uma oportunidade para a enfermagem

Carlos Fernando Ballesteros Olivos^I

ORCID: 0000-0003-1267-4806

^I Profesor asistente, director de la maestría en prevención y gestión del riesgo de la drogodependencia, facultad de enfermería, Universidad Antonio Nariño.

Correspondencia: cfballesteroso@unal.edu.co – cfballesteroso@uan.edu.co

En conmemoración al día internacional de la Salud mental promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), celebrado el 10 de octubre anualmente y que en esta edición tuvo como lema “*la salud mental como un derecho universal*”¹, es pertinente reconocer que la comunidad y las autoridades, ya identifican la salud mental como un tema urgente, de intervención constante; a la actual fecha se han multiplicado los esfuerzos para garantizar y promover entornos saludables que protejan la salud mental de la población. Adicionalmente, en el escenario reciente de “*postpandemia*”, se evidencia que, desde los procesos de investigación surgieron múltiples estudios, donde se identificaron los impactos en la salud mental en el confinamiento por SARS-CoV2², y describen los evidentes aumentos frente los diagnósticos trastornos mentales y la aparición de signos y síntomas asociados a ansiedad, depresión, estrés, pánico, consumos problemáticos de sustancias psicoactivas^{3,4}, y uno de los más preocupantes, las agresiones hetero dirigidas, la ideaciones y gestos suicidas⁵, concluyendo así, en la urgencia de la promoción de la salud mental y la prevención de sus alteraciones.

A partir de lo anteriormente mencionado y posterior al aislamiento por pandemia, el desafío práctico se modificó, se centró en el retorno a los espacios académicos⁶, un ejemplo pertinente es el contexto de las facultades de programas de salud, donde se expresó la necesidad de innovar en la generación de estrategias innovadoras para la promoción y protección de la salud mental de la población en comunidad⁷. Pero, los estudiantes de los programas académicos profesionales de ciencias de la salud, son reconocidos por tener exposición constante a alteraciones psicoemocionales asociadas con su forma, nivel e intensidad de la formación académica⁸; entonces surge una pregunta: *¿Los estudiantes saben cuidar su propia salud mental mientras se están preparando para cuidar la salud mental de las personas?*

En el contexto espacio – temporal de las unidades académicas universitarias, es imperante que todos los miembros de la comunidad universitaria unan esfuerzos para consolidar



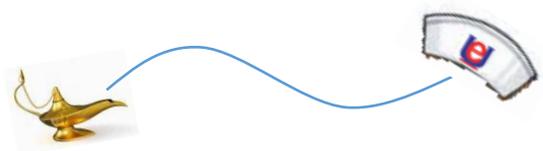
estrategias, planes y proyectos para el desarrollo de habilidades y competencias para el cuidado de la salud mental individual y colectiva; que bajo el liderazgo de enfermería, diseñe, construya o adapte estrategias exitosas, pero haciendo principal énfasis, de forma particular y especial en espacios como los entornos académicos universitarios. La disciplina de la enfermería, caracterizada por ser la ciencia del cuidado, en Colombia tiene la responsabilidad de asumir el liderazgo, creación y consolidación de estrategias, planes y proyectos, que promuevan el cuidado la salud mental de las personas en diversos entornos, incluido el universitario; a partir de las competencias y capacidades particulares de la disciplina, usando de forma integral las herramientas del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) mediante la valoración, diagnóstico, la planeación, la ejecución y la evaluación⁹, con relación a las necesidades de la población en los múltiples escenarios cotidianos, respaldado con su lenguaje estandarizado y taxonomía disciplinar (NANDA, NIC, NOC).

Una posibilidad es la adaptación de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ)¹⁰, y las Zonas de Orientación Universitaria (ZOU), que se prestan para abordar las necesidades en salud mental en contexto de Instituciones de Educación Superior (IES), se convierten así en estrategias aliadas para el cumplimiento de esos objetivos relacionados con la promoción y atención en salud mental, complementando la prevención de alteraciones en la misma. Esas estrategias mencionadas ofrecen la capacidad de identificar e intervenir en las dinámicas de salud mental de la población universitaria en el contexto académico, ofreciendo así una posibilidad de una intervención en entorno no clínico, ni hospitalario, transformando así el entorno académico y universitario en un lugar seguro y saludable. Adicionalmente, ofrece la posibilidad de generación de información y datos necesarios que respalden procesos de investigación para la toma de decisiones en problemáticas relacionadas con los fenómenos en salud mental en la población universitaria. Todo lo anterior, reconociendo las capacidades y competencias que la disciplina de la enfermería posee, que, con el pasar de los tiempos sigue sobresaliendo como profesión líder capaz de consolidar equipos inter y transdisciplinarios con el fin de gestionar el cuidado de las necesidades de la población.

"La diferencia entre lo que hacemos y lo que somos capaces de hacer resolvería la mayoría de problemas del mundo".
Mahatma Gandhi

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud Mental - La salud mental es un derecho humano universal. [Internet]. WHO. [citado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2023/10/10/default-calendar/world-mental-health-day-2023---mental-health-is-a-universal-human-right#:~:text=La%20OMS%20sigue%20trabajando%20con,mental%20de%20calidad%20que%20necesitan.>
2. Alarcón-Vásquez Y, Armenta Martínez, O, Palacio LM. Reflexión sobre las consecuencias psicológicas del confinamiento por covid-19 en la salud mental. *Tejidos sociales*, 2022, 4 (1).
3. Santini ZI, José PE, York Cornwell E, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, et al. Desconexión social, aislamiento percibido y síntomas de depresión y ansiedad entre



- estadounidenses mayores (NSHAP): un análisis de mediación longitudinal. *Lancet Public Health* [Internet]. 2020;5(1):e62–70. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/rcsp/2020.v46suppl1/e2488/esArmenta>
4. Broche-Pérez Y, Fernández-Castillo E, Reyes Luzardo DA. Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Rev Cub Salud Publica* [Internet]. 2021 [citado el 27 de octubre de 2023];46:e2488. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rcsp/2020.v46suppl1/e2488/es/>
 5. Benítez Camacho E. Suicidio: el impacto del Covid-19 en la salud mental. *Med Etica* [Internet]. 2021 [citado el 27 de octubre de 2023];32(1):15–39. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2594-21662021000100015
 6. Hernández, C. G., Blanco Paredes, H., & Castillo Cruz, A. R. (2023). Regreso a clases, el impacto psicológico ante el confinamiento por COVID 19, la importancia de la salud mental en el proceso de aprendizaje . *Boletín Científico De La Escuela Superior Atotonilco De Tula*, 10(19), 10-13. <https://doi.org/10.29057/esat.v10i19.9580>
 7. Cobo-Rendón R, Vega-Valenzuela A, García-Álvarez D. Consideraciones institucionales sobre la Salud Mental en estudiantes universitarios durante la pandemia de Covid-19. *CienciaAmérica* [Internet]. 2020 [citado el 27 de octubre de 2023];9(2):277–84. Disponible en: <https://cienciamerica.edu.ec/index.php/uti/article/view/322>
 8. Reyes Narváez SE, Oyola Canto MS. Funcionalidad familiar y conductas de riesgo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Comunicación* [Internet]. 2022 [citado el 27 de octubre de 2023];13(2):127–37. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2219-71682022000200127&script=sci_arttext&lng=pt
 9. Miranda-Limachi KE, Rodríguez-Núñez Y, Cajachagua-Castro M. Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enferm Univ* [Internet]. 2019 [citado el 27 de octubre de 2023];16(4):374–89. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632019000400374&script=sci_arttext
 10. Ministerio de Salud y Protección Social. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. 2nd ed. [citado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Modelo-de-servicios-de-salud-amigables-para-adolescentes-y-jovenes.pdf>



ARTICULO ORIGINAL

Acontecimientos que cambian la vida, fenomenología de la lactancia materna en madres primerizas Armenia, Quindío

Life change events, a phenomenological study in Breastfeeding in New Mothers in Armenia Quindío.

Eventos que mudam a vida, fenomenologia da amamentação em mães primíparas Armênia, Quindío

Ana Patricia Pérez Saavedra^I

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9968-4451>

María Camila Marín Nieto^{II}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6856-5214>

Sofía García Cardona^{II}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3418-1105>

Angy Valentina Álzate Sánchez^{II}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0576-2464>

Estefany Cortes Duque^{II}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3154-7183>

^I Universidad de Quindío Armenia, Quindío, Colombia.

^{II} Graduada, programa de Enfermería Universidad del Quindío, Armenia, Quindío, Colombia

Autor correspondiente: Ana Patricia Pérez Saavedra

Email: apperez@uniquindio.edu.co



RESUMEN.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) evolucionan lentamente resultado de factores genéticos y/o físicos, ambientales y estilos de vida. En el mundo, cada año se producen aproximadamente 41 millones de muertes, que corresponden al 71% de la carga de mortalidad total. Dentro del compendio de ECNT las principales causas de muerte en el mundo son las enfermedades cardiovasculares (ECV). En Colombia las gestantes captadas por el sistema de salud el 8-10% son afectadas por este evento, siendo las enfermedades hipertensivas la complicación obstétrica más frecuente, con elevada morbi-mortalidad materna perinatal. La evidencia científica, referencia factores de riesgo que incrementan la probabilidad de presentar una ECV durante la gestación, clasificados como prevenibles y no prevenibles; como edad, antecedentes familiares, etnia, consumo de tabaco y psicoestimulantes – SPA-, déficit nutricional, trastornos metabólicos como diabetes, hipotiroidismo, sobrepeso, obesidad, ausencia de actividad física, sedentarismo, estrés, estrato socioeconómico y hasta la higiene deficiente. Por lo anterior, la presente investigación, pretendió identificar los factores de riesgo modificables y no modificables relacionados con riesgo cardiovascular en gestantes de una institución de mediana complejidad del municipio de Buga, dado que en la actualidad no se cuenta con suficientes estudios de alcance local y regional que aborden el riesgo cardiovascular en gestantes. Materiales y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Muestreo de gestantes consultantes entre noviembre a diciembre 2021. Variables demográficas, características clínicas, antecedentes familiares y estilos de vida. Encuesta realizada de manera remota. Se realizaron los respectivos análisis estadísticos univariados y bivariados, en donde se aplicaron pruebas paramétricas y no paramétricas según el caso. Resultados: Se analizaron variables sociodemográficas; el 50% presenta antecedentes familiares relacionados con riesgo cardiovascular; aproximadamente el 60% no presentaba morbilidad relacionado con el tema de interés, con relación al estilo de vida se encuentran altos porcentajes de hábitos alimenticios poco saludables y un alto porcentaje de inactividad física.

Palabras Clave: Enfermedades cardiovasculares; Factores de riesgo; Gestación; Riesgo cardiovascular; Estilos de vida.

ABSTRACT.

Chronic noncommunicable diseases (NCDs) evolve slowly resulting from genetic and/or physical, environmental and lifestyle factors. Worldwide, approximately 41 million deaths occur each year, corresponding to 71% of the total mortality burden. Within the compendium of NCDs, the main causes of death in the world are cardiovascular diseases (CVD). In Colombia, 8-10% of pregnant women in the health system are affected by this event, with hypertensive diseases being the most frequent obstetric complication, with high perinatal maternal morbidity and mortality. Scientific evidence refers to risk factors that increase the probability of presenting CVD during pregnancy, classified as preventable and non-preventable, such as age, family history, ethnicity, tobacco and psychostimulant use, nutritional deficit, metabolic disorders such as diabetes, hypothyroidism, overweight, obesity, lack of physical activity, sedentary lifestyle, stress, socioeconomic status and even poor hygiene. Therefore, the present study aimed to identify the modifiable and non-modifiable risk factors related to cardiovascular risk in pregnant women in a medium complexity institution in the municipality of Buga, since at present there are not enough local and regional studies that address cardiovascular risk in pregnant women. Materials and methods: Descriptive cross-sectional study. Sampling of pregnant women who consulted between November and



December 2021. Demographic variables, clinical characteristics, family history and lifestyles. Survey conducted remotely. The respective univariate and bivariate statistical analyses were performed, where parametric and nonparametric tests were applied as appropriate. Results: Sociodemographic variables were analyzed; 50% had a family history related to cardiovascular risk; approximately 60% had no morbidity related to the subject of interest; in relation to lifestyle, there were high percentages of unhealthy eating habits and a high percentage of physical inactivity.

Key words: Cardiovascular disease; Risk factors; Pregnancy; Cardiovascular risk; Lifestyle.

RESUMO.

As doenças crônicas não transmissíveis (DND) evoluem lentamente como resultado de fatores genéticos e/ou físicos, ambientais e de estilo de vida. A nível mundial, ocorrem cerca de 41 milhões de mortes por ano, representando 71% da carga total da mortalidade. Dentro do compêndio de doenças não transmissíveis, as principais causas de morte a nível mundial são as doenças cardiovasculares (DCV). Na Colômbia, 8-10% das mulheres grávidas abrangidas pelo sistema de saúde são afetadas por este evento, sendo as doenças hipertensivas a complicação obstétrica mais frequente, com elevada morbidade e mortalidade materna perinatal. As provas científicas referem-se a fatores de risco que aumentam a probabilidade de apresentar DCV durante a gravidez, classificados como evitáveis e não evitáveis, tais como idade, história familiar, etnia, tabaco e uso psicoestimulante (PAS), déficit nutricional, perturbações metabólicas como diabetes, hipotireoidismo, excesso de peso, obesidade, falta de atividade física, sedentarismo, stress, estatuto sócio-económico e mesmo falta de higiene. Assim, a presente investigação visou identificar fatores de risco modificáveis e não modificáveis relacionados com o risco cardiovascular em mulheres grávidas numa instituição de complexidade média no município de Buga, dado que atualmente não existem estudos locais e regionais suficientes que abordem o risco cardiovascular em mulheres grávidas. Materiais e métodos: Estudo descritivo de corte transversal. Amostragem de consultas de mulheres grávidas entre novembro e dezembro de 2021. Variáveis demográficas, características clínicas, história familiar e estilos de vida. Levantamento realizado à distância. Foram realizadas as respectivas análises estatísticas uni variadas e bivariadas, onde foram aplicados testes paramétricos e não paramétricos, conforme apropriado. Resultados: Foram analisadas variáveis sociodemográficas; 50% tinham uma história familiar relacionada com o risco cardiovascular; aproximadamente 60% não tinham mobilidade relacionada com o assunto de interesse, no que diz respeito ao estilo de vida havia altas percentagens de hábitos alimentares pouco saudáveis e uma alta percentagem de inatividade física.

Palavras-Chave: Doenças cardiovasculares; Fatores de risco; Gravidez; Risco cardiovascular; Estilos de vida.

INTRODUCCIÓN.

A nivel internacional existen diversas circunstancias que comprometen el amamantamiento y hacen la lactancia materna poco placentera en términos de sensación física (1); las ideas concebidas por las madres frente a la LM se encuentran basadas en factores pertenecientes a su



entorno, cultura, educación, creencias, tabúes, aspectos socioeconómicos; los cuales influyen dentro del desarrollo de la LM. La decisión y el sostenimiento de la LM es un proceso complejo en el que intervienen aspectos como la red de apoyo con la que cuenta la madre, el mandato social y sobre todo, sus experiencias y recursos subjetivos (2). A nivel nacional, varios estudios refieren que los principales problemas en relación a la LM son: el déficit de educación e información sobre la LM, por esto, se precisa que la LM en Colombia tiene una duración promedio de dos meses y el inicio de la alimentación complementaria suele ser muy temprana o demasiado tardía (3). Asimismo, la madre puede decidir no practicar la LM con su bebé como respuesta a las presiones sociales, respecto a la creencia de no perder su belleza o la falta de conciencia de los beneficios que le concede a su hijo y a ella misma (4). A nivel del departamento del Quindío, estos problemas no son ajenos a las nuevas madres lactantes, por ello, se consideró pertinente estudiar las experiencias de las madres primerizas durante la instauración y el proceso de LM en dicho contexto; además de la escasez de estudios publicados con un enfoque cualitativo. Por lo anterior, el presente artículo plantea responder la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las experiencias de lactancia materna de madres primerizas en el municipio de Armenia, Quindío?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere, “las prácticas inadecuadas de LM, especialmente la no exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, provoca 1,4 millones de muertes y el 10% de la carga de enfermedades entre los niños menores de 5 años” (5) ; por esta razón la OMS, junto con la organización de las naciones unidas para la agricultura y la alimentación (FAO) y el plan decenal de LM 2010- 2020, recomiendan la LM exclusiva hasta los 6 meses de vida del niño y la niña y motivan a continuar amamantando hasta los 24 meses de edad (OMS, 2010), es así como el objetivo de esta investigación fue: Analizar las experiencias de LM de madres primerizas en el municipio de Armenia, Quindío, durante el primer semestre del 2021.

MÉTODO.

Diseño y población. Diseño cualitativo fenomenológico para profundizar en las vivencias de las participantes y explorar las expectativas que cada una tuvo con respecto a la LM, con el fin de obtener una descripción crítica tal y como lo narran las personas, revela los significados que subyacen de manera consciente o inconsciente de lo que significan las experiencias de vida. Se busca describir las experiencias relacionadas a un tema y descubrir los elementos comunes de estas vivenciados (6). Se contactó y entrevistó a madres primerizas que habitan en la ciudad de Armenia,



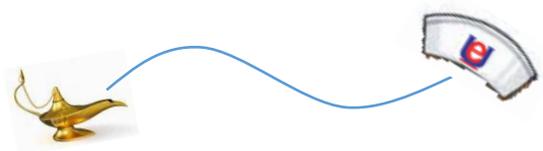
Quindío. La identificación de las mujeres se realizó por medio de una invitación digital la que se publicó en las redes sociales de cada una de las investigadoras, se incluyeron madres primerizas, mayores de 18 años, que se encontraban lactando en el momento de la entrevista o hubiesen lactado en los últimos dos años, se excluyeron de la investigación mujeres multíparas.

Unidad de análisis. Se fundamentó en la lactancia materna de madres primerizas, el periodo de estudio fue de marzo-mayo de 2021, El número de informantes y el de entrevistas se determinó por medio de saturación teórica de datos, la cual se presentó cuando ningún dato nuevo o relevante surgió, a partir de la entrevista 8, y cuando las relaciones entre categorías estuvieron bien establecidas y validadas. “Entiéndase saturación de datos cuando la recogida de los mismos ya no aporta información relevante o adicional...” (6).

Técnicas e instrumentos de recolección de información. Entrevistas a profundidad de manera virtual acordando fecha y hora de citación, las entrevistas fueron grabadas previo consentimiento informado y transcritas en su totalidad para el análisis centrado en la búsqueda de “categorías y subcategorías”. Posterior a esto fueron codificadas como E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 y E8.

Análisis y manejo de la información: Para ello se hizo uso de la codificación abierta, axial y por último selectiva con apoyo del software atlas ti versión 9, posterior a eso se hace la reducción fenomenológica eliminando las partes de las narrativas que no aportaban a la construcción del dato, obteniendo así categorías emergentes. A la par se realizó informe narrativo, esto con el fin de verificar la confiabilidad y la validez de los datos obtenidos, y como garantía de devolución de la información a los participantes, la cual se socializó con cada uno de ellos de manera virtual, no recibiendo sugerencia alguna respecto a los hallazgos. Lo anterior se garantiza con la rigurosidad, sistematización y lógica de los datos de manera inductiva y presentación de los mismos (7).

Consideraciones bioéticas: El estudio se apegó a lo estipulado en la Declaración de Helsinki, así como la ruta de atención materno perinatal de Colombia. Con marco en los instrumentos señalados anteriormente el presente estudio se clasificó de riesgo bajo, toda vez que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. Se firmó consentimiento informado previo a la entrevista y se garantiza confidencialidad y anonimidad sobre la identidad de la población informante. El proyecto fue revisado, aprobado y supervisado por el Comité de Ética en



Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Quindío, y como constancia existe el acta No 3 del 26 de febrero del 2021.

RESULTADOS.

La investigación fue realizada con un total de 8 mujeres, el rango de edad entre 19 a los 40 años. Escolaridad: 37.5% eran estudiantes universitarias, 37.5% con estudios técnicos y 25% con pregrado completo; 3 de ellas se encontraban lactando en el momento, con una duración en promedio de LM de 6 meses. Ocupación: el 75% de ellas trabajaba en casa o fuera de la misma y el 25% restante eran amas de casa. Tipo de parto: el 25% de ellas tuvo parto mediante intervención por cesárea debido a complicaciones que se presentaron en el trabajo de parto y el 75% de ellas tuvo parto vaginal. Embarazo planeado: el 75% no planearon su embarazo, en contraste el 25% sí. Estrato socioeconómico: el 37.5% son estrato 3 medio-bajo y el 62.5% son estrato 2-bajo. El 100% de las entrevistadas no pertenece a ningún grupo étnico.

