

REFLEXIONES DE CUIDADO HUMANO



**COMPROMISO DEL PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA**

**FACULTAD CIENCIAS
DE LA SALUD**
Programa de
Enfermería



Editorial Universidad Popular del Cesar
Email: webmaster@unicesar.edu.co
www.unicesar.edu.co
Teléfono (PBX): +57 55842472
Dirección: Sede Administrativa Balneario Hurtado Vía a Patillal.
Radicado:

**REFLEXIONES DE CUIDADO HUMANO, COMPROMISO DEL PROFESIONAL
DE ENFERMERIA**

ISBN 978-958-5493-32-2
Primera Edición, 2018

Universidad Popular del Cesar

Comité Editor de la Obra: Oscar Javier Vergara Escobar, Nancy Villa Vásquez,
Doris Marina Cerchiaro Fernández.

Compilador de la Obra: Oscar Javier Vergara Escobar, Paola Niño Rincón,
Angélica Romero Daza, Mónica Guevara Jaime, Leimy Chiquillo.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de la obra de forma física o magnética y cualquier otro tipo de medio sin previa autorización del Comité editor de la obra.

REFLEXIONES DE CUIDADO HUMANO, UN COMPROMISO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Valledupar

COMITÉ TÉCNICO CIENTIFICO: Paola Niño Rincón, Francia Herrera Salazar, Mariemma Socarras Vega, Angélica Romero Daza, Marina Sánchez Sanabria.

COMITÉ DE APOYO LOGÍSTICO:

Mariemma Socarrás Vega, María Cecilia Murgas, Aura Numa López, Jacqueline Danies, Tulia López valera, Cielo Hernández Gutiérrez, Julia Mejía Rincón, Alicia Molina López, Eunice Peñuela Gélvez, Grimalia Pitre Pontón, Laura Rivas Mendoza, Ana Yimena Torres Benjumea, Paola Camargo Quintero.

COLABORADORES: Dairis Campo Córdoba, Paola Camargo Mejía, Diana Fernández Pontón, Sandra Garcés Parra, Jennifer Márquez, Cruz Estela Padrón Gutiérrez, Laura Quintero García, Yiseth Rojas Picón.

AGRADECIMIENTOS: A la Universidad Popular del Cesar, a la docente Arley Vega Ochoa y Aura Lucia Parada Castro, directora del Departamento de Microbiología.

PRÓLOGO

El cuidado humano es intrínseco a la relación que tiene el enfermero y el sujeto de cuidado desde los distintos roles de desempeño, porque desde su formación *cuidar* es un concepto transversal porque es la esencia de la disciplina de enfermería. Hoy nos encontramos con una realidad cambiante por el incremento permanente de los problemas sociales, morales, humanos, en la salud como en la enfermedad, que obliga a hacer un ejercicio de deconstrucción-reconstrucción cultural, para definir qué se debe cambiar y que debe permanecer dentro de los programas universitarios, en la perspectiva de construir colectivamente diálogos de saberes basados en el respeto por la dignidad humana.

Es importante hacer reflexiones en torno al cuidado humano, el cual, es visto desde diferentes enfoques y conceptos que engloban en gran medida, la finalidad y lo que se busca con este tipo de documentos a saber:

- Desarrollo sostenible
- Bienestar del cuidador sanador reflejado en trato humano al paciente
- Problemáticas del Sistema de salud
- Derechos reproductivos
- Uso de la tecnología
- Reconocimiento de la diversidad sexual
- Cuidado verdadero y compasivo

Como puede verse se trata de temáticas que de ser entendidas y desarrolladas de forma integral, conllevan efectos positivos sobre el gran concepto del “cuidado humano”. Así las cosas, no puede promoverse un cuidado humano que respeta la dignidad humana y otros derechos fundamentales, cuando el profesional de enfermería no comprende la existencia y reconocimiento de la diversidad sexual, de los derechos reproductivos, así como los aspectos más relevantes de una educación sexual consciente y dinámica.

El cuidado humano presenta diferentes aristas a la hora de materializarse en la prestación del servicio de salud al paciente, y su concepto contempla enfoques adicionales a la simple prestación adecuada del servicio. Así, la integración del cuidado humano en todos los ejes de la prestación del servicio permite humanizar la asistencia brindada al paciente y crear un relacionamiento de respeto y compromiso hacia el paciente y su entorno.

De igual manera, el mantenimiento y la adaptación de las teorías sobre el cuidado verdadero y compasivo a los nuevos retos que presenta la persona del siglo XXI, los choques generacionales que pueden derivarse de la relación cuidador – paciente, como es el caso del tratamiento y cuidado de pacientes de las cada vez más reconocidas y aceptadas generaciones, como la denominada “millennials”. Al

respecto, ¿qué podría significar el tratamiento y cuidado de un paciente de dicha generación? ¿Acaso existen aspectos que el cuidador debe tener en cuenta para tener un acercamiento adecuado a dicho paciente?