En seguida se presenta un listado con las categorías encontradas una vez hecho el análisis, las cuales serán explicadas más adelante:

Categorías Principales

- Sentimientos Al Momento De Lactar Por Primera Vez.
- Dificultades Durante El Proceso De Lactar.
- Entorno En Que Se Desenvuelve La Madre Primeriza.
- Apoyo De La Red Familiar.
- Ventajas De La Lactancia Materna.
- Impacto Positivo O Negativo Hacia La Vida Diaria De La Madre.
- Conocimientos Y Expectativas Acerca De La Lactancia Materna

Sentimientos Al Momento De Lactar Por Primera Vez: La mayoría de las madres refirieron amor, temor, frustración, bienestar e impotencia, afirmando o declinando expectativas o ilusiones de cada una de ellas. Una madre describe que lactar le resultó ser maravilloso, sobre todo disfrutaba del intercambio de cariño que se daba cuando amamantaba a su hijo: *“Es un vínculo... Sé que para ella son defensas, amor, protección...es una conexión, una sensación muy bonita, un amor bonito, un amor para toda la vida...experimenté el ser mamá”* (E7). Algunas madres experimentaron frustración relacionado a complicaciones durante la LM, como la aparición de mastitis, disminución en la producción de leche o la forma anatómica del pezón que conllevaba a que la madre sintiera que su hijo no se estuviera alimentando bien: *“No tenía pezones adecuados”* (E1).



"A mí me operaron, me dio mastitis con celulitis, ella no quería recibir teta..."(E6), "Inicialmente, cuando no me bajaba, me daba como frustración, me daba como desespero, como depresión, porque no podía alimentarla..."(E7).

Por último, el sentimiento que más estuvo presente era el bienestar, siempre buscaban que sus hijos estuvieran en un estado de satisfacción y tranquilidad después de la LM. *"La LM no es solo una alimentación ... sino también como protección... los bebés alimentados con la LM no se enferman tanto..."(E5). "Yo siempre la quise lactar; porque sé que era lo mejor que le podía ofrecer...yo siempre pensé en ella, en el bienestar de ella..." (E7),* por lo anterior, a pesar de que lactar tiene un significado social tanto positivo como negativo, las madres en su mayoría tienen en cuenta que es la mejor opción para alimentar a un bebé, por su calidad, cantidad y digestibilidad, adicional a ello el vínculo que se genera, incluso se ve como la primera vacuna (8).

Dificultades Durante El Proceso De Lactar: La mayoría de dificultades se presentan en madres que han tenido mastitis, grietas en sus pezones secundario a un mal acople, lo que interfiere con la LM exitosa (9), la sensación común de las participantes era de complejidad al lactar, esto posiblemente se debió a que la posición de agarre no era la más adecuada. No obstante, ellas lo veían como algo que debía suceder, pues sus familiares, amigas y/o conocidas, decían que el inicio de la LM siempre era doloroso:

"... cómo era madre primeriza, me dolía mucho, ..." (E4); "A mí se me rajaron los pezones y aun así yo tenía que darle pecho a ella...era un dolor terrible, que todo el mundo me dice que es normal, como mientras el pezón se adapta..." (E6); El estrés generado en las madres primerizas se relacionaba intrínsecamente con la preocupación de no producir la leche suficiente para satisfacer las necesidades de los bebés y extrínsecamente por las actividades de la vida diaria, más específicamente, en cuanto sus actividades laborales: *"... el estrés mismo era el que no me dejaba bajar mucha leche..."(E1); "...una desventaja, es que se vuelve más carga para mamá, en el sentido, trabajo, casa, claro es más pesado..."(E7.)*

Entorno En Que Se Devuelven Las Madres Primerizas: El entorno influye directamente en el éxito de la LM, dado que los factores sociales, culturales, morales, económicos y profesionales de la madre y de la familia afectan el óptimo acople a la misma. Durante el análisis se encontró que el trabajo en casa, la licencia de maternidad y el confinamiento fueron factores protectores para el desarrollo de la LM exclusiva: *"...Yo la dejaba con fórmula y apenas llegaba le daba*



senito” (E1); “...en la licencia de maternidad trabajé desde la casa...” (E4); “...tuve una ventaja... son 4 meses de licencia, entonces me cogieron las vacaciones... le hice un banco de leche, tenía la hora del almuerzo en el trabajo para venirla a alimentar”(E7); sin embargo, al momento de lactar en espacios públicos la mayoría de las madres refirieron incomodidad, debido a que consideran que es un momento íntimo y privado, “... prefería darle mejor su biberón así tuviera mucha leche por el tema de las personas en la calle”(E1); “...No hay un espacio especial para lactancia materna, se siente incómodo porque la gente mira, ” (E2); “...hay personas que miran como que ¡ay!, y a veces en la familia también es como que ¡ay, no, tápese!”(E3); “...deberían de haber lugares para uno poder tanto extraer o brindarle la leche al bebe”(E6).

Por el contrario, una de las madres entrevistadas refirió que no le incomodaba lactar a sus bebés en espacios públicos, pues le importaba más saciar la necesidad de su bebé que lo que dijeran las demás personas a su alrededor: “... No me pareció que era para taparse y reservarse; pero hay sitios donde no lo hago, por ejemplo, en la iglesia... pero en un parque sí... Cuando voy a jugar, tengo partidos o algo, ella se pone a llorar y en los entretiempos me salgo y le doy seno” (E7). Por ende, es importante hacer conciencia social del valor de la LM, es incuestionable y además necesaria (10).

Apoyo De La Red Familiar: Las participantes consideran un factor favorecedor de la LM el apoyo por parte de su familia, ya que aporta de manera significativa a nivel físico y emocional a una madre primeriza; en nuestra cultura, el apoyo proviene de redes matriarcales muy bien establecidas, el proceso de maternidad y en especial el proceso de lactar viene acompañado de la re vinculación y del apoyo de todas las madres que hacen parte de la familia, aportan conocimientos y opiniones que son enriquecedoras para este proceso, tal y como lo describen algunas maternas a continuación: “... mi mama y mis hermanas siempre me decían dale teta a la niña... recibí mucho apoyo por parte de todas las mujeres de mi familia” (E1); “ellas en ese tiempo eran muy de acuerdo con la lactancia...el vínculo entre mi mamá, mi abuela y mi tía se fortalecieron ” (E8). Algunas mujeres pueden sentirse abrumadas por la complejidad del momento, y si se sienten juzgadas o poco apoyadas, la solución más lógica será darle finalidad al proceso, como se evidencia en la experiencia compartida por otra de las entrevistadas: “en cierta parte sí había apoyo, pero emocionalmente yo no, creo que no... no tuve lo que necesitaba a pesar de que



siempre hubo ese respeto” (E5). Todas las posturas familiares varían, pero se mantienen en su mayoría esas que corresponden a sostén y apoyo (11).

Por otra parte, no se puede dejar a un lado la importancia del apoyo del sector salud donde encontramos una gran falencia, la mayoría de las maternas refirieron no haber recibido ningún tipo de ayuda por parte de los médicos a los cuales acudían; una de ellas refirió: *“a veces uno como que si piensa cosas que no debe pensar, como yo por qué tuve este bebe, cosas así.” (E1)*

Teniendo en cuenta lo anterior, es alarmante la falta de confianza que tienen las maternas frente al apoyo que puede brindar el sector salud, demostrando que los altos índices de abandono y de fracaso del proceso van directamente relacionados con la falta de educación y desconocimiento que tienen las madres.

Ventajas De La Lactancia Materna: Diversos estudios hacen mención de los beneficios que genera la lactancia para la salud materno-infantil, a nivel infantil sabemos que previene enfermedades infecciosas del tracto digestivo y respiratorio, a corto y mediano plazo, y a largo plazo el sobrepeso e hipertensión. A nivel materno los beneficios son: prevención cáncer de mama y ovario, diabetes tipo II y enfermedades cardiovasculares (12), cabe resaltar que la totalidad de las entrevistadas coincidieron al explicar los beneficios para la salud; *“...la mayor ventaja ha sido el crecimiento de mi bebe” (E2); “mi niña nunca se ha enfermado...” (E5)* Incluso, algunas madres referían la ventaja de la leche materna frente a las leches comerciales de fórmula: *“...estaba más nutridita que con la fórmula” (E8).*

Investigaciones indican que las madres primerizas tienen conocimientos altos sobre aspectos de la LM, pero se deben seguir haciendo esfuerzos para comprender mejor la práctica de la misma, es importante corregir las barreras culturales y sociales para mejorar los procesos (13).

Impacto Positivo O Negativo Hacia La Vida Diaria De La Madre: La LM es un proceso exigente, que implica la dedicación total de las madres, en especial, durante los primeros 6 meses en los cuales se recomienda una lactancia exclusiva. Las madres deben adaptar su estilo de vida, su alimentación, incluso deben adoptar nuevos roles para que este proceso sea exitoso, en donde se produce una redistribución del tiempo y de las necesidades maternas, tal como lo mencionaba: *“... él solo quiere estar tomando leche...no se la voy a quitar, entonces me tengo que quedar todo*



el tiempo con él" (E2); "Lo duro de la LM exclusiva es que debes estar ahí con el bebé, por esa parte uno se cohíbe mucho, a salir..."(E4).

Por otra parte, la relación entre la LM y la salud mental es clara, es fundamental tener en cuenta que si las madres se sienten felices y plenas, eso mismo transmitirán a sus bebés, así, algunas maternas mencionaron lo siguiente: *"...Yo no aceptaba la maternidad, entonces era mamá cuidadora... yo sabía que tenía un bebe pero no estaba ni feliz ni triste, era como algo que ya me toco y listo, pero no era algo como que yo aceptaba..." (E8); "...Yo no me sentía como esas mamás que dicen yo lacto a mi bebe y como esa felicidad, ese amor, como que ¡ay Dios mío, yo me sentí pues normal, no como que uno se imagina que ¡ay, mi bebe!, pero no)" (E1);* También, se pudo evidenciar que el impacto más grande fue a nivel de la autoestima: *"...El autoestima sí cambió resto... me engordé mucho... los senos se me ven horribles, esas estrías... mis uñas... ese cambio hormonal se junta todo..."(E4)*

Finalmente, en cuanto al impacto en las relaciones interpersonales, es claro que la dinámica familiar y social cambia al adoptar el rol materno, la relación con la pareja presenta cambios importantes, las prioridades cambian, y la adaptación a este nuevo rol como padres requiere de mucha paciencia y comprensión: *"... cuando nace un bebé, la pareja pasa a un segundo plano," (E7).*

Conocimientos Y Expectativas Acerca De La Lactancia Materna: Es fundamental tener en cuenta que los conocimientos respecto a la LM se van adquiriendo por el intercambio de mensajes a través de generaciones, de la cultura y de las tradiciones, pero no se debe dejar de lado el apoyo que los profesionales de la salud brindan en las diversas intervenciones a nivel individual y comunitario; es conocido que una estrategia educativa durante el parto y posparto aumenta la incidencia de la misma (14). Respecto a esto, los datos de esta categoría fueron variables, no obstante, todas coinciden en que la LM trajo grandes beneficios para sus hijos a lo largo de su desarrollo físico y cognitivo, afirmando que: *"...la LM es algo primordial para él bebe, su primer alimento) (E1); "...La parte del cerebro, la metacognición... es muy avispada, ella hace cosas que uno no le enseña..." (E7).* Adicional se ratifica que la lactancia es importante para el binomio madre- hijo: *"En el momento en que me di cuenta de lo importante que era para ella, yo estaba*



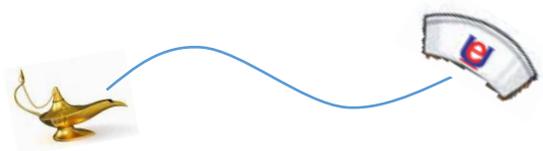
decidida a hacerlo..." (E5); "...cada que la llevaba a control con nutricionista, con la pediatra me dije: estoy haciendo bien trabajo a pesar de que no produje tanta leche" (E4).

Durante las entrevistas, las madres manifestaron los pensamientos y expectativas que tuvieron antes de iniciar la lactancia como los siguientes: *"... a mi bebé la voy a enseñar a dormir sola en el cuarto, voy a darle solamente tetero, me extraigo la leche y le doy tetero pa' que yo pueda salir a bailar, eso es lo que uno piensa pero cuando nace eso es otra" (E6); "... no iba a salir harto, que iba a quedar con hambre, que tenía que tomar algunas hierbas o algo para que saliera" (E2).* Sin embargo, al vivir la experiencia concluyeron y descubrieron realmente lo qué se sentía lactar y cómo esto podía influir en sus vidas de diferentes maneras, generando cambios en sus rutinas: *"A pesar de que sigue siendo la conexión bonita, se cansa uno, a veces es agotador, pero sigue siendo una sensación bonita"(E7).* Es indiscutible que, si bien la LM es una experiencia satisfactoria, también es sacrificada y dolorosa, la inseguridad y el dolor físico pueden ser las principales causas para el abandono. (14)

DISCUSIÓN.

Tras los resultados de la investigación, se observa que, cada madre tienen un proceso de LM diferente y causa en ellas sentimientos y emociones dinámicas; la alegría, motivación que se tienen, y en contraste, los temores, la impotencia y frustración que aparecen cuando las expectativas no se cumplen a cabalidad, lo cual concuerda con lo mencionado por Solís et al: "las experiencias de las madres también se traducen en la expresión de sentimientos y emociones ya sean placenteras o no placenteras, para algunas madres se suscitaron en una mezcla de sentimientos y emociones enmarcados por la impotencia y la alegría" (15)

Para las madres, algunas expectativas tuvieron que modificarse a lo largo de la instauración de la LM, debido a que, la iniciación e instalación de la LM se caracteriza por ser un período de alta vulnerabilidad y de transición, produciéndose una serie de ajustes hormonales en la madre, y adaptación del niño al medio extrauterino (3), siendo notorio en las emociones y expresiones que manifiestan en cuanto la relación entre la LM y la salud mental; los estudios coinciden en que este proceso puede proteger a la salud materna, esto debido a que las hormonas que se segregan, son las mismas encargadas de reducir el estrés. Cuando las maternas empiezan con la LM, se genera un sentimiento de autoeficacia, se sienten satisfechas y exitosas por estar cumpliendo ese rol, sin



embargo, cuando existen procesos de lactancia difíciles, las madres van a tender a desarrollar sentimientos de frustración y de culpa, que impedirá la continuación de la lactancia (16).

Con relación al apoyo recibido por parte de personas significativas para la madre, diversos estudios concuerdan con los resultados, en que el apoyo de la familia y de la pareja es fundamental, convirtiendo su pareja en un aliado durante todo el proceso de amamantamiento (17). De igual forma, en cuanto al apoyo familiar, es natural presentar sentimientos contradictorios; es fundamental que las madres tengan una red apoyo donde puedan contar cómo se sienten, dejando a un lado la vergüenza, la culpa y las falsas expectativas, concordando con lo que se encontró en un estudio realizado por la UNICEF (18), donde según las experiencias y prácticas de las participantes, sus madres y abuelas tienen un papel importante durante la lactancia; fomentan y motivan a sus hijas o nietas con sus propias experiencias, y reafirman la importancia de que el bebé sea alimentado con seno materno. Asimismo, un estudio de la Universidad de Antioquia realizado por Celis y Sepúlveda, enfatizan que, “el apoyo familiar cumple un papel fundamental a la hora de establecer pautas adecuadas para amamantar, por lo tanto, las creencias o mitos que se establecen en torno a la LM están permeadas por toda una tradición cultural que se transmite de generación en generación” (19), lo que afirma que, la red familiar y social influyen en la decisión de amamantar.

En cuanto al apoyo del personal de salud durante el proceso de lactancia, ellas refieren tener poca confianza para compartir sus inquietudes a los profesionales sanitarios, lo cual coincide con lo encontrado en un estudio de investigación realizado por Pinzón donde demostró que, “el 92% de personal de salud no está formando en consejería en lactancia materna: Las madres no vivieron una consejería [...], lo que les generó mayor inseguridad y desconfianza” (20). Consecuentemente la mayoría narra experiencias de exigencia y juzgamiento, más que de consejería.

Teniendo en cuenta que en Colombia, las licencias de maternidad son cortas y las madres deben reincorporarse pronto a sus labores, incluso, sin haber gozado de una licencia de maternidad, el proceso de lactancia se vuelve más una carga que un beneficio, lo cual coincide con lo que se menciona en el artículo denominado “lactancia materna en Colombia” (19), el cual hace referencia a que una de las mayores barreras para la práctica de la LM en Colombia es la condición laboral



de las madres, así, los lugares poco favorables y la protección de la maternidad insuficiente, son unos de los factores principales para no amamantar o para el destete precoz.

En lo concerniente a las ventajas de la LM, se coincide con los diversos estudios que recalcan la importancia de la leche materna por encima de las leches comerciales de fórmula; lo describe un estudio realizado por Muñoz y Rodríguez (16), donde se menciona que a diferencia de lo que se cree, las madres entrevistadas, conocen y señalan las ventajas que tiene el amamantar a diferencia de la fórmula infantil, resaltan también los beneficios que trae consigo el dar pecho.

Finalmente, las diversas experiencias encontradas en esta investigación, agrupan a unas madres con características heterogéneas, pero con un objetivo en común durante el proceso, el cual fue velar por el bienestar de sus hijos, haciendo de la LM exitosa, el proceso más importante durante sus pospartos.

Una fortaleza de este estudio es poderle dar voz a las madres que viven el día a día su lactancia materna, la práctica de la LM es diferente en cada mujer y esto hace que la experiencia narrada sea valiosa por si misma, al darle sentido y significado, en de marco de su contexto natural y de seguridad para ellas; por otra parte la debilidad es que los resultados no se pueden generalizar, las condiciones de vida de cada ser humano son únicas y esto también se encuentra afectado por otros fenómenos como son el social, educativo o cultural de las participantes. No obstante, los resultados pueden ser usados como una herramienta transdisciplinar en el área de la salud para generar estrategias de atención con enfoque individual, comunitario o incluso cultural. La investigación en lactancia es inagotable y puede ofrecer más posibilidades para la formación de los futuros profesionales de salud.

CONCLUSIÓN O CONSIDERACIONES FINALES.

Este estudio ayudará a diseñar intervenciones dentro del sector salud más específicas e individualizadas de acuerdo a las necesidades, fortalezas, expectativas, deseos, debilidades, entre otras, de la madre consultante. Por lo anterior, es preciso que los profesionales de salud, en este caso, el personal de enfermería, brinde una consejería en lactancia materna idónea, clara, concisa y oportuna a la madre primeriza, esto para clarificar sus dudas e inquietudes de la misma, y de esta forma estimular a la madre a seguir con el proceso de lactancia sin complicaciones hasta un feliz término.



Sin embargo, se debe tener en cuenta que el presente artículo presenta algunas limitaciones; al ser un estudio fenomenológico nos basamos en las experiencias subjetivas de las madres, como autores, somos conscientes de que estas no pueden ser generalizadas y por lo tanto se verán influenciadas por las características y costumbres socioculturales de cada municipio.

Para finalizar, consideramos que es importante que los profesionales de la salud identifiquen necesidades biopsicosociales maternas, que las intervenciones estén enfocadas en lograr un completo estado de confort, promoviendo un proceso de LM exitoso y contribuyendo a largo plazo a que las futuras generaciones de la sociedad gocen de los beneficios de ésta en su vida presente y futura.

FINANCIAMIENTO y / o RECONOCIMIENTO

FINANCIACIÓN: Los autores no recibieron ninguna fuente de financiación.

CONFLICTO DE INTERÉS: Ninguno

AGRADECIMIENTOS: Agradecimiento a las madres primerizas por participar en la investigación. Y a la docente Doctora: Rosa Nury Zambrano Bermeo, por sus asesorías y acompañamiento en el todo el proceso.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Mota-Castillo, P. J., Hernández-Ibarra, L. E., Pelcastre-Villafuerte, B. E., & Rangel-Flores, Y. Y. (2019). Experiencias y creencias de madres sobre la lactancia materna exclusiva en una región de México. *Journal of Nursing and Health*, 9(1), 1–14. <https://doi.org/10.15210/jonah.v9i1.14499>
2. Vega Castro, E. (2014) Experiencia de la lactancia materna y las razones de abandono: una perspectiva desde las madres en periodo de lactancia. Recuperado de: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/16035/VegaCastroElianaSofia2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Belintxon-Martín, M., Zaragüeta, M. C., Adrián, M. C., & López-Dicastillo, O. (2011). El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(3), 409–418. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272011000300007>
4. Ministerio de la Protección Social, Acción Social, UNICEF, & PMA. (2009). Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020. Amamantar compromiso de todos. *Ministerio de Salud*, 65. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/plan-decenal-lactancia-materna.pdf>
5. World Health Organization. (2013, 9 julio). *OMS | Lactancia materna exclusiva*. OMS. https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/#:%7E:text=La%20lactancia%20materna%20contribuye%20a,riesgos%20para%20el%20medio%20ambiente.



6. Hernández-Sampieri R, Torres CPM. Metodología de la investigación. vol. 4. México: McGraw-Hill Interamericana; 2018. Pag 385 y 493.
7. Borjas García, Jorge Edgardo. (2020). Validez y confiabilidad en la recolección y análisis de datos bajo un enfoque cualitativo. *Trascender, contabilidad y gestión*, 5(15), 79-97. Epub 22 de noviembre de 2021 .<https://doi.org/10.36791/tcg.v0i15.90>
8. Pinzón-Villate, Gloria Yaneth, Arboleda Montoya, Luz Marina, & Ramírez-Cortázar, Felipe. (2021). Representaciones sociales de la donación de leche humana: un estudio en cuatro ciudades de Colombia. *Revista Colombiana de Sociología* , 44 (2), 17-37. Epub 31 de marzo de 2022. <https://doi.org/10.15446/rcs.v44n2.87614>
9. Toro María Cristina, Obando Augusto, Alarcón Manuel. Valoración social de la lactancia materna y dificultades que conlleva el destete prematuro en lactantes menores. *Andes pediatri*. [Internet]. 2022 junio [citado 2022 16 de septiembre] ; 93(3): 371-382. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60532022000300371&lng=es. <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v93i3.3273>.
10. Chuck Sepúlveda JA. La bioética y la alimentación al seno materno. *Sal Jal*. 2022;9(Esp):86-90.
11. Godoy, M., Guberma, M., Bárbara, , L. A., Aedo, C., & Morales, I. (2022). Investigación sobre madres en lactancia y vida cotidiana. Estudio sobre la subjetividad. *Revista Científica De Ciencias De La Salud*, 15(1), 70-74. <https://doi.org/10.17162/rccs.v15i1.1757>
12. Olivera-Cardozo, M., Pérez-Ortíz, V., Piñón-Gámez, A., Naranjo-Rodríguez, C., Montilla, J. M., & Reyna-Villasmil, E. (2018). Grado de conocimiento sobre lactancia materna en embarazadas primigestas. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, 27(1), 13-17.
13. Rojas Jaclyn, Contreras Ivo, Chaparro Crismari, Quintero Ángela, González Roshman. Evaluation of level of knowledge among mothers after applying an educational strategy. Venezuela 2015. *Rev. chil. nutr.* [Internet]. 2019 Abr [citado 2022 Sep 16] ; 46(2): 107-112. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182019000200107&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-751820190002000107>.
14. Rojas Jaclyn, Contreras Ivo, Chaparro Crismari, Quintero Ángela, González Roshman. Evaluation of level of knowledge among mothers after applying an educational strategy. Venezuela 2015. *Rev. chil. nutr.* [Internet]. 2019 Abr [citado 2022 Sep 16] ; 46(2): 107-112. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182019000200107&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-751820190002000107>.
15. Solís Salazar, A. K., Quiroz Hidalgo, R. M., & Campos Bravo, Y. L. (2019). *El comienzo de la lactancia materna: Experiencias de madres primerizas postcesárea en un hospital de Chiclayo – 2017*.
16. Muñoz R, & Rodríguez M. (2017). Autoeficacia de la lactancia materna en mujeres primíparas de Madrid. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 6(1),19-24.http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062017000100019
17. Ibarra-Piña Jeovana Iveth, Jiménez-López Maricela, Laredo-Muñoz Andrea Fernanda, López-González Verónica Guadalupe, Macías-Ochoa Alondra, Torres-Trejo María Montserrat et al . Experiencia vivida de la lactancia materna en madres solteras refugiadas. *Ene*. [Internet]. 2021 [citado 2022 Sep 17] ; 15(3): 1262. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000300003&lng=es Epub 04-Abr-2022.



18. U.N.I.C.E.F. (s. f.). *Guía de Lactancia para padres / UNICEF para cada niño*. UNICEF. Recuperado 2020, de https://donaciones.unicef.org.co/guia-lactancia-consejos-tips?gclid=Cj0KCQjwxNT8BRD9ARIsAJ8S5xZvZJvdK2YKzUhlwM93J-8nzQyuaiXLI5LSPUEBIf8AXb8i1kJ4eY0aArMREALw_wcB
19. Minchala-Urgiles, Rosa Elvira; Ramírez-Coronel, Andrés Alexis; Caizaguano-Dutan, Mercy Karina; Estrella-González, María de los Ángeles; Altamirano-Cárdenas, Luis Francisco; Andrade-Molina, Marina Cecilia; Sarmiento-Pesántez Mercedes Magdalena; González-León, Fanny Mercedes; Abad-Martínez Nancy Isabel; Cordero-Zumba, Nancy Beatriz; Romero-Galabay, Ignacia Margarita. (2020) La lactancia materna como alternativa para la prevención de enfermedades materno-infantiles: Revisión sistemática. <https://www.redalyc.org/journal/559/55969796017/html/>
20. Pinzón-Villate, Gloria Yaneth (2017). Experiencia de la consejería en el apoyo para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad. Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá Facultad de Medicina Departamento de Salud Pública. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/61991/51920531.2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



ARTICULO ORIGINAL

Vivencias de un cuidador con un Recién Nacido entubado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal por alteraciones del sistema respiratorio

Experiences of a caregiver with a newborn intubated in the Neonatal Intensive Care Unit due to respiratory system alterations.

Vivências de um cuidador com um recém-nascido entubado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais por alterações do sistema respiratório.

Jessica Alexandra Cano Cardona¹
ORCID: 0009-0001-8072-517X

Lizeth Vanessa Espinal Valencia¹
ORCID: 0009-0008-6726-5288

Cristian David Loaiza Valencia¹
ORCID: 0009-0004-2761-1554

Maria Katherine Medina Posada¹
ORCID: 0009-0002-7212-2827

Maria Fernanda Zuluaga Bohórquez¹
ORCID: 0009-0003-1133-5455

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

Autor correspondiente: Cristian David Loaiza Valencia

Email: cloaiza73159@cue.edu.co



RESUMEN.

Objetivo: Comprender y analizar las vivencias de los cuidadores de RN entubados en una institución de salud de la ciudad de Armenia. **Métodos:** Este estudio es de tipo cualitativo, descriptivo, fenomenológico tipo estudio de caso cuyo fenómeno es identificar las vivencias que presentan los cuidadores del RN intubados en UCI por alteraciones en el sistema respiratorio, basándonos según el modelo de adaptación de Roy y sus 4 metaparadigmas entorno, salud y enfermería. **Resultados:** Surgieron 4 Capítulos, entre ellos: experiencias, sentimientos, cultura y creencias ante la salud y enfermedad de su hijo. Rol, vínculo y relaciones de la familia en su proceso de adaptación. y Cuidado y atención del personal de la salud. **Conclusión/Consideraciones finales:** Para el cuidador, la hospitalización de su hijo representa un cambio grande en su diario vivir, donde su principal anhelo es la salud de su hijo, lo cual genera muchos cambios en su rol, dinámica familiar, en su entorno, a nivel económico, social, cultural, y en sus sentimientos y emociones, llevándolos a un cambio forzoso en su adaptación, donde el personal de enfermería se ve altamente involucrando ofreciendo estrategias de adaptación y afrontamiento a la familia mediante el acompañamiento y educación de la enfermedad.

Palabras Clave: Adaptación; Unidad de cuidados intensivos; Infección respiratoria; Experiencias; Personal de enfermería.

ABSTRACT.

Objective: Understand and analyze the experiences of intubated NB caregivers in a health institution in the city of Armenia. **Methods:** This study is of a qualitative, descriptive, phenomenological type, case study whose phenomenon is to identify the experiences presented by caregivers of newborns intubated in the ICU due to alterations in the respiratory system, based on Roy's adaptation model and its 4 metaparadigms environment, health and nursing. **Results:** 4 Chapters arose, among them: experiences, feelings, culture and beliefs regarding the health and illness of his son. Role, bond and relationships of the family in their adaptation process. and Care and attention of health personnel. **Conclusion/Final considerations:** For the caregiver, the hospitalization of his son represents a big change in his daily life, where his main wish is the health of his son, which generates many changes in his role, family dynamics, in his environment, at an economic, social level, cultural, and in their feelings and emotions, leading them to a forced change in their adaptation, where the nursing staff is highly involved offering adaptation and coping strategies to the family through monitoring and education about the disease.

Key words: Adaptation; Intensive care unit; Respiratory infection; Experiences; Nursing staff.

RESUMO.

Objetivo: Compreender e analisar as experiências dos cuidadores de RN entubados numa instituição de saúde da cidade da Arménia. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, fenomenológico, do tipo estudo de caso, cujo fenómeno é identificar as experiências dos cuidadores de RN entubados na UCI devido a alterações no sistema respiratório, com base no modelo de adaptação de Roy e nos seus 4 metaparadigmas ambiente, saúde e enfermagem. **Resultados:** Emergiram 4 capítulos, incluindo: experiências, sentimentos, cultura e crenças em relação à saúde e à doença do seu filho. Papel, laços e relações da família no seu processo de adaptação. e Cuidados e atenção do pessoal de saúde. **Conclusão/Considerações finais:** Para o cuidador, a hospitalização do seu filho representa uma grande mudança na sua vida



quotidiana, onde o seu principal desejo é a saúde do seu filho, o que gera muitas mudanças no seu papel, na dinâmica familiar, no seu ambiente, a nível económico, social e cultural, e nos seus sentimentos e emoções, levando-os a uma mudança forçada na sua adaptação, onde a equipa de enfermagem está altamente envolvida em oferecer estratégias de adaptação e de enfrentamento à família através do acompanhamento e educação sobre a doença.

Palavras-chave: Adaptação; Unidade de cuidados intensivos; Infeção respiratória; Experiências; Equipa de enfermagem.

INTRODUCCIÓN.

La experiencia de tener un hijo en una unidad de cuidados intensivos puede ser traumática para sus cuidadores, puede tener un impacto significativo en la salud mental y emocional de ellos. Los cuidadores pueden experimentar una variedad de emociones, desde la ansiedad y la preocupación hasta la culpa y el miedo. Comprender estas vivencias puede ayudar a desarrollar intervenciones efectivas para apoyar a las familias. (1)

Según Melania Cañas y Astrid Rodriguez, El cuidador que se enfrenta a la hospitalización de su hijo recién nacido llega a la UCI acompañado de una carga de preocupaciones relacionadas con el estado de salud del hijo, con una imagen ideal de recién nacido, para enfrentarse a una serie de impactos relacionados con el funcionamiento de las UCI, las características de su hijo, el bajo peso, alteraciones patológicas que requieren una intervención, como las complicaciones respiratorias entre ellas; enfermedad de la membrana hialina, seguido de la asfixia la cual lleva a generar parálisis cerebral, encefalopatía hipóxico isquémica en partos prolongados, ingresos a consulta por bronquiolitis a causa del virus sincitial respiratorio y bacterias por la inmadurez a nivel del sistema inmunológico, son circunstancias a las cuales un cuidador no está familiarizado y puede ser de alto impacto, por lo cual el abordaje debe darse por parte del equipo médico pero, en especial del personal de enfermería, siendo este último quien en definitiva es la primera persona con la que se relaciona el cuidado en la Unidad.(2)

En investigaciones previas a las vivencias de los padres con menores en UCI y las causas más comunes de ingreso a la unidad por parte de recién nacidos, se identificó que los cuidadores cuentan con una experiencia estresante y desgastante, cuando el niño se encuentra entubado es decir, cuando tiene un tubo por la boca para facilitar su respiración, esta experiencia puede ser aún más difícil, y el afrontamiento a esta nueva experiencia puede ser complicada, ya que se



espera que la instancia no sea muy larga, además del impacto de aquellas intervenciones invasivas que se pueden dar de manera prolongada sobre el recién nacido. (3)

Para enfermería es trascendental hacer este tipo de estudios, debido a la necesidad de conocer cuáles son unos de los cuidados integrales y completos entre las familia y los pacientes que tenemos en UCI a causa de infecciones respiratorias, ya que por medio de la comprensión de las vivencias experimentados por ellos, pueden ayudar al profesional de enfermería a tener en cuenta las necesidades emocionales y psicológicas del cuidador y hacer más llevadero su estancia y mejorar su proceso de adaptación.(3)

Para la teorista Callista Roy el término de afrontamiento y adaptación analiza la importancia de la respuesta de los padres hacia situaciones cambiantes, como tener un hijo enfermo y la respuesta empleada frente a estos diferentes estímulos. (4)

Teniendo en cuenta los planteamientos anteriores, se realizará un estudio cualitativo descriptivo fenomenológico de tipo estudio de caso, que nos permita cumplir con el objetivo de identificar las vivencias que presenta una madre que tuvo a su hijo en unidad de cuidados intensivos a causa de afecciones respiratorias, debido a su prematuridad.

MÉTODO.

La metodología de este estudio es de tipo cualitativo, descriptivo, fenomenológico tipo estudio de caso, cuyo fenómeno es identificar las vivencias que presentan los cuidadores del recién nacido y lactantes intubados en UCI por alteraciones de su sistema respiratorio, basándonos según el modelo de adaptación de Roy y sus cuatro metaparadigmas entorno, personal, salud y enfermería.

Según Sampieri el estudio cualitativo “tiene como fin la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización”. En estudios con perspectivas fenomenológicas, en los que el objetivo es analizar los valores, experiencias y significados de un grupo social.

Con relación a la población del estudio de caso se analizó la experiencia de una madre con respecto al cuidado de sus hijos en UCIN, por alteraciones del sistema respiratorio. Se realizó una entrevista a profundidad que contó con preguntas sociodemográficas y preguntas enfocadas al modelo de adaptación de la teoría de Sor Callista Roy, con el fin de obtener datos cualitativos que nos permitan conocer, describir y explorar las vivencias de los cuidadores.



Una vez recolectados los datos de la entrevista, se realizó el análisis de contenido de la narrativa siguiendo los pasos propuestos por Bardin (2011), la cual propone tres fases de análisis: primero indica realizar un preanálisis de la información obtenida, segundo, se requiere la exploración del material y por último el tratamiento de resultados, donde se realizará la inferencia e interpretación de estos. (14)

En el preanálisis de la información, se organizó toda la parte textual transcrita de la entrevista y se realizó una lectura fluctuante con la finalidad de apropiarse de las ideas iniciales. En la segunda fase de exploración del material se hizo una lectura más exhaustiva de los textos transcritos, esto con el objetivo de organizar la información y agruparlos en unidades de análisis, lo que permitió una mejor descripción de las características del contenido. En la tercera fase de tratamiento de los resultados, se efectuó el análisis donde emergen las categorías y subcategorías.

La transcripción de la entrevista se pasó en formato Word junto con las notas del diario de campo del entrevistador, donde fueron añadidos y organizados por la herramienta Atlas Ti 23, del cual surgieron las diferentes categorías partiendo de la narrativa desarrollada por la participante, de este modo se generarán unidades básicas o fragmentos de texto transcrito que contengan una idea en común o central de lo que se desea analizar, se realizó la codificación de las categorías y subcategorías emergentes, permitiendo una mejor comprensión del fenómeno, mediante la búsqueda de patrones o afinidades dentro de las narrativas para la construcción de las categorías y por último se realizó la triangulación de los datos encontrados para su posterior análisis que son de interés para el presente artículo, teniendo en cuenta las experiencias, vivencias y emociones propias de la entrevistada alrededor del fenómeno de estudio.

La presente investigación fue avalada por el Grupo Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Corporación Universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt. Se respetaron los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto a la autonomía. Se tuvo en cuenta la Resolución 008430 de 1993, para la calificación del riesgo de la presente investigación, la libertad de expresión, la confidencialidad de la información y la identificación de los participantes, respecto al aceptar participar o no en la investigación y la devolución de los resultados a los participantes, según la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. La participante firmó el consentimiento informado.



RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

El término sentimiento presenta una ambigüedad referencial que nos permite entenderlo, o bien como una sensación, es decir, un componente sensorial de una experiencia, o bien, y en un sentido más restringido, como un estado mental compuesto de elementos afectivos, cognitivos y motivacionales, y referido a un objeto intencional (5).

Por otro lado, las experiencias son circunstancias o acontecimientos que, por sus características, resultan trascendental o digno de destacar en la vida de una persona. La experiencia desde los abordajes toma en cuenta las vivencias y los sentidos y que reconocen la capacidad de los sujetos de reconstruir significados, ya sea a través de ponerlos en acción o de narrar su experiencia, es decir, que se colocan desde la dimensión subjetiva (7).

En cuanto a la cultura Tylor (Grimson, 2008) en 1871 planteó un concepto asociado a todo aquellos conocimientos, tradiciones, costumbres y hábitos inherentes a la persona dentro de una sociedad, al ser perteneciente de esta (11). Además, Según Jodelet en 1990 las creencias dependen de variables culturales, historias, individuales y ecológicas y tienen además una lógica y coherencia interna que organiza enunciados no verificados “Los sistemas de referencia nos permite interpretar lo que nos sucede e incluso dar sentido a lo inesperado” (6).

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

“Me sentía muy triste, culpaba a mi cuerpo por no aguantar más, no sabía en qué había fallado” (P1).

“Sentía temor a que los niños murieran” (P1).

“Me sentí muy apoyada por las enfermeras, los médicos, las terapeutas respiratorias” (P1).

“Yo les decía que no quería que me llamaran porque pensaba que algo malo iba a pasar, por eso yo prefería llamar” (P1).

“Me generaba mucha tranquilidad ya que me mantenían muy informada acerca del estado de Jacobo y si quería podía vivir en la clínica ya que el horario allí era 24/7 y en el hospital san juan de Dios podía estar todo el día de 7am a 7pm” (P1).

“Siempre estuve muy positiva, siempre sentía que mi niño iba a estar bien” (P1).

“Miedo a que Jacobo se descompensó, ya que la máquina de ventilación respiraba por él y me daba mucho temor que Jacobo no reacciona adecuadamente cuando lo desconectaran de ella, me daba mucho miedo que no respirara y se complicara”(P1).

“Yo le decía a mi esposo DIOS porque nos hace esto, si planeamos los niños y tenemos un hogar para brindarles, me sentí muy triste, destrozada” (P1).

“Le di gracias a Dios porque a mi niño no lo recibieron en otra clínica, eso me generaba tranquilidad” (P1).

“Oraban por mis niños para que se mejoraran” (P1).



“Fuimos muy bendecidos porque cuando llegamos a Cali nos dijeron ustedes son los de Pereira o de Armenia porque les tenemos reservada la incubadora desde hace 15 días” (P1).

“Me encomendé mucho a Dios y le hablaba diciendo que él era el único encargado de curarle todos sus órganos, sus pulmones y su sistema digestivo” (P1).

“Rezaba el rosario y leía la biblia al lado de incubadora y en una ocasión iniciamos a leer la biblia en un versículo donde hablaban “si ustedes creen en mí porque sienten miedo” (P1).

Teniendo en cuenta lo anterior, Martín, Pérez y Chien et al señalan que la hospitalización en una UCI puede producir alteraciones psicológicas y sociales no sólo en la persona enferma, sino también en los familiares, aspecto que se relaciona con lo encontrado por Torrents et al y Jones et al quienes indican que debido a la hospitalización, los familiares experimentan niveles muy elevados de ansiedad y depresión, esto puede deberse como lo refiere Hughes et al a que en dicha vivencia se presentan muchos factores estresores. Además, la familia presenta una serie de necesidades psicosociales que están relacionadas con los síntomas de ansiedad mediante sentimientos de temor y tristeza como lo encontró Uribe et al (11).

Segun, Vieira, Farias, Santos, Davim y Silva, afirman que las madres necesitan creer en algo más allá de la atención médica y tecnológica; creer en la fuerza de un ser trascendente (Dios), quien les da la fortaleza para mantener la esperanza por la mejora de su hijo, a pesar de permanecer en un entorno rodeado de tensión sobre la vida y la muerte (12).