De lo anterior se desprende la necesidad de evolucionar y transformar de manera permanente el enfoque sobre el cuidado humano, entendiendo que el ser humano presenta variaciones constantes en sus intereses, formas de expresarse, de comunicarse y de permitir a los demás un acercamiento a su intimidad. Igualmente, a partir de los cambios de la sociedad se han generado aquellos que corresponden a las tecnologías de la información y las comunicaciones en mundo globalizado con relaciones y experiencias cada vez más interconectadas.

Todo lo anterior se concreta en desafíos y retos respecto a las relaciones humanas y por ende, el binomio paciente – cuidador no se encuentra alejado de esta realidad. Es por ello que, como se indicó al principio, se trata de llevar los conceptos tradicionales del cuidado humano a escenarios reales y actuales, e incluso prepararlos y moldearlos para lo que se cierne en los próximos años.

Ahora bien, lograr la integración de estos conceptos y ponerlos en práctica está condicionado en mayor medida a que el mismo sistema de salud responda efectivamente a las necesidades de cada sociedad. En particular para Colombia, la adaptación a nuevas tecnologías, la investigación y avances sobre nuevas prácticas y tratamientos son elementos que dependen, en gran medida del enfoque y la importancia que se le a las políticas públicas, el presupuesto nacional, las políticas locales, la financiación de investigación y la ciencia en general, así como los aspectos meramente administrativos y legales de cómo está concebido el sistema de salud.

Así las cosas, un sistema de salud desordenada o ineficiente no logra focalizar de cara las necesidades tanto de los profesionales de la salud, como del paciente mismo. Es allí donde se genera la ruptura, entre lo que en teoría debe procurarse para la prestación del servicio de salud de forma adecuada, y lo que realmente se aplica en la realidad dada las limitaciones u obstáculos que pudieran existir.

*Doris Marina Cerchiaro Fernández.
Directora Departamento de Enfermería.*

CONTENIDO

	Pág.
LA CIENCIA DEL CUIDADO, EL UNIVERSO DEL “CARING” DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA Jean Watson	10
VALORES ÉTICOS, ESTÉTICOS Y SOCIALES <i>Guadalupe E. Leyva Ruiz</i>	17
EL CUIDADO HUMANO E INTEGRAL EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN PREGRADO Fabiola Joya Rodríguez	25
ENFERMERIA UNA VOZ PARA LIDERAR-ALCANZANDO LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE Renata Virginia González Consuegra	29
EL CUIDADO A TRAVÉS DE LA PRÁCTICA DEL MINDFULNESS Mónica García Orozco	39
RELACIÓN ESTABLECIDA ENTRE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LAS GESTANTES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Claudia Patricia Henao López Sandra Patricia Osorio Galeano	44
FACTORES QUE AFECTAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE FUERON ATENDIDOS EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR DEL HUHMP DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2016 María Alejandra Rodríguez Alvira Luz Omaira Gómez Tovar Lina Andrea Sánchez Urrea Wilmar Mosquera Rico	45
PROMOCIÓN DEL BIENESTAR ESPIRITUAL CON EL USO DE HERRAMIENTAS SANADORAS Milena Parra Romero Jefferson Rodríguez Sánchez	47

Olga Janeth Gómez

“CUIDA DE MI FAMILIA Y DE MÍ” EXPERIENCIA DE UNA PRÁCTICA CLÍNICA A LA LUZ DE LA TEORÍA DE CUIDADO TRANSPERSONAL DE JEAN WATSON 49

Jacqueline Danies Valverde

SALUD, GÉNERO Y CULTURA DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER. NUEVOS PARADIGMAS DEL SIGLO XXI 51

Virginia Velazco

Norma Montilla

Hendrik Bermúdez

Luis Chacón

PRÁCTICAS CLAVES IMPLEMENTADAS POR LAS FAMILIAS DE LA COMUNA CUATRO 52

Angélica Romero

ENFERMERÍA ANTE LA INCERTIDUMBRE FRENTE AL CAMBIO CLIMÁTICO GASES EFECTO INVERNADERO 53

Marina Sánchez Sanabria

Francia Esther Herrera Salazar

CUIDAMOS EN EL AULA 55

Cruz Deicy Jaramillo Bolívar

Lina Marcela Parra González

ESTRATEGIA FORMATIVA INTERDISCIPLINAR PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE CON DOLOR, FUNDAMENTADAS EN TEORÍAS DE MEDIANO RANGO, MEDIADAS POR TIC`S Y DISEÑO. 56

María Inès Mantilla Pastrana

Janeth Patricia Caviativa

Claudia Patricia Osorio Riaño

EVALUACIÓN DEL ENTORNO DE APRENDIZAJE CLÍNICO EN EL ÁREA DE CUIDADOS INTENSIVOS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA UNICAGLIARI ITALIA Y UPC COLOMBIA CON LA ESCALA CLES T 58