Las experiencias, sentimientos, la cultura y creencias de una madre ante la salud y la enfermedad de su hijo se ven altamente alterados, ya que se evidencia según las expresiones en la entrevista que fueron modificadas por la estancia de su niño en UCI, donde se experimentan sentimientos de temor, miedo, impotencia, a la no mejora de la salud, y también sentimientos de esperanza y gratitud al refugiarse en su religión, ya que anteponía a DIOS sobre todas las cosas.

Rol, vínculo y relaciones de la familia en su proceso de adaptación: El rol puede definirse como las dinámicas familiares y los roles que cada integrante desempeña, los cuales están relacionados con la funcionalidad y el propio impacto que éstos tienen sobre cada uno de los miembros (7).

Dentro de los integrantes siempre se encuentra presente el Rol del cuidador, el cual está orientado a la atención para la mejora o mantenimiento de la enfermedad. Para la familia, La Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio". En una familia, los miembros



interaccionan en una diversidad de roles que surgen de las necesidades individuales y de las del grupo de su entorno (padres, hijos, etc.). La enfermedad de un miembro de la familia puede causar grandes cambios, provocando en ella un alto riesgo de inadaptación entrando en un estado de crisis y en una experiencia emocionalmente muy dolorosa (10)

También se define que el vínculo es la conexión que desde siempre establecemos con nuestros hijos y todos los miembros de nuestra familia y recíprocamente es la conexión que ellos establecen con nosotros; este vínculo llega a ser muy fuerte entre padres e hijos y se genera de manera paulatina desde el embarazo, el nacimiento y/o la adopción, se va generando de forma gradual una relación única con cada hijo.

Para la adaptación la teórica Callista Roy elaboró en 1970 un modelo de adaptación, señala que las respuestas adaptativas son respuestas que favorecen la integridad de la persona en términos de metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio (8).

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

“Mi esposo siempre estaba conmigo nunca me dejó sola” (P1).

“Su hermanito iba a ser su ángel toda la vida” (P1).

“La empresa donde trabaja mi esposo le daban el tiempo y los permisos necesarios para que me acompañara a estar con él, y nunca me dejó sola” (P1).

“Fue difícil aceptar lo que estaba sucediendo, pero afortunadamente pudimos adaptarnos” (P1).

“La patología la fui aceptando por toda la información brindada por los médicos y enfermeras que lo atendían, incluso me hacían ir pensando cómo iba a ser su recuperación y todo lo que debía ir aprendiendo para atenderlo” (P1).

“Mi esposo y yo no dormíamos casi, por estar pendientes de Jacobo” (P1).

“Antes de quedar embarazada nosotros peleamos mucho, pero con esa situación la relación se fortaleció y nos unió más” (P1).

“Pudimos observar que la casa gira en torno a la comodidad y el confort del niño” (Diario de campo).

“La madre cuenta con un negocio en su casa lo que la hace independiente, el padre es empleado del parque del café, ambos llevan la obligación de su casa, ella se encarga del niño y lo que él necesita, y él apoya con el mantenimiento del hogar” (Diario de campo).

“Se presenta un entorno agradable y de alegría familiar, durante la entrevista se evidencia el ingreso de varias llamadas por el padre del niño, el cual se le escucha una atención muy afectiva por su hijo” (Diario de campo)

“Núcleo familiar, la madre el esposo y el niño” (Diario de campo)

“La vivienda queda cerca a la casa de los abuelos paternos” (Diario de campo)



La familia cumple un papel importante en el entorno del paciente, toda vez que la complejidad y gravedad en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), cobran mayor dimensión y provocan situaciones de angustia y elevados grados de estrés. Está reportado en la literatura “el aumento de los niveles de estrés en las familias que se encuentran en las unidades donde existe más tecnología médica y más vigilancia por parte del equipo sanitario” Torrents et al, refuerzan la idea de que “los familiares de un paciente ingresado en la UCI sufren ansiedad, desorganización y necesidad de ayuda, sobre todo las primeras 18-24 horas posteriores al ingreso”. Por lo tanto, el núcleo familiar involucrado requiere tanto de apoyo emocional como de una excelente y clara comunicación sobre el estado de salud del paciente (10).

Así mismo, se ha documentado que el ingreso de una persona en la UCI altera el normal funcionamiento del círculo familiar al que pertenece, de ahí la importancia del vínculo familiar. El familiar se convierte en pieza fundamental del cuidado de la persona hospitalizada, la familia del paciente crítico hospitalizado en una UCI requiere de cuidado, atención e información oportuna. Con frecuencia, se les observa en las salas de espera con manifestaciones de diferente índole de acuerdo con el contexto de sus vivencias y necesidades. Es conocido de cualquiera, que las primeras visitas pueden ser alarmantes; crean angustia, expectativas en relación con la cantidad de dispositivos de monitoreo, equipos de mantenimiento de la vida y controles ambientales necesarios para garantizar un cuidado con calidad (10).

La familia debe ser entendida como sugiere Pérez “una unidad en la que, al producirse una alteración o transformación de uno de los integrantes de este grupo humano, influirá indefectiblemente en todos los demás, generando en algunos casos su disfuncionalidad”. Para Canty “la familia es un grupo cuyos integrantes se interrelacionan y están sujetos a la influencia del entorno y por lo tanto la hospitalización de uno de ellos creará una situación de crisis”. Las experiencias que viven los familiares al separarse un miembro de la familia, debido a la hospitalización, desencadena una serie de reacciones emocionales, el cual se ve intensificado en relación a la gravedad de la enfermedad (15).

Teniendo en cuenta los estímulos de la teorista Sor Callista Roy, el estímulo focal se afecta de forma directa en la madre y el padre en el momento de la hospitalización de su hijo, el cual genera una respuesta inmediata de cambios en la adaptación. En el estímulo contextual según Roy son todos los estímulos que están presentes durante el periodo de hospitalización del niño, los



cuales se evidencian en el momento de que los padres deben estar en la institución 24/7 al cuidado de su niño, en un ambiente de más presión, tecnología médica y vigilancia por parte del equipo sanitario, la intubación y la conexión al ventilador, el tener que abandonar su trabajo, el no tener autocuidado al momento del posparto ya que desde el momento del nacimiento ella se encuentra pendiente de sus niños, el traslado a otra ciudad y no tener el mismo personal sanitario que llevaba el caso del niño (9).

Entre los estímulos residuales se ven alterados los aspectos emocionales ya que los padres experimentaron sentimientos de culpa, temor, angustia, miedo, ansiedad ira, como también sentimientos de positivismo, en las creencias se refleja el refugio de los padres en la religión, ya que anteponen a DIOS frente a cualquier cosa, en este estímulo en la parte financiera se evidencia que no contaba con estar al día en sus aportes por parte del empleador, lo cual generaba gastos monetarios por la atención del niño, esta también se ve altamente afectada, ya que debían transportarse todos los días de Montenegro a armenia, la estadía en la ciudad de Cali por la necesidad del traslado, la alimentación por fuera de la vivienda, adicionando todos los gastos se tienen por solitud en la atención como elementos de aseo personal para el niño, por otro lado se evidencia notablemente la alteración de la rutina y de las responsabilidades diarias lo genera un impacto en las relaciones familiares y exposición a situaciones médicas difíciles (9).

Entre los estímulos comunes que experimentan los padres encontramos el estado de salud crítico del niño, procedimientos médicos invasivos, como la cirugía de posible obstrucción intestinal, monitoreo constante y alarmas, separación y falta de contacto físico, incertidumbre sobre el pronóstico e interacción con el personal médico que en algún momento este estímulo puede variar y pasar a ser el estímulo focal, debido a los cambios de los estímulos residuales y contextuales (9).

Teniendo en cuenta cada uno de estos estímulos presentes en los padres entrevistados se puede ver la modificación en el modo de adaptación de función del rol, y la adaptación de interdependencia según Roy. Ya que estos se modifican para lograr su adaptación a la situación o estímulo focal. Evidenciado en las expresiones anteriormente mencionadas.

Cuidado y atención del personal de salud: La atención al paciente se refiere a la prevención, tratamiento, manejo de enfermedades y la preservación del bienestar físico y mental a través de los servicios ofrecidos por profesionales de la salud. La atención al paciente consiste en servicios prestados por profesionales de la salud para el beneficio de los pacientes y sus familiares.



El cuidado es una acción o un proceso mediante el cual se brinda atención y apoyo a alguien con el fin de preservar su bienestar, seguridad y desarrollo.(11)

En efecto, el objetivo de los cuidados va más allá de la enfermedad; cuidar es “todo lo que ayuda a vivir y permite existir”, dice Collière. Los cuidados, por tanto, se dirigen a todo lo que estimula la vida (13). Teniendo en cuenta estos conceptos se consideró que estas expresiones alimentan este capítulo:

“La terapeuta fue y se le acercó a la incubadora y le dijo a Jacobo, amor tienes que estar juicioso porque estamos asistiendo a tu hermanito y entonces no vas a llorar y te vas a portar muy juicioso” (P1)

“Me contaban todo lo que le realizaban en las noches cuando yo no estaba” (P1)

“Me informaban todo el tiempo sobre su estado, me responden todas las preguntas que les realizaba” (P1)

“Tenía una enfermera jefe solo para el 24/7” (P1)

“Por mi licencia de maternidad estuve pendiente en todo momento” (P1)

“Me dediqué a cuidarlo y a estar pendiente” (P1)

“Cuenta con una habitación solo para las terapias y rehabilitación” (Diario de campo)

“Se observa gran destreza y habilidad por parte del madre, a la hora de asistir al niño, lo moviliza con facilidad durante el baño y para sus necesidades básicas” (Diario de campo).

Según Carbelo et al, la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), es un servicio de alta complejidad de atención, en donde más sufren los familiares, pues la pérdida de la salud supone una crisis situacional; en la que el núcleo familiar experimenta reacciones emocionales significativas (estrés, miedo, depresión, angustia, soledad, incertidumbre, llanto) y se requieren de mecanismos afectivos y de afrontamiento para restaurar el equilibrio; en estas circunstancias, el apoyo emocional y soporte comunicativo por parte de personal de enfermería ayuda a amortiguar el entorno hospitalario de la UCI (10).

En la atención ofrecida en las Instituciones de salud, específicamente en servicios de cuidado crítico, la comunicación enfermera (o) familia en la UCI es un elemento fundamental para brindar cuidado, Carbelo et al definió la comunicación como “un proceso dinámico fundamental para la existencia, el crecimiento, el cambio y la conducta de todos los seres vivos, ya sean individuos u organizaciones (27).



Según Ramírez et al, el cuidador, espera sentir el cuidado. La experiencia en la UCI es atemorizante, pero al recibir información acerca de los procedimientos y acciones realizadas para el cuidado hace que ellos se sientan bien, teniendo la sensación de que los RN son cuidados de buena manera (17).

El cuidado y la atención del personal de la salud se evidencia constantemente en la atención del niño, ya que es una madre que expresa que se sintió apoyada, acompañada, orientada y educada constantemente en su proceso, lo cual le permite un equilibrio y facilidad en la adaptación ante la enfermedad y hospitalización de su hijo.

CONCLUSIÓN O CONSIDERACIONES FINALES.

Las experiencias, sentimientos, la cultura y creencias de una madre ante la salud y la enfermedad de su hijo se ven altamente alterados, ya que se evidencia según las expresiones en la investigación que fueron modificadas por la estancia de su niño en UCI, donde se experimentan sentimientos de temor, miedo, impotencia, a la no mejora de la salud, y también sentimientos de esperanza y gratitud al refugiarse en su religión, ya que anteponía a DIOS sobre todas las cosas.

Para el cuidador, la hospitalización de su hijo representa un cambio grande en su diario vivir, donde su principal anhelo es la salud de su hijo, lo cual genera muchos cambios en su rol, dinámica familiar, en su entorno, a nivel económico, social, cultural, y en sus sentimientos y emociones, llevándolos a un cambio forzoso en su adaptación, donde el personal de enfermería se ve altamente involucrando ofreciendo estrategias de adaptación y afrontamiento a la familia mediante el acompañamiento y educación de la enfermedad.

FINANCIAMIENTO y / o RECONOCIMIENTO

FINANCIACIÓN: Los autores no recibieron ninguna fuente de financiación.

CONFLICTO DE INTERÉS: Ninguno

BIBLIOGRAFÍA:

1. Duque Delgado, Laura, Rincón Elvira, Encarnación Elena, & León Gómez, Victoria Eugenia. (2020). Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. *Ene*, 14(3), e14308. Epub 05 de abril de 2021. Recuperado en 31 de mayo de 2023, de

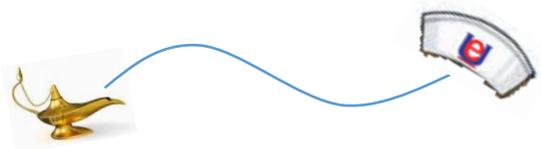


http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300008&lng=es&tlng=es.

2. Melania Cañas, E., & Rodríguez Holguín, Y. (2016). La experiencia del padre durante la hospitalización de su hijo recién nacido Pretérmino extremo. *Scielo*, 14(3), 1657-5997. <https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.3.6>
3. Aburto Yataco, V. M. (2018). Cuidados de enfermería a niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas en el servicio de emergencia del CS Cerro Azul. Cañete. 2014-2017.
4. Moreno-Fergusson, M. E., & Alvarado-García, A. M. (2009). Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. *Aquichan*, 9(1), 62-72.
5. La Importancia del Vínculo en la Familia. (2020, septiembre 3). Recuperado el 26 de mayo de 2023, de Hominum México website: <https://hominummexico.com/blog/la-importancia-del-vinculo-en-la-familia/>
6. .Mexicano De Investigación C, México AC, Completo N. Cómo citar el artículo [Internet]. Redalyc.org. [citado el 26 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/140/14042022002.pdf>
7. Delfín-Ruiz C, Orozco S, Guzmán C, Valencia P, José E, Orozco CS, et al. Desarrollo cognitivo y funcionalidad familiar de infantes en las comunidades urbano-marginales de Ecuador. *Revista de Ciencias Sociales* [Internet]. 2019; Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28068276012>
8. .Bonfill Accensi E, Lleixa Fortuño M, Sáez Vay F, Romaguera Genís S. Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy. *Index Enferm* [Internet]. 2010 [citado el 26 de mayo de 2023];19(4):279–82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300010
9. Díaz de Flores, Leticia, Durán de Villalobos, María Mercedes, Gallego de Pardo, Patricia, Gómez Daza, Bertha, Gómez de Obando, Elizabeth, González de Acuña, Yolanda, Gutiérrez de Giraldo, María del Carmen, Hernández Posada, Ángela, Londoño Maya, Jenny Carolina, Moreno Fergusson, María Elisa, Pérez Giraldo, Beatriz, Rodríguez Carranza, Claudia, Roza de Arévalo, Clara, Umaña de Lozano, Carmen, Valbuena, Sandra, Vargas Márquez, Roberto, & Venegas Bustos, Blanca Cecilia. (2002). Análisis de los



- conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan*, 2(1), 19-23. Retrieved May 26, 2023, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004&lng=en&tlng=es.
10. Marqués, F. L. (2018, noviembre 13). ¿Qué es la atención al paciente? Definición. Recuperado el 27 de mayo de 2023, de Clinic Cloud website: <https://clinic-cloud.com/blog/atencion-al-paciente-definicion/>
 11. Luna RB. El concepto de la Cultura: definiciones, debates y usos sociales. *Rev Claseshistoria* [Internet]. 2013 [citado el 26 de mayo de 2023];(2):2. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5173324>
 12. La Importancia del Vínculo en la Familia. (2020, septiembre 3). Recuperado el 26 de mayo de 2023, de Hominum México website: <https://hominummexico.com/blog/la-importancia-del-vinculo-en-la-familia/>
 13. Saucedo-Soberon Luz Milagros, Diaz-Manchay Rosa Jeuna, Rodríguez-Cruz Lisseth Dolores, Tejada-Muñoz Sonia, Guerrero-Quiroz Soledad Elizabeth, Nuñez-Odar Adela Rosanna et al . Cuidado espiritual a las madres de neonatos críticos hospitalizados. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA* [Internet]. 2021 Ene [citado 2023 Mayo 19] ; 14(1): 23-28. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312021000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.141.866>.
 14. Troncoso-Pantoja, C., & Amaya-Placencia, A. (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(2), 329-332.



ARTICULO DE REFLEXIÓN

Escuchando a los padres y madres que trabajan: Como facilitar la lactancia

"Listening to Working Parents: How to Support Breastfeeding."

"Ouvindo os pais e mães que trabalham: Como facilitar a amamentação."

Gloria Marcela Correa Suarez ¹
ORCID: 0000-0001-6242-1079

Mónica María Cortés Gallego ¹
ORCID: 0000-0003-4733-5126

¹ Universidad de Quindío Armenia, Quindío, Colombia.

Autor correspondiente: Mónica María Cortés Gallego
Email: mmcortes@uniquindio.edu.co



RESUMEN.

Objetivo: Comprender las necesidades, expectativas y desafíos de las madres que trabajan y han continuado con su lactancia. **Métodos:** El presente artículo se basó en la recopilación de relatos sobre el tema de interés. Se realizaron entrevistas abiertas, se identificaron patrones, temáticas recurrentes y conexiones significativas en las historias. **Resultados:** Las madres trabajadoras enfrentan desafíos como la falta de tiempo debido a horarios ajustados, la presión laboral que a menudo no brinda el tiempo o espacio necesario para amamantar, y la fatiga causada por la falta de sueño y la sobrecarga de trabajo. **Conclusión/Consideraciones finales:** Se enfatiza que las madres no deberían verse obligadas a elegir entre amamantar y los compromisos laborales. Con una planificación y el respaldo adecuado, es posible conciliar la lactancia con una carrera profesional. La implementación de medidas efectivas de protección de la maternidad es crucial, y los profesionales de la salud deben mantenerse actualizados para brindar un óptimo respaldo a las madres.

Palabras Clave: Lactancia, Leche humana, Mujeres trabajadoras, Permiso parental.

ABSTRACT.

Objective: To understand the needs, expectations, and challenges of working mothers who have continued breastfeeding. **Methods:** This article is based on the collection of narratives on the subject of interest. Open interviews were conducted, and patterns, recurring themes, and significant connections in the stories were identified. **Results:** Working mothers face challenges such as a lack of time due to tight schedules, work-related pressures that often do not provide the necessary time or space for breastfeeding, and fatigue caused by lack of sleep and work overload. **Conclusion/Final Considerations:** It is emphasized that mothers should not be forced to choose between breastfeeding and work commitments. With proper planning and adequate support, it is possible to reconcile breastfeeding with a professional career. The implementation of effective maternity protection measures is crucial, and healthcare professionals should stay updated to provide optimal support to mothers.

Keywords: Lactation, Milk, Human, Women, Working, Parental Leave.

RESUMO.

Objetivo: Comprender as necessidades, expectativas e desafios das mães que trabalham e continuaram a amamentação. **Métodos:** Este artigo baseou-se na coleta de narrativas sobre o assunto de interesse. Foram realizadas entrevistas abertas, identificando padrões, temas recorrentes e conexões significativas nas histórias. **Resultados:** Mães que trabalham enfrentam desafios, como a falta de tempo devido a horários apertados, pressões laborais que frequentemente não oferecem o tempo ou espaço necessário para amamentar, e a fadiga causada pela falta de sono e sobrecarga de trabalho. **Conclusão/Considerações Finais:** Enfatiza-se que as mães não devem ser forçadas a escolher entre amamentar e compromissos de trabalho. Com um planejamento adequado e apoio suficiente, é possível conciliar a amamentação com uma carreira profissional. A implementação de medidas eficazes de proteção à maternidade é crucial, e os profissionais de saúde devem se manter atualizados para fornecer um apoio ótimo às mães.

Palavras-Chave: Lactação, Leite Humano, Mulheres Trabalhadoras, Licença Parental.



INTRODUCCIÓN.

La lactancia materna es uno de los regalos más preciosos que una madre puede dar a su bebé. No solo proporciona una nutrición óptima, sino que también crea un vínculo emocional único entre madre e hijo. Sin embargo, para muchas madres que trabajan que según datos del DANE para el 2022 corresponden al 44,1 % de la población laboralmente activa¹, la lactancia puede ser un desafío. La presión de equilibrar la vida laboral y la maternidad puede hacer que mantener la lactancia sea desafiante y muchas veces agotador.

En la actualidad, en Colombia y América Latina, decenas de miles de mujeres continúan enfrentando numerosos obstáculos que significativamente reducen sus posibilidades de lograr una lactancia materna exitosa, por ello uno de los principales motivos por los cuales las madres dejan de amamantar a sus bebés es la necesidad de regresar al trabajo². Esto se debe principalmente a licencias de maternidad de corta duración, permisos de lactancia que no se ajustan a las realidades de las familias, o empleos que son incompatibles con las necesidades de conciliación requeridas para la lactancia, ya sea debido a horarios, distancia o las funciones desempeñadas por la madre en su lugar de trabajo.

Según la OMS en la semana mundial de la lactancia 2023, al hacer que sea posible amamantar y trabajar, las sociedades funcionan³. La lactancia materna ofrece a los niños beneficios nutricionales y de salud fundamentales con efectos positivos duraderos para toda la vida, y contribuye a mejorar la salud de las poblaciones –y de la fuerza de trabajo– para el futuro³.

Debido a lo expuesto anteriormente, resulta fundamental que todos los actores que inciden directa o indirectamente sean sensibilizados acerca de la trascendencia de la lactancia materna⁴. En el marco de este artículo, se abordarán estrategias y recomendaciones orientadas a facilitar la lactancia entre las madres que trabajan, basándonos en los testimonios recopilados de familias que han atravesado la experiencia de mantener la lactancia una vez que la madre concluye su período de licencia de maternidad. Esto nos permitirá comprender sus necesidades, expectativas y desafíos, con el fin de mejorar la atención y el respaldo brindados por los profesionales de la salud a aquellas familias que desean continuar alimentando a sus bebés con leche materna.



MÉTODO.

El presente artículo se basó en la recopilación de relatos sobre el tema de interés. La recopilación de relatos o historias de vida es una metodología valiosa que permite obtener una comprensión profunda de las experiencias personales y las narrativas de los individuos en diversos contextos⁵. Este enfoque cualitativo es particularmente útil para explorar vivencias, desafíos, transformaciones y significados en la vida de los participantes. Se realizaron entrevistas abiertas, con la información obtenida se identificaron patrones, temáticas recurrentes y conexiones significativas en las historias, que permitieron construir los resultados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Los desafíos más comunes a los que se ven enfrentadas las madres y sus familias cuando se trata de amamantar son:

Ausencia de tiempo: Las madres trabajadoras a menudo tienen horarios ajustados que dificultan encontrar tiempo para extraer leche o amamantar durante el día, esto hace que una hora de lactancia que es reconocida actualmente hasta los seis meses de vida y media hora hasta los dos años sea insuficiente, la mayoría de las madres refieren que este tiempo se agota tan solo en el transporte hacia sus domicilios.

Presión laboral: Algunas madres sienten que su empleo no les brinda el tiempo o el espacio necesario para amamantar o extraer leche de manera adecuada. Las salas de lactancia a pesar de tener una legislación específica, en Colombia la ley 1823 de 2017 que adopta la estrategia salas amigas de La familia lactante del entorno laboral en entidades públicas territoriales y empresas privadas⁶. Se encuentran ausentes en la mayoría de escenarios laborales; agravado esto con la desinformación en general que perpetua mitos sobre la lactancia pública.

Profesionales no actualizados: Dentro de los relatos surgieron muchas observaciones hacia los profesionales de la salud. Si un profesional de la salud no está al tanto de las últimas pautas y recomendaciones relacionadas con la lactancia materna y el trabajo, puede proporcionar información obsoleta o inexacta a las madres. Esto puede llevar a la confusión y al abandono temprano de la lactancia. Un profesional de la salud desactualizado puede no estar al tanto de las políticas y regulaciones laborales que protegen el derecho de las madres a la lactancia materna en el lugar de trabajo. Como resultado, puede no ser capaz de proporcionar orientación sobre



las opciones de permisos de lactancia, horarios flexibles o lugares adecuados para extraer leche. Cada madre y bebé son únicos, y las necesidades y desafíos de la lactancia pueden variar. Un profesional de la salud que no se mantiene actualizado puede no ser capaz de adaptar su asesoramiento a las necesidades específicas de cada madre y bebé, lo que puede llevar a la falta de éxito en la lactancia.

Fatiga: La fatiga derivada de la falta de sueño y la presión de conciliar las responsabilidades laborales con la maternidad pueden ser abrumadoras para las madres⁷, repercutiendo en su capacidad para mantener una producción de leche constante y dificultando la oportunidad de realizar extracciones de leche eficaces. Estas extracciones son esenciales para garantizar una reserva adecuada que pueda satisfacer las necesidades del bebé en los momentos en que la madre no puede estar presente. Se ha informado que las mujeres enfrentan una carga de trabajo total de 14 horas y 49 minutos al día, de las cuales un 49% corresponde a tareas no remuneradas⁸.

Dado lo anterior las estrategias para facilitar la Lactancia y el trabajo podrían ser:

Comunicación con el Empleador: La comunicación abierta con el empleador es fundamental. Antes de regresar al trabajo, las madres deben discutir sus necesidades relacionadas con la lactancia. Esto puede incluir la posibilidad de pausas para extraer leche, la creación de un espacio privado para hacerlo y la flexibilidad en el horario para amamantar al bebé si es posible. Es importante recordar que Colombia tiene legislación específica que protege los derechos de las madres trabajadoras en este sentido, como la Ley 2306 de 2023, por medio de la cual se promueve la protección de la maternidad y la primera infancia, creando incentivos y normas para la construcción de áreas que permitan la lactancia en el espacio público en Colombia⁹.

Establecer un horario y rutina: Mantener un horario regular para extraer leche puede ayudar a mantener una producción de constante. Programar las pausas para la lactancia o la extracción de leche como una tarea importante puede ayudar a evitar que el trabajo y las labores diarias del hogar, se interpongan en el camino de la lactancia.

Utilizar un extractor de leche adecuado y conocer técnicas como la extracción manual: Un extractor de leche adecuado es una inversión valiosa para las madres que trabajan. Los extractores eléctricos suelen ser más eficientes y rápidos que los manuales y pueden ayudar a extraer leche de manera más efectiva en un corto período de tiempo¹⁰, aunque sus costos son elevados



para algunas madres, por lo cual conocer técnicas alternativas como la extracción manual puede facilitar a la mujer la realización de un banco de leche.

Almacenar la Leche de manera adecuada: La leche extraída debe almacenarse adecuadamente para mantener su calidad y seguridad¹⁰. Las madres deben ser informadas de las diferentes alternativas para el almacenamiento de leche materna que más se ajusten a sus necesidades particulares y presupuesto.

Red de apoyo efectiva: Buscar apoyo de otras madres que hayan enfrentado desafíos similares puede ser invaluable, además de la pareja y familiares significativos (madre, abuela, tía, suegra, padre) cuyas opiniones y soporte emocional son necesarios durante este periodo.

Las redes de apoyo pueden proporcionar consejos prácticos para mantener la motivación y superar los obstáculos.

Priorizar el Autocuidado: La lactancia materna puede ser agotadora. Las madres trabajadoras deben priorizar el autocuidado, incluyendo una dieta equilibrada, hidratación adecuada y descanso siempre que sea posible. Cuanto mejor se cuiden, mejor podrán enfrentar los desafíos de la lactancia y el trabajo.

Educación Continua: Educar y dar a conocer a los empleadores, colegas y sociedad en general sobre los beneficios de la lactancia materna y la importancia de apoyar a las madres trabajadoras puede contribuir a crear un entorno más comprensivo y facilitador, donde amamantar sea visto como un proceso natural que brinda múltiples ventajas.

CONCLUSIÓN O CONSIDERACIONES FINALES.

La lactancia materna es una experiencia única y valiosa para las madres y sus bebés, por lo tanto, no deberían verse obligadas a elegir entre amamantar a sus hijos y los compromisos laborales. A pesar de los desafíos particulares que puedan surgir, con una planificación adecuada, una comunicación efectiva con los empleadores y el respaldo de la comunidad, es plausible conciliar exitosamente la lactancia con una carrera profesional.



La implementación de medidas efectivas de protección de la maternidad no solo conduce a una mejora en la salud de los niños y las madres, sino que también aumenta las tasas de éxito en el proceso de lactancia. No obstante, en la actualidad, se estima que más de quinientos millones de mujeres empleadas carecen de acceso a las prestaciones fundamentales de maternidad, y muchas más se ven desprovistas de apoyo cuando regresan al trabajo. En consecuencia, es imperativo que los profesionales de la salud se mantengan al tanto de la información y directrices más recientes para brindar un respaldo óptimo a las madres que desean mantener la lactancia durante su vida laboral.

Las madres que toman la decisión de amamantar deben experimentar un sentido de empoderamiento y sentirse respaldadas en su elección, conscientes de que están otorgando a sus hijos un regalo invaluable que perdurará toda la vida. La lactancia materna en el entorno laboral no solo es una manifestación de amor, sino también un acto de empoderamiento.

Este estudio ayudará a diseñar intervenciones dentro del sector salud más específicas e individualizadas de acuerdo a las necesidades, fortalezas, expectativas, deseos, debilidades, entre otras, de la madre consultante. Por lo anterior, es preciso que los profesionales de salud, en este caso, el personal de enfermería, brinde una consejería en lactancia materna idónea, clara, concisa y oportuna a la madre primeriza, esto para clarificar sus dudas e inquietudes de la misma, y de esta forma estimular a la madre a seguir con el proceso de lactancia sin complicaciones hasta un feliz término.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que el presente artículo presenta algunas limitaciones; al ser un estudio fenomenológico nos basamos en las experiencias subjetivas de las madres, como autores, somos conscientes de que estas no pueden ser generalizadas y por lo tanto se verán influenciadas por las características y costumbres socioculturales de cada municipio.

Para finalizar, consideramos que es importante que los profesionales de la salud identifiquen necesidades biopsicosociales maternas, que las intervenciones estén enfocadas en lograr un completo estado de confort, promoviendo un proceso de LM exitoso y contribuyendo a largo plazo a que las futuras generaciones de la sociedad gocen de los beneficios de ésta en su vida presente y futura.



FINANCIAMIENTO y / o RECONOCIMIENTO

FINANCIACIÓN: Universidad del Quindío

CONFLICTO DE INTERÉS: Ninguno

BIBLIOGRAFÍA:

1. DANE. Resultados Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Armenia, Quindío; 2019. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informaciontecnica/presentaciones-territorio/190731-CNPV-presentacion-Quindio-Armenia.pdf>
2. Banco Mundial. Comunicado de prensa N.º 2019/128/DEC: A pesar de los avances, las mujeres enfrentan dificultades en el ámbito de los derechos laborales [Internet]. 2019 [citado el [15-10-2023]]. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2019/02/27/despite-gainswomen-face-setbacks-in-legal-rights-affecting-work>
3. OMS. Semana mundial de la lactancia materna 2023/mensajes clave. 2023. Citado el [9-10-2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/world-breastfeeding-week/2023/key-messages>
4. Unicef. Promovamos la lactancia materna. 2021. Citado el [10-10-2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/informes/promovamos-la-lactancia-materna>
5. Macías Reyes R. Historia de vida. Reflexiones teóricas y metodológicas desde la práctica en la Maestría en Desarrollo Cultural Comunitario. Rev Didasc@lia: Did Educ. 2020;11(3). Citado el [14-10-2023].
6. Congreso de Colombia. Ley 1823 de 2017, enero 4. Por medio de la cual se adopta la estrategia salas amigas de La familia lactante del entorno laboral en entidades públicas territoriales y empresas privadas y se dictan otras disposiciones. Citado el [17-10-2023]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=79037>
7. Sack R. Lactancia materna y trabajo: ¿un derecho reconocido a la mujer?: A right recognized a woman? La aljaba. 2015;19:117-134. Citado el [18-10-2023]. Disponible http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1669-57042015000100006&script=sci_abstract
8. CEPAL, N. U. Informe Especial COVID-19 Nº9: La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad [álbum fotográfico]. 2021. Citado el [16-10-2023]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/comunicados/la-pandemia-covid-19-genero-un-retroceso-mas-decada-niveles-participacion-laboral>
9. Congreso de Colombia. Ley 2306 de 2023, julio 31. "Por medio de la cual se promueve la protección de la maternidad y la primera infancia, se crean incentivos y normas para la construcción de áreas que permitan la lactancia materna en el espacio público y se



dictan otras disposiciones". Citado el [16-10-2023] Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=215030>

10. UNICEF Uruguay. 8 recomendaciones para la extracción de la leche materna. 2023. Citado el [16-10-2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/primeros-anos/8-recomendaciones-para-la-extraccion-de-la-leche-materna>



PROYECTO NUCLEAR

La educación un elemento central del cuidado para prevención del riesgo cardiovascular en el adulto mayor

Education is a central element of care for the prevention of cardiovascular risk in older adults.

A educação é um elemento central do cuidado para a prevenção do risco cardiovascular no adulto maior.

Lorena Rico Sánchez ^I

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

Laura Daniela Mejía Rojas ^I

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

Andrea Estefanía Díaz Zamudio ^I

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

María Yisella Mayor Moreno ^I

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

María Isabel Osorio Álvarez ^I

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

Yeiny Viviana Pacheco Duque ^I

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

Yaneth Esperanza Jaramillo Sánchez ^I

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9870-3243>

^IUniversidad Alexander Von Humboldt. Armenia - Quindío, Colombia.

Autor correspondiente: Yaneth Esperanza Jaramillo Sánchez

Email: yjaramillo88@cue.edu.co



RESUMEN.

El proyecto nuclear es un ejercicio del aula donde los estudiantes de V semestre del programa de enfermería, de manera colaborativa y bajo lineamientos del pensamiento constructivista, establecen una solución a una problemática encontrada e integran los concomitemos de las diferentes asignaturas, para utilizar las herramientas del cuidado integral a las personas y comunidades, este proyecto tienen como **objetivo**: fomentar la educación en la ruta de riesgo cardiovascular y enfermedades metabólicas en la población adulta mayor institucionalizada; estas enfermedades son la principal causa de muerte a nivel mundial considerándose un problema de interés en salud pública. **Métodos** se establece un sondeo de los conocimientos previos sobre la ruta de riesgo cardiovascular se utilizó como instrumento una encuesta para recoger la información posteriormente a esto, los estudiantes establece una estrategia educativa, donde los elementos principales son lúdica y la interacción con los usuarios, **Resultados**: la mayoría de los factores de riesgo están asociados con los estilos de vida y hábitos saludables, la educación en salud promueve y sensibiliza la partición comunitaria y el autocuidado, estas acciones contribuye a la mitigación del riesgo cardiovascular del adulto Mayor.

Palabras Clave: Adulto mayor; Educación en salud; Factores de riesgo cardiovascular.

ABSTRACT.

The nuclear project is a classroom exercise where V semester students of the nursing program collaboratively and under the guidelines of constructivist thinking establish a solution to a problem encountered and integrate the concomitemos of the different subjects to use the tools of comprehensive care to people and communities, **this project aims to**: Promote education in the pathway of cardiovascular risk and metabolic diseases in the institutionalized older adult population; These diseases are the main cause of death worldwide and are considered a major public health problem. **Methods**, a survey of prior knowledge about the related cardiovascular risk route was established. A survey that was designed by the students and validated by the practice teachers with experience in the community area was used as an instrument to collect the information. Subsequently, a survey was established. educational strategy, where the main elements are play and interaction with users, **Results**: most of the risk factors are associated with healthy lifestyles and habits, health education promotes and raises awareness and community partition with self-care contributes to the mitigation of cardiovascular risk in the elderly.

Keywords: Older adults, Health education, Cardiovascular risk factors.

INTRODUCCIÓN.

La mayor carga de enfermedad cardiovascular en el mundo se encuentra entre la población de adultos mayores, entre las edades de 65 a 86 años, para año 2020 se presentaron 17,9 millones de muertes en el mundo, siendo la primera causa de fallecimiento las alteraciones cardiovasculares, este es un evento más recurrente en países de bajos y de medianos recursos, en Latinoamérica el 33.7% de la población muere por estas patologías, se espera que la cifra aumente a más del 60% para la próxima década (1).



En Colombia, de acuerdo con el DANE (2020) (2), se estiman que el 37,2% de muertes anuales son causados por enfermedades cardiovasculares, aunque expertos creen que la pandemia del Covid-19 dejó un subregistro que podría elevar bastante este número; en los cinco primeros departamentos se encuentra el Quindío de acuerdo con estadísticas, por cada 100.000 habitantes, en el departamento murieron 140,6 personas a causa de una enfermedad cardiovascular. Por encima, se encuentran los departamentos de Tolima (184.9), Caldas (144.5) y Risaralda (142,4), todos de la zona denominada Región del Eje Cafetero. (3). entre principales patologías que se encuentran los infartos, falla cardíaca, arritmias, enfermedades cerebrovasculares y aneurismas de la aorta.

Otra característica encontrada del departamento del Quindío según las estadísticas del (2) indica que un porcentaje alto del 19% de la población está en proceso de envejecimiento. Estos adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se consideran la población más vulnerable frente a las enfermedades cardiovasculares presentado una estrecha relación entre los determinantes estructurales e intermedios que pueden alterar la calidad vida y la salud de las personas, incluyendo el entorno familiar, comunitario y el acceso a los servicios de salud (3). Una de las complicaciones de pacientes que sufren un evento cardiovascular a lo largo de los años es discapacidad, aproximadamente 40,8 millones personas en el mundo padecen esta alteración produciendo sobre costos hospitalarios, disminuyendo al calidad de vida usuario, alterando la dinámica familiar y su entorno social.

También es importante tener presente los factores de riesgo no modificables: Edad, el riesgo de ictus se dobla cada diez años después de los 55. Historia familiar de accidente cerebrovascular: Padres, abuelos o hermanos, especialmente antes de los 65 años. Raza: Los afroamericanos tienen un riesgo mucho más elevado, sobre todo en alteraciones como la hipertensión arterial, diabetes y obesidad, también hay diferencias en sexo: Las mujeres tienen mayor riesgo de sufrir riesgos cardiovasculares debido a situaciones como el embarazo, historia de pre eclampsia/eclampsia y diabetes gestacional, uso de anticonceptivos orales y terapia hormonal postmenopáusica. Accidente cerebrovascular previo: El riesgo se incrementa con la existencia de episodios previos y también por la presencia de eventos isquémicos transitorios. (4-15).



Por otro lado, la lucha contra la enfermedad cardiovascular requiere una respuesta urgente multisectorial coordinada, por políticas públicas de salud y el sistema sanitario, especialmente los países en vía desarrollo deben adaptar y fortalecer estrategias para enfrentar las enfermedades que tienden a desarrollarse más tarde en el curso de vida. Se deben proponer acciones de manera individual y colectiva permitiendo intersectorial e integralidad a nivel global, nacional, departamental es urgente y prioritario para garantizar medidas eficaces para la prevención de la morbilidad, discapacidad y mitigación de la progresión de la enfermedad cardiovascular. (5).

La promoción y prevención de los riesgos cardiovasculares son elementos fundamentales para generación de una cultura del cuidado. A todas las personas, familias y comunidades, desde el Plan decenal de salud (8). se establece como una de prioridades a ejecución desde la gestión integral del riesgo salud como parte fundamental de la estrategia de Atención Primaria en salud, las personas con riesgo cardiovascular deberán ser orientadas hacia la ruta de atención en salud para iniciar sus controles y tener un adecuado seguimiento tratamiento y cuidado de la salud. (9).

Dado el contexto anterior es importante que la población adulta mayor reciba educación en salud sobre la promoción y prevención de los riesgos cardiovasculares, que pueden modificar como dejar de fumar, comer exceso de grasas y azúcares, dejar la inactividad física, disminuir la obesidad, controlar la presión arterial, reducir el colesterol, consumir mínimo 1 litro de agua al día. (6).

Esta situación se considera un desafío para el profesional de enfermería en su misión de un cuidado integral donde se deben fortalecer las intervenciones y la educación en salud, en el adulto mayor uno aspectos más importantes es divulgación de la ruta de prevención del riesgo cardiovascular junto a las acciones de promoción y prevención, es importante que la práctica se inicie desde la academia en el periodo de formación donde los conocimientos no se queden solo para el aula de clase, sino que los estudiantes contribuyan solucionar la problemáticas de salud del entorno visualizado también como un compromiso social.

MÉTODO.

Para la realización de este proyecto de aula se parte desde la metodología constructivismo “El conocimiento es una construcción del ser humano”: cada persona percibe la realidad, la organiza y lo que contribuye a la edificación de un todo coherente que da sentido y unicidad a la realidad” por ende el estudiante se hace parte activa de proceso de aprendizaje enseñanza



aprendizaje, más los conocimientos orientados por las asignaturas y Prevención específica y detección temprana en el adulto y adulto mayor, fundamentos de investigación y elementos del cuidado, se prioriza una la temática de socialización ruta de riesgo cardiovascular y enfermedades metabólicas, en la primera parte se hace consulta amplia desde la literatura científica donde se obtiene artículos en la bases indexadas: LILACS, Escupos y Dialnet utilizando las palabras claves validadas en los descriptores DeCS: Adulto mayor, educación en salud, factores de riesgo cardiovascular.

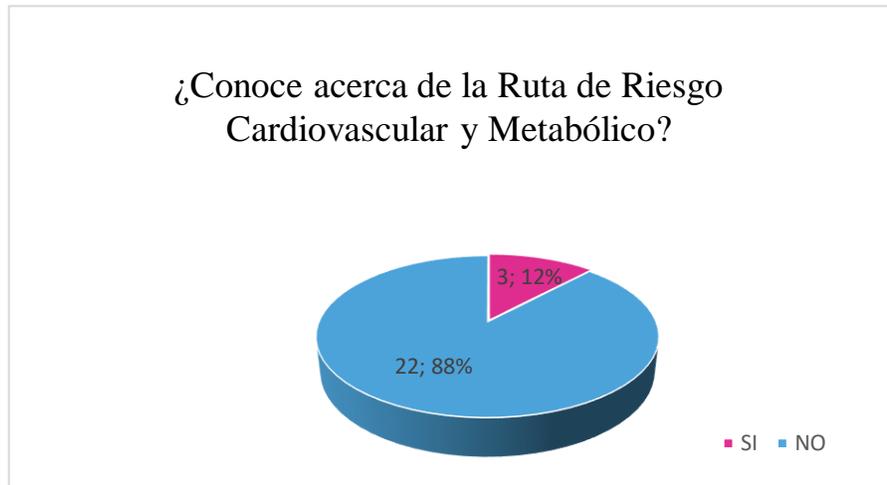
Posteriormente se construye una matriz de coherencia como base fundamental para identificar un fenómeno desde la teoría; después de esto en el área práctica utiliza las herramientas del aprendizaje significativo en el contexto del adulto mayor integrando la lúdica como fuente motivadora y se plantea la siguiente pregunta ¿cuál son conocimientos de los adultos mayores institucionalizados sobre la ruta de riesgo cardiovascular y enfermedades metabólicas en una institución municipal de Armenia Quindío? Primero se aplicó un cuestionario simple para medir el conocimiento previos de los adultos mayores en relación a la ruta riesgo cardiovascular, previo conocimiento, fue validada por dos docentes de enfermería comunitaria con amplia experiencia en esta área de la gerontología, los participantes se seleccionaron al azar para la muestra y cumplieron los siguientes criterios de inclusión: adultos mayores que quieran participar voluntariamente, con una comunicación verbal aparentemente coherente, se contó participación de 25 adultos mayores, se consolidaron los resultados permiten identificar las necesidades educativas y se plantea la estrategia educativa para socialización de la ruta de riesgo cardiovascular en esta comunidad.

RESULTADOS.

Se presentan los resultados de la fase inicial donde se identifican los conocimientos previos que tienen los adultos mayores sobre los riesgos cardiovasculares y la ruta de atención establecida en territorio colombiano.

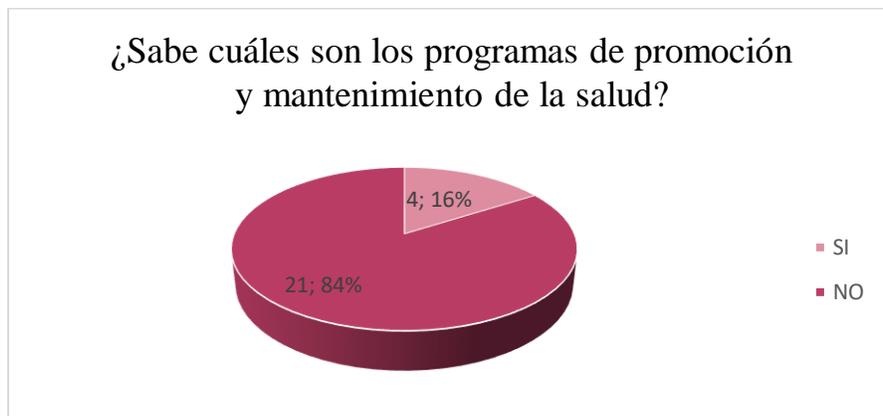
Grafica N° 1	SI	NO
¿Conoce acerca de la Ruta de Riesgo Cardiovascular y Metabólico?	3	22





Se identifica que el 88% de la población adulta desconoce la implantación y ejecución de la ruta integral para el riesgo cardiovascular y metabólico, y solo el 12% conoce sobre ella porque lo asocian a la participación en programas de control y prevención.

Grafica Nº.2	SI	NO
¿Sabe cuáles son los programas de promoción y mantenimiento de la salud?	4	21



El siguiente resultado evidencia que 84% de los pacientes no tienen conocimiento alguno, sobre los programas brindados de promoción y mantenimiento de la salud y el 4; 16% conoce sobre estos programas. Se destaca la hipertensión y diabetes.

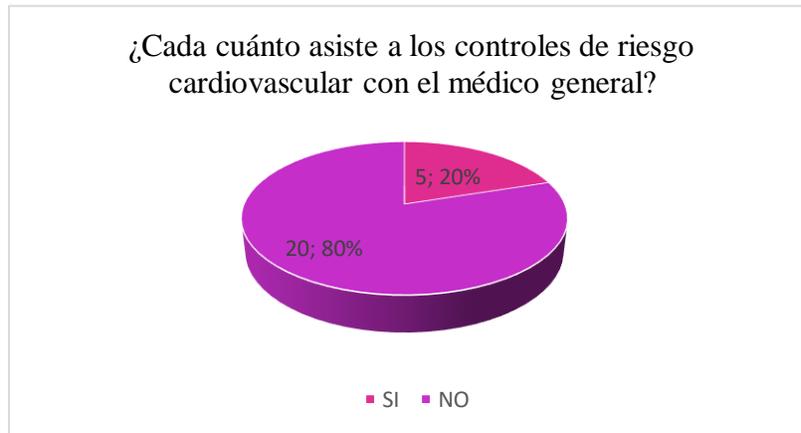
Grafica Nº 3	SI	NO
¿Asiste a algún programa de promoción y mantenimiento de la salud en su IPS? Cual.	4	21





Por otra parte, se identificó que el 84% de las personas no asisten a ningún programa de promoción y mantenimiento de salud en su IPS, y solo el 4; 16% es adherente.

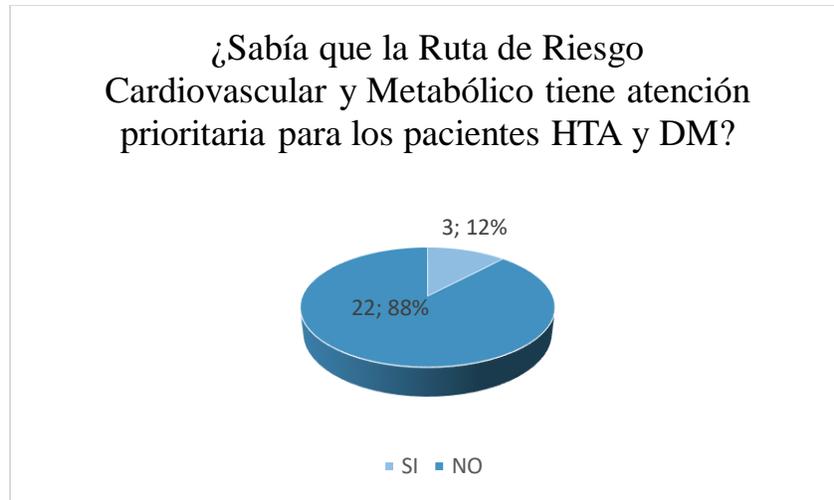
Grafica N°4	SI	NO
¿Cada cuánto asiste a los controles de riesgo cardiovascular con el médico general?	5	20



Se encontró que el 80% de las personas no asisten a los controles de riesgo cardiovascular con el médico general y el 20% restante si asiste a controles IPS.

Grafica N° 5	SI	NO
¿Sabía que la Ruta de Riesgo Cardiovascular y Metabólico tiene atención prioritaria para los pacientes HTA y DM?	3	22



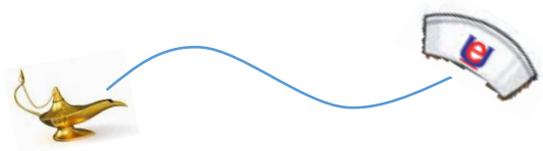


Se identifica que el 12% de personas tienen conocimiento de las principales enfermedades de la ruta hipertensión y diabetes, mientras que por otro lado hay un 88% de personas que no conocen las generalidades de la ruta de riesgo cardiovascular.

Partiendo del anterior panorama expuesto donde se observa un débil conocimiento de la ruta y sus programas en intervenciones se realizó la siguiente estrategia educativa e intervenciones de enfermería “Aprendiendo Y Jugando Disfruto Mi Camino Hacia La Adulthood”. Para la implementación de esta se utiliza el aprendizaje significativo que le permite al adulto mayor a observar su contexto inmediato e identificar una situación, es una forma en que involucra tanto el proceso de educación como la técnica de retención del mensaje también favorece. la asociación de situaciones y contar sus propias experiencias para fortalecer la motivación y construir nuevos conceptos esto favorece disminuir el deterioro de la memoria producto del envejeciendo (10).

También existe una relación muy fuerte entre el aprendizaje en la tercera edad y la motivación que la persona mayor tenga para iniciar una tarea, desarrollar un proyecto o profundizar en un tema. La capacidad de aprendizaje que tiene cada individuo está directamente relacionada con su capacidad intelectual, pero también, el factor motivacional y el entorno facilitador son agentes fundamentales para el desarrollo del aprendizaje por medio de la lúdica, entre estos tenemos:

1. Pendones educativos: Se brinda capacitación a los adultos mayores sobre estilos de vida saludable, prevención del tabaco, importancia de la ruta de riesgo cardiovascular explicando sus principales patologías, programas, control y seguimiento y tratamiento



2. Toma de signos vitales: se recomienda hacer este chequeo a todos los usuarios y diariamente con el objetivo de valorar y evaluar alteraciones de las funciones corporales, y de esta manera valorar el nivel de funcionamiento físico del sistema cardiovascular realizando tamizaje para identificar alteraciones en población a estudio.
3. Rumba terapia: El ejercicio dirigido y controlado permite que los pacientes conserven su capacidad física y mental, ofrece beneficios para el sistema cardiovascular, sistema óseo, neurológico, estimula la hormona de la felicidad (Dopamina).
4. Masaje Corporal: Mejora la circulación sanguínea, favorecen el entrono venoso lubrica la piel, mejora los movimientos en general y alivia el dolor. Contribuye a la calidad y cantidad del sueño. Alivia la tensión, el estrés y los estados de ánimo.

De igual manera se realizaron otras actividades que fortalecen la memoria y motricidad fina que ayudan a fomentar la motivación en la partición de la estrategia

5. Cromoterapia: consiste en colorear dibujos puede convertirse en un remedio sorprendente y eficaz para lograr la relajación en ciertos momentos, ya que permite despejar la mente y enfocar la atención en detalles como: la forma, el color y otros aspectos de la composición y funciones del sistema cardiovascular.
6. Bingo: puede activar las células cerebrales, hace que los adultos mayores se concentren y aumenten su capacidad de memoria. Podemos decir que los beneficios de los juegos de mesa para los mayores tienen que ver con fortalecer la memoria, la percepción, mejorar la rapidez y su capacidad de concentración. Hacen que estas personas presten más atención a la dinámica del juego y a su desarrollo.
7. Motricidad fina: Realizar dibujos o figuras con plastilina, este material moldeable hace que el adulto se sienta cómodo y sin darse cuenta vaya adquiriendo agilidad, destreza y fuerza en sus dedos. Además de estimular su capacidad mental.

Las intervenciones de enfermería y la educación en salud permiten a través de la lúdica fomentan el autocuidado y modificar los estilos vida.

DISCUSIÓN

La mayoría de los adultos mayores que participaron de la estrategia educativa desconocen la ruta de atención de promoción y mantenimiento de la salud, la participación comunitaria es



fundamental para la salud según lo descrito por la Organización Mundial de la Salud (11), define que la participación comunitaria y social son estrategia de Atención primaria en salud es la principal herramienta para alcanzar el propósito de mejorar la calidad de vida optimizar para los países más pobres y envía de desarrollo, se determinó que la participación comunitaria es la clave para llevar los servicios de salud a toda la población. En estas intervienen las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir enfermedades y detener su avance. (12)

Se describe que hay un mínimo población adherente a los programas de promoción y mantenimiento de la salud, se ha demostrado que las Intervenciones regulares, consejerías, actividades motivacionales se asociarse con el aumento la adherencia al tratamiento; asimismo, brindar una educación en lenguaje familiar y sencillo en las intervenciones educativas, destaca la necesidad de educación continua y un enfoque centrado en el paciente para lograr una gestión efectiva en la prevención complicaciones patológicas mayores (13).

Además la resolución 3280 del 2018 donde se establecen las Ruta Integral de atención en salud(14) donde hacen para personas con riesgo o presencia de Alteraciones cardio-cerebro-vascular metabólicas manifiestas, establecida por el ministerio de salud y protección social, permite Acceder a programas, redes de prestadores de servicios de salud, o sociales e instalaciones deben implementar programas que apoyen el fortalecimiento del autocuidado, el tratamiento y adherencia desde la promoción de la salud, control de factores de riesgo y de las enfermedades cardiovasculares y metabólicas desarrollados por el sector salud, a nivel comunitario del territorio nacional(15).

Por último, se identificó que existe un desconocimiento evidente de la importancia de identificar que la ruta es prioritaria en la atención en la población adulta mayor por esas circunstancias es importante continuar con la acciones de divulgación y participación comunitaria donde el paciente identifica sus derechos y su nivel vulnerabilidad y decide participar activamente en el ingreso de la ruta a través del primer nivel de atención, acudiendo a las diferentes valoraciones interdisciplinarias y a las pruebas diagnósticas, haciendo parte del tratamiento y cambio de sus estilos de vida modificables (15).



CONCLUSIÓN O CONSIDERACIONES FINALES.

Durante la realización de este proyecto de aula se identificó el déficit del conocimiento de la ruta de riesgo cardiovascular por parte de los adultos mayores, esto la presencia de riesgos cardiovasculares y metabólicos en esta población.

Desde la experiencia de la realización de la estrategia de educación en salud se observó que los adultos mayores también pueden adquirir nuevos conocimientos y habilidades a lo largo de sus vidas. Pero necesita que este aprendizaje se de de una manera continua, realizando control y seguimiento del proceso de educación en salud.

RECOMENDACIONES.

El profesional de enfermería debe continuar trabajando en las intervenciones que fomentan la adherencia a la ruta de riesgo cardiovascular en los adultos mayores institucionalizados para que participen activamente en el autocuidado y mantenimiento de su salud.

Además, continuar fortaleciendo las estrategias de divulgación por medio de actividades lúdicas educativas que permitan la participación efectiva a través del aprendizaje significativo que parte de una realidad en el entorno donde el adulto mayor relaciona una situación real y construye un nuevo conocimiento y hace nuevas relaciones de asociación cognitiva teniendo en cuenta que algunos de estos pacientes poseen un deterioro de la memoria considerado normal por el proceso del envejecimiento.

FINANCIAMIENTO y / o RECONOCIMIENTO

FINANCIACIÓN: Los autores no recibieron ninguna fuente de financiación.

CONFLICTO DE INTERÉS: Ninguno

BIBLIOGRAFÍA:

1. Castro-Bolívar JF, Castro-Vega O. Factores de riesgo cardiovasculares y su prevalencia en pacientes de 18 a 66 años hospitalizados en una clínica de tercer nivel de Barranquilla. Rev OFIL·ILAPHAR [Internet]. 2022 [citado el 25 de octubre de 2023];32(2):129–36. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2022000200004
2. Boletín técnico DANE Bogotá D. C., & Vitales, E. (2020. Gov.co. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_estadisticasvitales_defunciones_Itrim_2022pr.pdf



3. Ministerio de la protección Social Análisis de Situación de Salud Colombia (2022)Gov.co. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asi-colombia-2022.pdf>
4. Pinilla Cárdenas MA, Ortiz Álvarez MA, Suárez-Escudero JC. Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. Salud Uninorte [Internet]. 2022;37(02):488–505. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.37.2.618.971>
5. Ministerio de protección social PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP 2022 - 2031. Gov.co. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documen-to-plan-decenal-salud-publica-2022-2031-may2022.pdf>
6. Etienne CF. Ampliación del manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria mediante HEARTS en las Américas. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2022;46:1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2022.185>
7. Curcio, C. L., Giraldo, A. F., & Gómez, F.. Fenotipo de envejecimiento saludable de personas mayores en Manizales. 2020 Biomedica: revista del Instituto Nacional de Salud, 40(1), 102–116. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4799>
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572020000100102
8. Ministerio de Protección Social de Colombia, (s/f). Rutas integrales de atención en salud (RIAS). Gov.co. Recuperado el 24 de octubre de 2023, de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>
9. Torres de Castro MT, Ayala González LM, Valencia Ángel D. Aprendizaje significativo del adulto mayor en interacción fármaco-alimento. 2019 [citado el 25 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/11923>
10. Veloza, L., Jiménez, C., Quiñones, D., Polanía, F., Pachón-Valero, L. C., & Rodríguez-Triviño, C. Y. (2019). Variabilidad de la frecuencia cardiaca como factor predictor de las enfermedades cardiovasculares. Revista Colombiana de cardiología, 26(4).
11. Toffoletto M, Conejero-Riquelme N, Grandón-Reese D, San-Martín-Salinas M, Méndez-Gálvez M, Montecino-Bacigalupo C. Página web para la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedades cardiovasculares de la Atención Primaria de Salud: desarrollo y evaluación de la usabilidad. Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud [Internet]. 2023 [citado 25 Oct 2023]; 34 Disponible en: <https://acimed.sld.cu/index.php/acimed/article/view/2214>
12. Ministerio de Protección Social de Colombia, (s/f). *Rutas integrales de atención en salud (RIAS)*. Gov.co. Recuperado el 24 de octubre de 2023, de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>
13. Arismendi Aria, L. M., Restrepo Ramos, Á. P., & Duque Galván, C. C. (2021). *Estrategias para el mejoramiento en adherencia de los pacientes al programa de riesgo cardiovascular en Sanidad Militar BAS 08*.
14. Reiner Hernández L, Cruz Caballero BA, Orozco Muñoz C. La participación comunitaria como eje de la atención primaria de la salud. Edumecentro [Internet]. 2019 [citado el 25 de octubre de 2023];11(1):218–33. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742019000100218



ARTICULO PROYECTO NUCLEAR

Situación de Enfermería “Morir en Paz”

Nursing Situation "Dying in peace"

Situação de Enfermagem "Morrer em paz"

Yisella Cabezas Correcha ^I
ORCID: 0009-0002-6376-4966

Michell Alejandra Leitón Ordoñez ^I
ORCID: 0009-0006-0969-2016

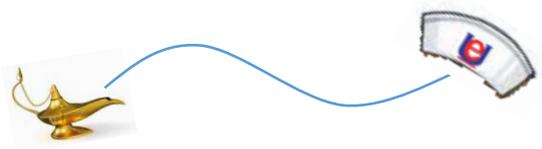
Edna Johana Mondragón-Sánchez^{I, II}
ORCID: 0000-0002-7950-2809

^I Corporación Universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt, Armenia, Quindío, Colombia

^{II} Universidad del Quindío, Armenia, Quindío, Colombia

Autor correspondiente: Michell Alejandra Leitón Ordoñez

E-mail: mleiton1049@cue.edu.co



RESUMEN

Objetivo: Integrar las necesidades humanas, los patrones del conocimiento, Metaparadigmas propuestos por la Teoría del final tranquilo de la vida en una situación de enfermería. **Método:** Biográfico – narrativo es una forma muy interesante de acercarse al fenómeno y permite conocer directamente la situación. **Resultados:** Se logra identificar, los diferentes patrones del conocimiento: personal, empírico, ético, estético, sociopolítico y emancipador. La teoría de Patricia A. Higgins y Dana M. Hansen del *final tranquilo de la vida*, nos facilitó la comprensión de la situación de la familia y transmitiendo tranquilidad a las personas que lo rodeaban. **Conclusión:** Se logra analizar como la Teoría del final tranquilo de la vida nos enseña como todos podríamos tener una muerte que no sea tan dolorosa, tanto para el paciente como para el entorno que lo rodea.

Palabras clave: Cuidados de enfermería; Teoría de enfermería; Narración; Conocimiento; Muerte tranquila; Consuelo.

ABSTRACT

Objective: To integrate human needs, patterns of knowledge, Metaparadigms proposed by the Theory of the peaceful end of life in a nursing situation. **Method:** Biographical-narrative is a very interesting way of approaching the phenomenon and allows direct knowledge of the situation. **Results:** It is possible to identify the different patterns of knowledge: personal, empirical, ethical, esthetic, sociopolitical and emancipatory. Patricia A. Higgins and Dana M. Hansen's theory of the peaceful end of life facilitated our understanding of the family's situation and transmitted tranquility to the people around them. **Conclusion:** It is possible to analyze how the theory of the peaceful end of life teaches us how we could all have a death that is not so painful, both for the patient and for the surrounding environment.

Keywords: Nursing care; Nursing theory; Narrative; Knowledge; Quiet death; Comfort.

RESUMO

Objetivo: Integrar as necessidades humanas, os padrões de conhecimento, os metaparadigmas propostos pela teoria do fim de vida pacífico numa situação de enfermagem. **Método:** A narrativa biográfica é uma forma muito interessante de abordar o fenómeno e permite o conhecimento direto da situação. **Resultados:** É possível identificar os diferentes padrões de conhecimento: pessoal, empírico, ético, estético, sócio-político e emancipatório. A teoria do fim de vida pacífico de Patricia A. Higgins e Dana M. Hansen ajudou-nos a compreender a situação da família e transmitiu paz de espírito às pessoas que a rodeavam. **Conclusão:** É possível analisar como a teoria do fim de vida pacífico nos ensina como podemos todos ter uma morte que não seja tão dolorosa, tanto para o doente como para as pessoas que o rodeiam.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Teoria de enfermagem; Narrativa; Conhecimento; Morte tranquila; Conforto.



INTRODUCCIÓN.

Este tema habla de un joven llamado Julián con lo cual se encontraba con una diáfnisis cognitiva, una historia de un joven en la cual ocurrió un accidente, el joven Julián contaba con su madre, hermanos, abuelos y tías el joven se encontraba lejos de su madre y hermanos.

Julián todo el tiempo fue atendido por doctores y enfermeras que cuidaban de él ya que el accidente fue un golpe fuerte y obtuvo tubos, cables en diferentes partes del cuerpo, sonda, ventilador mecánico y mascarilla de oxígeno, el joven solo preguntaba por su madre ya que por diferentes circunstancias su madre se encontraba lejos de él, Julián solo quería ver, sentir y escuchar a su madre para irse a descansar en paz.

Por lo tanto, la teoría del final tranquilo de la vida, también conocida como “*care at the end of life*” en inglés, ha sugerido como una perspectiva humanizada en la atención médica y ética, centrándose en proporcionar a los pacientes un entorno de cuidado y atención que les permita experimentar una transición serena y sin sufrimiento hacia el final de sus días. Esta teoría enfatiza el alivio del dolor, el manejo de los síntomas y la promoción de la comodidad y el bienestar emocional como pilares fundamentales. (RULAND Y MOORE “1986”)

El reconocido médico y escritor Atul Gawande destaca la importancia de este enfoque al afirmar: “el objetivo no es simplemente dar a las personas más tiempo, sino darles más tiempo bueno” (Being Mortal: Medicine and what Matters in the end “2014”). Esta cita subraya la necesidad de priorizar la calidad de vida y la calidad de vida de los pacientes en la fase terminal, buscando su bienestar físico, emocional y espiritual en lugar de centrarse únicamente en prolongar su existencia.

Por lo anterior se decidió realizar el siguiente artículo con el objetivo de integrar las necesidades humanas, los patrones del conocimiento, Metaparadigmas propuestos por la Teoría del final tranquilo de la vida en una situación de enfermería.

INFORME DE LA EXPERIENCIA.

“Todo sucedió el 18 de junio, Piendamó Cauca, un día antes del cumpleaños de mi hermano todos estaban haciendo lo de cada quien, a excepción de mi hermano, él era el único que se estaba comportando fuera de lo normal y pues a todos nos empezó a preocupar, mi abuelo decía que parecía que algo malo le iba a pasar a Julián, así se llamaba mi hermano entonces mi tía le pregunto que por qué decía eso y él dijo que por que así actuaba una persona cuando presentía su propia muerte, obviamente ninguno le prestó atención a eso ya que mi abuelo es muy



creyente a los mitos o esas cosas, entonces le preguntamos a Julián que el por qué estaba actuando de esa manera pero pues el casi, no entendió lo que le preguntamos o por lo menos eso era lo que nosotros creíamos porque él tenía una diáfnisis cognitiva o al menos eso es lo que decía mi madre en fin, un día él fue a montar bici como siempre, pero esta vez fue diferente porque al otro lado de la carretera había un borracho manejando moto y se lo llevo con todo y bicicleta, resulta que cuando paso el accidente el señor que estaba manejando la moto callo muy lejos y se fracturo el cuello y se pegó muy fuerte en la cabeza lo que le causo una muerte cerebral instantánea, pero a mi hermano lo mando para el hospital lo que decían los médicos era que de milagro el seguía vivo por que él también había recibido un golpe muy fuerte en la cabeza y que lo más probable era que hubiera pasado lo mismo que le paso al señor, en ese tiempo mi madre y yo vivíamos acá en el Quindío, pero mi hermano estaba en Cali viviendo con mi abuelo y mis tías, entonces llamaron a mi madre y le contaron lo que había pasado, mi madre no tenía dinero para poder viajar hasta allá pero como dicen por ahí madre es madre e hizo lo posible para conseguir el dinero para poder ir a ver a mi hermano, mientras tanto las enfermeras que cuidaban de él, le hacían limpieza con gasa y agua estéril en las heridas que tenía, le pasaban los alimentos por una sonda nasogástrica estaban pendientes de los horarios en los cuales le tenían que aplicar los medicamentos, cuando consiguió la plata viajó de una para allá, cuando llego mis tías le decían que Julián solo preguntaba por ella, a pesar de que había sido mucho tiempo de que ninguno de los dos se veían, el solo preguntaba por mi madre entonces mi madre le dijo a mis tías que la llevaran al hospital a ver a mi hermano, cuando la dejaron entrar mi hermano tenía tubos por todo lado, tenía raspones por todo lado y una mascarilla de oxígeno y lo mantenían conectado a un ventilador mecánico, también dicen que tenía como unos cables o algo así, pero cuando mi mama entro al cuarto y le cogió la mano él despertó al ratico de que mi mama le haya pedido perdón por haberlo dejado desde muy pequeño y contarle el porqué de eso, abrió los ojos y le asintió con la cabeza como diciéndole que si la perdonaba, mi madre se despidió de mi hermano después de eso y salió de la habitación, a la hora de que mi madre se fue, falleció mi hermano, mi abuelo dice que eso era lo que le faltaba a Julián para poder morir en paz”.

Aun no logro entender cómo fue que mi hermano luchó tanto tiempo por vivir solo hasta poder ver a mi madre por última vez y no luchó por vivir más tiempo.

RESULTADOS: En este hablaremos de los dominios alterados y algunos que se evidenciaron en la teoría del final tranquilo los cuales no estuvieron alterados.

Respuestas Humanas: son las actuaciones que realiza una persona ante la presencia de procesos vitales y problemas que pueden llegar a afectar directamente al individuo.

Dominio NANDA	Respuestas Humanas
Dominio 1. Disminución de la participación en actividades de diversión	-No alterado
Dominio 1. Riesgo de intento de fuga	-Apoyo social inadecuado.



Dominio 1. Comportamientos ineficaces de mantenimiento de la salud efectiva	-Disfunción cognitiva.
Dominio 1. Autogestión ineficaz de la salud familiar	-Disminución de la atención a la enfermedad en uno o más miembros de la familia. -Familias económicamente desfavorecidas.
Dominio 4. Riesgo de síndrome de uso	-Inmovilización. -Disminución del nivel de conciencia. -Restricciones de movimiento prescritas.
Dominio 4. Patrón de respiración efectiva	-Hipoventilación. -Disminución de la capacidad vital.
Dominio 4. Ventilación espontánea deteriorada	-No alterado
Dominio 5. Control emocional	-Deterioro no verbal comunicación.
Dominio 5. Comunicación verbal deteriorada	-Ausencia de contacto. -Disminución de la productibilidad del habla.

Identificación de la Teoría del final tranquilo de la vida con la situación de enfermería:

La teoría del final tranquilo de la vida se refiere a un concepto en el ámbito de los cuidados paliativos, que se centra en proporcionar una muerte tranquila y digna al paciente que se encuentran en las últimas etapas de la vida. Esta teoría busca aliviar el sufrimiento y brindar confort físico, emocional y espiritual a los individuos que están cerca de la muerte.

En esta situación, la enfermera podría desempeñar un papel crucial en el apoyo emocional tanto para el niño como de la madre. Los profesionales de enfermería podrían facilitar la comunicación y el contacto entre ambos, también podrían trabajar estrecha colaboración con el equipo paliativo para garantizar que se proporcione alivio del dolor y el control de los síntomas necesarios.

La teoría del final tranquilo de la vida puede proporcionar una base para guiar la atención, pero siempre se debe tener en cuenta de la singularidad de cada caso y brindar un enfoque personalizado y sensible a las necesidades y deseos del niño y su familia. También esta teoría se basa en que los pacientes terminales merecen una muerte pacífica, libre de dolor y con una atención centrada en el bienestar emocional y espiritual. Se enfoca es proporcionar cuidados adecuados para mejorar la calidad de vida del paciente en sus últimos momentos.

Metaparadigmas	
Persona	La persona es el centro del cuidado paliativo. Se reconoce la singularidad y dignidad de cada individuo que se encuentra en la



	fase final de la vida. Se consideran sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales, y se busca proporcionar un cuidado compasivo. Como en este caso de Julián los enfermeros brindaron ayuda para que se sintiera más cómodo físicamente.
Salud	La salud redefine para dar brindar bienestar general y la calidad de vida del paciente en su etapa terminal. El enfoque no está solo en la curación de la enfermedad, sino en el alivio del sufrimiento y el mantenimiento de la comodidad física y emocional.
Entorno	El entorno se refiere a los cuidados físicos que se le brindan en este caso a Julián y la parte emocional que es la alegría de ver a su madre después de tanto tiempo, también el apoyo emocional que le brindaron sus familiares y los profesionales de la salud.
Enfermería	La enfermería ellos desempeñaron un papel importante en los cuidados paliativos, ya que ellos tenían la responsabilidad de brindar cuidado, aliviar el sufrimiento y promover la calidad de vida en su proceso de morir, pero también fue la comunicación efectiva y la colaboración con otros miembros del equipo de atención médica.

PATRONES DE CONOCIMIENTO	
Patrón de conocimiento	Integración los patrones de conocimiento a la situación
Empírico	El conocimiento empírico representa el conocimiento que se acumula de la experiencia sensorial. Comprende los conocimientos adquiridos y transmitidos a través de la comprensión de los que son verificables y comunes. En la partida de Julián, situación que se vive durante el proceso de atención hospitalario, desde el contexto familiar y social el equipo identifica y conoce su diagnóstico, impacto y pronóstico respecto a la parálisis cerebral; evidencia las necesidades de cuidado, e interviene al estar alerta a los cambios y realizar actividades que incluyen administración medicamentos y de tratamiento no farmacológico, reconociendo que este último es esencial mitigando el sufrimiento.
Personal	El conocimiento personal trasciende la realidad objetiva, las formas y los estereotipos. Se puede decir, que el conocimiento de sí mismo y de otros puede transmitirse independientemente del discurso. En la partida de Julián, el conocimiento personal del equipo le permite mirarse a sí mismos, reconociendo su propia vulnerabilidad ante el dolor del otro, evidencia preocupación ante situaciones particulares de cuidado y se pregunta cuál debería ser la reacción adecuada ante una situación difícil. Esto ayuda a que se sienta mejor como persona, dándose cuenta que su presencia



	constituye como instrumento terapéutico por lo tanto aporta en el auto reconocimiento.
Estético	Mientras que el conocimiento empírico, implica la abstracción de generalidades, el conocimiento estético requiere abstraer aquello que es individual, particular y único, la integración de esos detalles en un todo equilibrado y unificado y actuando en relación con los resultados proyectados. Este patrón se refleja en la partida de Julián, con el establecimiento de un vínculo significativo entre el equipo y la familia; al hablar, escuchar, comprender.
Ético	El conocimiento ético se relaciona con asuntos de deber, derechos, obligaciones e imperativos morales. El conocimiento ético también dirige juicios y acciones que, aunque no son imperativos, obligaciones o deberes morales, pueden ser acciones buenas, nobles u honorables. Aunque el conocimiento ético es comunicable a través de los símbolos, no es público, verificable y común en el mismo sentido que lo empírico. La situación descrita en la partida de Julián, refleja a un equipo que promueve la dignidad al aportar al final de la vida alivio del sufrimiento.
Socio-político	El patrón de conocimiento socio-político puede tener como formas de expresión las normas para el desarrollo de la profesión y de la disciplina específicamente el diseño y aprobación de leyes en enfermería, elaboración de políticas institucionales para la práctica, políticas de formación y educación, participación en la elaboración de proyectos de ley de transformación de los sistemas de salud, participación y propuestas de cambio en la entrega de los servicios de salud y de enfermería en los diferentes niveles de atención.
Emancipatorio	El patrón Emancipatorio busca favorecer al usuario de los servicios de enfermería y de salud y a la misma enfermera en el logro de la justicia y la equidad a diferencia del patrón socio-político que centra su interés en el conocimiento de los elementos del contexto y políticas que delimitan, favorecen los conocimientos de la persona en este caso se apoyó a la familia de Julián respetando la decisión tomada.



CONCLUSION Y CONTRIBUCION A LA DISCIPLINA.

Para concluir se logró evidenciar cómo el modelo del cuidado humano expresado por RUNALD y MOORE se logra aplicar a nuestra situación movilizadora además cómo se logran implementar los diez factores carita dado el hecho de que este modelo y estos factores hacen referencia al cuidado brindado a los pacientes y familias por medio de los personales de la salud ya que todos y todas somos diferentes en diversos aspectos, uno de los puntos esenciales de un enfermero es el trato que se le da a una persona en un cuidado, ellos hacen sentir la confianza en un momento tan vulnerable en sus vidas y de esta manera brindar un mejor apoyo y soporte para su recuperación para que así estas personas dejen de ver a los pacientes cómo simplemente “objetos” y los comiencen a ver de una manera más íntegra, preocupándose más por su salud mental, por su armonía, por su ser. Se logró abarcar e interpretar los patrones de conocimiento para el que hacer enfermero en una situación movilizadora donde la familia está pasando por un proceso difícil al igual que el paciente, donde se debe tener un mayor acompañamiento y apoyo, se recalca el valor de la familia al afrontar el duelo al ver cómo un ser querido fue expuesto a un tratamiento tan difícil sin ni siquiera saber cuál era el motivo de su enfermedad.

Luego de haber analizado los resultados y establecidas las discusiones respecto otras investigaciones, es posible llegar a una serie de conclusiones relevantes para la investigación y en función de los objetivos planteados, se concluye que es necesario brindar un apoyo incondicional mediante los enfermos y sus familias ya se encuentra esencial el apoyo brindado en sus diferentes situaciones dado a que nos ponemos en los zapatos de las personas en dichas situaciones dolorosas ya que nuestra disciplina es la ciencia de la salud que cumple con un campo de estudio vinculado al crecimiento y desarrollo de diversas disciplinas tales como la biología, química, física y medicina, las cuales asumen un papel de primer orden al aportar conceptos, métodos y técnicas que permiten entender los procesos para conservar la salud de los pacientes y sus familias.

FINANCIAMIENTO Y RECONOCIMIENTO: Corporación Universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt, Programa De Enfermería.

REFERENCIAS.

1. Carper B. Fundamental patterns of knowing in nursing. Adv Nurs Sci. 1978 Oct ;(1):13–23. <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>
2. Duran M. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Aquichán. 2005 Oct; 5(1):86 – 95.



3. Briñez AK. Narrativa de enfermería: visión y patrones de conocimiento en una entrevista en el hogar. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2015;9:142-8. Available from: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/574Carper>
4. Carper BA Fundamental Patterns of Knowing in Nursing, *Advances in Nursing Science*: October 1978 - Volume 1 - Issue 1 - p 13-24. Available from: https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/citation/1978/10000/fundamental_patterns_of_knowing_in_nursing.4.aspx 10.
5. Espinoza JBR, Hernández M de LG, Becerril LC, Galindo LV, Kempfer SS. Adaptación del Modelo de Kristen Swanson Para el Cuidado de Enfermería en Adultas Mayores. *Texto Context - Enferm*. 2018;27(4):1–11 <https://doi.org/10.1590/0104-07072018000660017>
6. Colombia, Ministerio de Educación. Ley 911 de 2004 p. 1–15 (2004). Available in: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
7. Colombia. Congreso de la República. Ley 266 de 1996. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/1ey-266-de-1996.pdf>
8. Eisenhower ER. An interview with Dr. Barbara A. Carper. *Advances in Nursing Science*. 2015;38(2):73-82. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000067>
9. Swanson MK. Nursing as informed caring for the wellbeing of others. *J Nurs Scholarsh* 1993;25(4):352-7. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x>
10. González Ortega Y. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. *Aquichan*, 2009;7(2):130–138. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/108>
11. Münch U, Müller H, Deffner T, von Schmude A, Kern M, Kiepke-Ziemes S, et al. Recommendations for the support of suffering, severely ill, dying or grieving persons in the corona pandemic from a palliative care perspective: Recommendations of the German Society for Palliative Medicine (DGP), the German Interdisciplinary Association . *Schmerz*. 2020;2020.
12. Rodriguez A, Spilker A, Goyal D. Grief among Neonatal Intensive Care Nurses. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2020;45(4):228–32. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000634>
13. Sevy Majers J. When I complicated understood loss and grief. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2020;12641. <https://doi.org/10.1111/jpm.12641>
14. Chang WP. How social support affects the ability of clinical nursing personnel to cope with death. *Appl Nurs Res*. 2018;44:25-32. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.09.005>
15. Silva M, Sorrel J, Sorrell C. De los patrones de conocimiento de Carper a las formas de ser: un cambio filosófico ontológico en enfermería. *Avd. Nurs Sci*.2018;18(1):1–13.
16. Mondragón Sánchez EJ, Ayala Zuluaga JE. Nursing Situation “The Art of Caring during the Process of Grief”. *Rev Cuid [Internet]*. 30 de junio de 2021 [citado 3 de enero de 2023];12(2). Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1933>



ARTICULO PROYECTO NUCLEAR

Situación de Enfermería “Que tengas un lindo viaje, Santiago”

Nursing Situation "Have a nice trip, Santiago."

Situação de Enfermagem "Boa viagem, Santiago"

Geraldine Aranzazu Rios
ORCID: 0009-0008-1842-0544

Catalina Enríquez
ORCID: 0009-0002-6203-8809

Alexa Orozco López
ORCID: 0009-0006-3885-7650

Mariana Torres
ORCID: 0009-0009-9328-8202

Clara Elena Garcés
ORCID: 0009-0002-7899-9259

María Fernanda Gómez
ORCID: 0009-0002-3423-4254

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

Autor correspondiente: Geraldine Aranzazu Rios
E-mail: garanzazu784@cue.edu.co



RESUMEN

Objetivo: Integrar las necesidades humanas, los patrones del conocimiento y metaparadigmas propuestos por el modelo de Katharine Kolcaba en una Situación de Enfermería. **Método:** Biográfico - narrativo siendo esta una forma muy interesante de acercarse al fenómeno llevado a cabo por los sujetos. **Resultados:** Se identificaron elementos del conocimiento y cuidado de enfermería, como la visión de un cuidado integral. A partir de la situación de enfermería, se analizaron los siguientes patrones de conocimiento: personal, empírico, ético, estético, sociopolítico y emancipador. El modelo de Katharine Kolcaba y su teoría del confort, facilitó la comprensión del significado de la situación de la familia y el sujeto de cuidado, mejorada a través de la atención de enfermería, promoviendo una actitud de esperanza, facilidad, compartiendo la experiencia, la tranquilidad y la comunicación efectiva orientada a las acciones de cuidado. **Conclusión:** El análisis de la situación de Enfermería evidenció y demostró la importancia de la epistemología y un cuidado holístico como soporte del cuidado profesional de enfermería, así como su aplicación y utilidad en la praxis profesional; y en la formación enfermera para que esta sea percibida de calidad y con un alto sentido de ética profesional.

Palabras clave: Cuidado de Enfermería; Teoría de Enfermería; Metaparadigmas; Patrones del Conocimiento; Narración; Cuidados Críticos; Arte; Cuidado Profesional.

ABSTRACT

Objective: To integrate human needs, knowledge patterns and metaparadigms proposed by Katharine Kolcaba's model in a Nursing Situation. **Method:** Biographical - narrative being a very interesting way to approach the phenomenon carried out by the subjects. **Results:** Elements of nursing knowledge and care were identified, such as the vision of comprehensive care. Based on the nursing situation, the following patterns of knowledge were analyzed: personal, empirical, ethical, esthetic, sociopolitical and emancipatory. Katharine Kolcaba's model and her comfort theory, facilitated the understanding of the meaning of the situation of the family and the subject of care, improved through nursing care, promoting an attitude of hope, ease, sharing experience, reassurance and effective communication oriented to care actions. **Conclusion:** The analysis of the nursing situation evidenced and demonstrated the importance of epistemology and holistic care as a support of professional nursing care, as well as its application and usefulness in professional praxis; and in nursing education so that it is perceived as quality and with a high sense of professional ethics.

Keywords: Nursing Care; Nursing Theory; Metaparadigms; Knowledge Patterns; Narrative; Critical Care; Art; Professional Care.

RESUMO

Objetivo: Integrar as necessidades humanas, os padrões de conhecimento e os metaparadigmas propostos pelo modelo de Katharine Kolcaba numa situação de enfermagem. **Método:** Biográfico - narrativo, sendo esta uma forma muito interessante de abordar o fenômeno realizado pelos sujeitos. **Resultados:** Foram identificados elementos do conhecimento e do cuidado de enfermagem, como a visão do cuidado holístico. Com base na situação de enfermagem, foram analisados os seguintes padrões de conhecimento: pessoal, empírico, ético, estético, sócio-político e emancipatório. O modelo de Katharine Kolcaba e a sua teoria do conforto facilitaram a compreensão do significado da situação da família e do sujeito de cuidados, potenciada



através dos cuidados de enfermagem, promovendo uma atitude de esperança, de tranquilidade, de partilha de experiências, de tranquilização e de comunicação eficaz orientada para as acções de cuidados. **Conclusão:** A análise da situação de enfermagem evidenciou e demonstrou a importância da epistemologia e do cuidado holístico como suporte para o cuidado profissional de enfermagem, bem como a sua aplicação e utilidade na prática profissional; e na educação em enfermagem para que esta seja percebida como de qualidade e com elevado sentido de ética profissional.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Teoria de Enfermagem; Metaparadigmas; Padrões de Conhecimento; Narrativa; Cuidados Críticos; Arte; Cuidados Profissionais.

INTRODUCCIÓN.

En el mundo en el que vivimos, lamentablemente, a menudo nos encontramos con situaciones que nos hacen cuestionar la justicia de nuestro sistema y nos dejan perplejos ante la pérdida trágica e innecesaria de vidas humanas. Hay ocasiones en las que la injusticia se manifiesta de la manera más desgarradora posible: cuando una persona pierde la vida debido a circunstancias injustas y evitables.

El propósito de esta reflexión es abordar una de esas tristes realidades, una historia de injusticia que cobra la vida de alguien. Es un relato que nos confronta con la cruda realidad de cómo los sistemas, las instituciones o las circunstancias pueden fallar, dejando tras de sí el vacío de una vida perdida y la angustia de aquellos que se quedan atrás.

Es importante destacar que, al abordar estas historias dolorosas, nuestro objetivo no es solo crear conciencia sobre la injusticia en sí misma, sino también impulsar el cambio y la búsqueda de soluciones que puedan prevenir futuras tragedias. La justicia y la igualdad son derechos fundamentales que todos debemos defender y promover, y es a través de la reflexión y la acción que podemos trabajar para construir un mundo más justo y seguro para todos.

Sin más preámbulos, adentrémonos en esta historia desgarradora y examinemos juntos las lecciones que podemos extraer de ella, con la esperanza de que algún día, estas injusticias no sean más que una triste página en nuestra historia colectiva.

INFORME DE LA EXPERIENCIA.

En la siguiente situación de enfermería se mantuvo la confidencialidad de los nombres originales de los individuos y su información general, cumpliendo con la privacidad de la información.

¿Alguna vez has tenido un caso de injusticia al lado tuyo? Aquí empieza la historia de Santiago Gómez un chico de 23 años...



En aquella noche me encontraba de turno en la unidad de cuidado intensivo adulto, nos llaman del servicio de urgencias para que alistáramos un cubículo porque venía en camino un paciente muy mal herido, primero entraba al servicio de cirugía y de allí pasaba a UCI.

Aliste todo justo como me ordeno mi jefe de aquel tiempo para la llegada de Santiago y continúe realizando mis labores. Escuche que golpearon la puerta, me acerque y ya mis compañeros iban entrando con él, en la unidad nos asignaban los pacientes y justo Santiago estaba en mi asignación, mis compañeros me ayudaron a pasarlo a la cama y a organizarlo; lo monitorizamos, le administramos los medicamentos ordenados por el médico y le brindamos los cuidados de enfermería. Mientras íbamos haciendo estas actividades mencionadas, escuchaba como el medico contaba lo que le había sucedido a Santiago el famoso “Carro fantasma” ¡Sí! Santiago fue atropellado por un carro mientras cruzaba la calle. Yo solo pensaba como alguien tan inhumano deja un ser ahí tirado...

Al día siguiente en la tarde iba entrando al servicio y una chica se me acerco, me pregunto por Santiago me refirió que era su novia, yo le dije que no podía dar información sobre pacientes, que el único delegado para eso era el medico que se encontrara de turno, ella con lágrimas en sus ojos me decía que por favor la dejara entrar a verlo, yo colocándome en sus zapatos la lleve donde él y la acompañe a verlo. Sin duda alguna de las escenas más tristes que pude ver y escuchar en el tiempo que llevaba laborando en ese servicio, en donde ella le decía “Santi párate de ahí por favor, no nos dejes solos, mira que nuestras sospechas eran ciertas y ya alguien más esperándote, saca fuerzas mi amor, sácalas y no nos dejes” yo por dentro sentía una revoltura en mi estómago y un sentimiento de dolor inexplicable.

A Santiago frecuentemente le realizaban exámenes médicos y los resultados eran cada vez más desconsoladores a nivel cerebral, porque a nivel cardiaco se encontraba lleno de vida.

Una mañana el médico le da información a la madre de Santiago, le comenta que la evolución no ha sido satisfactoria y que duda mucho un avance en él, la madre con lágrimas en sus ojos le dice que no cree en la ciencia médica que solo cree en la palabra de Dios y que va a ser el quien pare a Santiago de esa cama.

Ese mismo día, con exámenes en mano realizan junta médica y confirman el diagnostico de Santiago “Muerte cerebral” nos dan la información a todo el equipo médico de la unidad y yo solo sentía como mi corazón se desgarraba, sentía esa impotencia de no poder hacer nada por Santiago, es claro que la injusticia en este caso toco a más de un corazón, toco a una madre que tenía su fe puesta en Dios, a una novia que tenía la esperanza de que él se parara de esa cama y pudiera conocer a su hijo y a nosotros como trabajadores de la salud que teníamos el conocimiento, las herramientas para contribuir en este caso y aun así no podíamos hacer nada.

Como resultado de este diagnóstico médico de Santiago, proceden a realizar ciertos exámenes al resto de sus órganos e identifican que se encuentran en buen estado y que podría ser un coadyuvante a la donación de órganos. El equipo médico realiza una reunión con la madre de Santiago, y muy éticamente le informan esta posibilidad que hay con su hijo, ella informa que por su creencia a Dios se niega rotundamente en aceptar esta propuesta y que si de así se tratara



preferiría desconectar a su hijo del ventilador artificial y brindarle su inhumación completa.

Al ser esta la decisión de la madre de Santiago e ir de la mano con el diagnóstico, en presencia de ella se realizó la desconexión de todos los equipos que soportaban a Santiago, esto fue un acto de valentía para todos nosotros, ya que la fe se perdía totalmente, yo con lágrimas en mi rostro y con muchos sentimientos encontrados solo decía “Santi que tengas un lindo viaje”, el tardo un par de horas en irse de este mundo, cuando su corazón dejó de latir, yo seguía allí y decidí quedarme para organizarlo y bajarlo a la morgue del hospital y así despedirme para siempre de él.

Este caso de Santiago me dejó una gran enseñanza para el resto de mi vida, el valorar cada vez más a mis seres queridos y a respetar las creencias de los demás, quizá lo que para mí no está bien hecho, para otras personas sí lo es y viceversa.

RESULTADOS.

Respuestas Humanas

DOMINIO NANDA	Respuestas humanas
Dominio 1 promoción a la salud	-No alterado
Dominio 2. Nutrición	-Desequilibrio nutricional
Dominio 3. Eliminación e intercambio	-Deterioro del intercambio de gases -Deterioro de la eliminación urinaria -Riesgo de estreñimiento
Dominio 4. Actividad- reposo	-Deprivación del sueño -Deterioro de la movilidad en la cama -Deterioro de la movilidad física -Déficit de autocuidado en el baño -Déficit de autocuidado de alimentación
Dominio 5. Percepción/cognición	-Deterioro de la comunicación verbal
Dominio 6. Autopercepción	-No alterado
Dominio 7. Rol/relaciones	-No alterado
Dominio 8. Sexualidad	-No alterado
Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés	-No alterado
Dominio 10. Principios de vida	-No alterado
Dominio 11. Seguridad/protección	-Limpieza ineficaz de las vías aéreas -riesgo de lesión por presión en adultos
Dominio 12. Comodidad	-No alterado
Dominio 13. Crecimiento/desarrollo	-No alterado

Identificación de la Teoría Relación del Modelo Teórico con la Situación de Enfermería:



La teoría del confort de Katharine Kolcaba es un modelo de enfermería que se centra en el concepto de confort y su importancia en el cuidado de los pacientes. Según Kolcaba, el confort es una experiencia subjetiva que puede ser promovida y mejorada a través de la atención de enfermería. La teoría de Kolcaba se basa en tres componentes principales del confort: alivio del malestar, facilidad y transcendencia. Al aplicar esta teoría, los enfermeros pueden trabajar para mejorar la experiencia de confort de los pacientes, abordando sus necesidades físicas, psicológicas, emocionales y espirituales.

Por lo cual, el sentir más empatía por la persona que está enferma y por su familia para así generar una relación enfermero-paciente, está basada en el cuidado centrado en la persona. Debido a que lo que podemos analizar en la situación planteada los enfermeros y médicos le brindaron a Santiago una atención de calidad, demostrando uno de los componentes principales, la facilidad que se refiere a el apoyo emocional y la comunicación efectiva adecuado al hecho de que desde el primer momento que él ingreso al hospital, estos tuvieron un acompañamiento con él y con su familia, les explicaron el proceso y les dieron las esperanzas de que todo iba a solucionarse y que todo iba a salir bien, ellos estuvieron e hicieron lo más que pudieron hasta el último momento, le brindaron una atención de calidad, le ayudaron con todo lo que estuvo a su alcance y siempre estuvieron pendiente comunicándole a sus familiares cualquier tipo de novedades de este mismo modo vemos como los profesionales de la salud dejaron de ver a Santiago como una persona enferma físicamente y se empezaron a preocupar más por su confort y alivio no solo individualmente sino también en el confort y alivio dirigido a sus familiares como personas con moral, sentimientos, y los trataron como a ellos les gustaría quizás ser tratados o más bien como les gustaría que trataran a su familia si están en una posición de estas.

Diagnósticos de Enfermería:

- *Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés.*

Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

Ansiedad ante la muerte **R/C** Conciencia de muerte inminente **E/P** Expresa preocupación por el impacto de su muerte en la pareja, expresa miedo a separarse de sus seres queridos.

- *Dominio 7: Rol relaciones.*

Clase 2: Relaciones familiares.

Procesos familiares disfuncionales **R/C** Estrategias de afrontamiento ineficaces **E/P** Dificultad para adaptarse al cambio, expresa soledad, desesperanza, interrupción en los roles familiares.



MODELO TEORÍA DE ENFERMERÍA KATHARINE KOLCABA	
Metaparadigma	
Persona	Siguiendo la teoría de Katherine Kolcaba se ve a Santiago como el principal receptor del cuidado, como un ser humano que tiene como derecho sentirse en comodidad y tranquilidad a la hora de ser atendido. Kolcaba define a la persona no solo como un cuerpo para cuidar, también emocionalmente.
Salud	El estado de salud de Santiago se ve totalmente perturbado, Kolcaba afirma utilización de intervenciones sanitarias basadas en datos científicos para crear el mejor resultado posible.
Entorno	Para Kolcaba el entorno va a ser todo lo que rodea al paciente teniendo muy en cuenta a la familia y comunidad. En el caso de Santiago lo vemos desde una comunidad católica, con diferentes pensamientos y costumbres, la enfermera a cargo manejo de manera apropiada la empatía y respeto.
Enfermería	Se trata de la valoración de las necesidades de comodidad que tiene el paciente. La enfermera vela por su tranquilidad hasta en sus últimos momentos, se encargó de hablar con la familia del paciente y explicar de manera apropiada el procedimiento realizado en Santiago.

PATRONES DE CONOCIMIENTO	
Patrón de conocimiento	Integración de los patrones de conocimiento a la situación.
Empírico	El personal de salud, aplico todos sus conocimientos teórico-practico para brindar los cuidados necesarios para Santiago, desde su manejo inicial en la unidad de cuidado intensivo hasta su administración de medicamentos y atención de enfermería.
Personal	La enfermera muestra una gran empatía hacia Santiago y su familia, ella siente una gran tristeza por la situación y el sufrimiento que enfrentan, se preocupa por brindarle el mejor cuidado posible a Santiago.
Estético	La enfermera evidenciando todo el dolor y tristeza que sentía toda su familia por la situación crítica en la que se encontraba Santiago, sintió la gran necesidad de dejar entrar a la novia de Santiago para brindarle tranquilidad en ese momento tan difícil.
Ético	A lo largo de la historia se respeta la autonomía y la decisión de la madre de Santiago al rechazar la propuesta de donación de órganos por su creencia y decidir desconectar a su hijo del ventilador artificial, el personal de salud respeto su creencia y actuó de acuerdo a su decisión.



Socio-político	En la historia se destaca la buena atención que tubo Santiago desde que fue trasladado al hospital y a la sala de cuidados intensivos hasta su último momento, todo el personal de salud hizo todo su mayor esfuerzo.
Emancipatorio	En este caso con Santiago se buscó favorecer al paciente de los servicios de enfermería y a su familia, se conoció como una persona joven dando prioridad a su caso, la enfermera velo por la equidad de su paciente.

CONCLUSIÓN Y CONTRIBUCIÓN A LA DISCIPLINA.

Está narrativa ofrece una valiosa oportunidad para reflexionar sobre la teoría de Katharine Kolcaba y su relevancia en la disciplina. La teoría de Kolcaba se centra en la importancia de reconocer y abordar las desigualdades y las injusticias en la sociedad. En este contexto, la historia de injusticia que has compartido subraya la necesidad de examinar y confrontar las estructuras y sistemas que perpetúan estas desigualdades.

La conclusión que se puede extraer de esta historia es que las injusticias no pueden ser ignoradas o pasadas por alto. En lugar de eso, debemos reconocer su existencia y tomar medidas para abordarlas de manera efectiva. La teoría de Kolcaba nos recuerda que la justicia social y la igualdad son fundamentales para una sociedad equitativa y que todos tenemos la responsabilidad de trabajar hacia estos ideales.

La contribución de esta historia a la disciplina radica en su capacidad para despertar conciencia y generar diálogo sobre las injusticias presentes en nuestra sociedad. Al exponer una situación injusta y explorar sus ramificaciones, podemos generar empatía y solidaridad entre las personas. Además, esta historia nos incita a cuestionar las normas y estructuras existentes, lo que a su vez puede inspirar investigaciones y acciones para el cambio social.

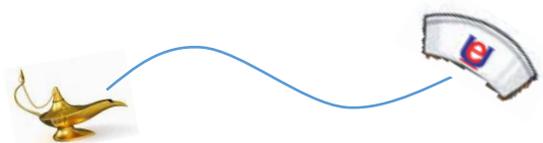
En resumen, la historia de injusticia presentada en relación con la teoría de Katharine Kolcaba nos insta a reflexionar sobre las desigualdades y las injusticias en la sociedad. Nos recuerda que la justicia social y la igualdad son valores fundamentales y nos motiva a tomar medidas para abordar estas problemáticas. Al generar conciencia y promover el diálogo, esta historia contribuye al avance de la disciplina y nos impulsa a trabajar hacia un mundo más justo y equitativo.

FINANCIAMIENTO Y RECONOCIMIENTO: Corporación Universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt, Programa De Enfermería.



REFERENCIAS.

17. Carper B. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Adv Nurs Sci.* 1978 Oct ;(1):13–23. <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>
18. Duran M. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichán.* 2005 Oct; 5(1):86 – 95.
19. Briñez AK. Narrativa de enfermería: visión y patrones de conocimiento en una entrevista en el hogar. *Revista Colombiana de Enfermería.* 2015;9:142-8. Available from: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/574Carper>
20. Carper BA Fundamental Patterns of Knowing in Nursing, *Advances in Nursing Science:* October 1978 - Volume 1 - Issue 1 - p 13-24. Available from: https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/citation/1978/10000/fundamental_patterns_of_knowing_in_nursing.4.aspx 10.
21. Espinoza JBR, Hernández M de LG, Becerril LC, Galindo LV, Kempfer SS. Adaptación del Modelo de Kristen Swanson Para el Cuidado de Enfermería en Adultas Mayores. *Texto Context - Enferm.* 2018;27(4):1–11 <https://doi.org/10.1590/0104-07072018000660017>
22. Colombia, Ministerio de Educación. Ley 911 de 2004 p. 1–15 (2004). Available in: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
23. Colombia. Congreso de la República. Ley 266 de 1996. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-266-de-1996.pdf>
24. Eisenhower ER. An interview with Dr. Barbara A. Carper. *Advances in Nursing Science.* 2015;38(2):73-82. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000067>
25. Swanson MK. Nursing as informed caring for the wellbeing of others. *J Nurs Scholarsh* 1993;25(4):352-7. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x>
26. González Ortega Y. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. *Aquichan,* 2009;7(2):130–138. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/108>
27. Münch U, Müller H, Deffner T, von Schmude A, Kern M, Kiepke-Ziemes S, et al. Recommendations for the support of suffering, severely ill, dying or grieving persons in the corona pandemic from a palliative care perspective: Recommendations of the German Society for Palliative Medicine (DGP), the German Interdisciplinary Association . *Schmerz.* 2020;2020.
28. Rodriguez A, Spilker A, Goyal D. Grief among Neonatal Intensive Care Nurses. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2020;45(4):228–32. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000634>
29. Sevy Majers J. When I complicated understood loss and grief. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2020;12641. <https://doi.org/10.1111/jpm.12641>
30. Chang WP. How social support affects the ability of clinical nursing personnel to cope with death. *Appl Nurs Res.* 2018;44:25-32. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.09.005>
31. Silva M, Sorrel J, Sorrell C. De los patrones de conocimiento de Carper a las formas de ser: un cambio filosófico ontológico en enfermería. *Avd. Nurs Sci.*2018;18(1):1–13.
32. Mondragón Sánchez EJ, Ayala Zuluaga JE. Nursing Situation “The Art of Caring during the Process of Grief”. *Rev Cuid [Internet].* 30 de junio de 2021 [citado 3 de enero de 2023];12(2). Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1933>
33. Kolcaba, KY (1994). Una teoría del confort holístico para la enfermería. *Revista de enfermería avanzada,* 19 (6), 1178-1184.



34. Nanda, (2021 – 2023). Diagnósticos enfermeros. EL SEVIER 12° Edición.
35. Bosch Alcaraz, A., Falcó Pegueroles, A., Alcolea Monge, S., Delso, D., Santaolalla Bertolin, M., & Jordán, I. (2018). La teoría del confort en los cuidados enfermeros. Rev. Rol enferm, 688-692.
36. Galán, G. N. (2010). Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort. Revista de enfermería neurológica, 9(2), 94-104.



Revista
CUIDAR

• • • • • *Edición No. 10*



Facultad de
Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería

CONOCE MÁS EN:

cue.edu.co