Cesar Iván Aviles González

Maria Pisu

Stefania Vargiu

Angélica María Tortello Martínez

Grimalia Pitre

EFFECTOS DEL TRABAJO INFANTIL EN LA SALUD DEL MENOR TRABAJADOR EN LA PLAZA DEL MERCADO NUEVO VALLEDUPAR/CESAR, 2017	60
Cruz Estela Padrón Gutiérrez	
Aleydis Julio Peterson	
Hillary Daniela Correa Araujo	
LA EXPERIENCIA DE LA ENFERMERÍA DE PSIQUIATRÍA FORENSE Y EL HUMAN CARING THEORY EN LA TRANSICIÓN DE LOS HOSPITALES JUDICIARIOS A LAS RESIDENCIAS CON MEDIDAS DE SEGURIDAD SANITARIA (REMS) EN EL CONTEXTO ITALIANO	62
Cesar Iván Avilés González	
Paola Melis	
Chiara Montisci	
PERCEPCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CAGLIARI ITALIA EN RELACIÓN A LA MODALIDAD DE “PUERTAS ABIERTAS	64
Cesar Iván Avilés González	
Paola Melis	
Maria Valeria Massidda	
CONCIENTIZACIÓN DESDE LA ACADÉMICA AL USO RESPONSABLE DE LA TECNOLOGÍA PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE	66
Delvis Mejía Álvarez	
Félix Javier Villero Maestre	
Rosa Luz Pinto	
Rosa Virginia Daza Vega	
AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD Y CUIDADOS EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA AL FINAL DE LA VIDA EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA	68
Adriana Patricia Mejía Díaz	
Maria Jesus Garzón Escárraga	
Cesar Ivan Aviles Gonzalez	
RELEVANCIA DE LA CÁTEDRA COMPARTIDA EN LA FORMACIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO	70
Francia Esther Herrera Salazar	
Mariemma Socarras Vega	
Marina Sánchez Sanabria	

**EL DOCENTE COMO FACILITADOR EN EL RECONOCIMIENTO DE LA
CONDICIÓN HUMANA DURANTE LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR**

71

Mariemma Socarras Vega
Francia Esther Herrera Salazar
Marina Sánchez Sanabria

LA CIENCIA DEL CUIDADO, EL UNIVERSO DEL “CARING” DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Dra. Jean Watson
Universidad de Colorado USA

Toma unos cien años para madurar la profesión, así que la enfermería es un punto de vibración de madures, como una profesión distinta de salud, de cuidado una profesión distinta del todo de la humanidad.

Nightingale tenía muy claro que la enfermería es un llamado, aquí estamos por una razón y también tenía muy claro que la enfermería es una práctica espiritual, porque estamos tocando la vida y el alma de otra persona; es muypreciado ofrecer ese cuidado a otra persona. Nightingale también nos recuerda que el cuidado del cuerpo no se puede separar del cuidado del alma, este trabajo ha evolucionado durante los ultimo 30 o 40 años para traernos a un nuevo lugar donde la teoría nos ayuda a ver, para que veamos este fenómeno de humanidad y totalidad, y podamos practicar de manera diferente y hacer investigaciones, para que tengamos un circulo de conocimiento de que la enfermería está participando en este momento. Tenemos 7000 mil millones de personas en este planeta y la enfermería tiene un convenio con la humanidad, tenemos un punto de vista mundial que tenemos que honrar, todo está conectado. Estamos atrapados en este centro de tratamiento médico y cura pero el cuidado está en el margen a través del tiempo y ahora tenemos que traer este cuidado al centro y movernos de este tipo de hacer las cosas a todo costo, eso no funciona. Ahora vemos que nos estamos moviendo más allá a hacer algo más por alguien, no solo somos un cuerpo, entonces tenemos ese peligro en nuestra practica que no es ético, reducir a alguien a un solo cuerpo físico, cuando lo hacemos estamos reduciendo a otro ser humano a un estatus moral de un objeto, lo convertimos en un objeto y quizás no somos compasivos, no le ofrecemos cuidado a otras personas y las tratamos como objetos, sabemos ahora que somos más que un cuerpo, somos vida, somos luz, energía, tenemos una alta conciencia y nos estamos expandiendo en nuestra vista de bienestar con todo, nosotros nos dirigimos al espíritu a la energía a la totalidad, a la sanación más allá del tratamiento médico y la cura, tenemos una nueva conciencia que nos trae a un nuevo lugar, se refiere a la tercera era del pensamiento un nuevo nivel de conexión y bienestar. Nos permite tocar otra persona de otra manera, más allá del cuerpo, nosotros tocamos sus corazones, tocamos su mente y su alma. Utilizamos la energía, la conciencia para cuidar y sanar, la terapia de enfermería que se basa ahora en estos momentos en tocar, en la presencia, en la conciencia en su intencionalidad en ese momento; nunca sabemos cómo estamos tocando la vida de ese ser humano, este trabajo de arte es pre moderno y muestra la forma humana pero el humano está conectado con el campo de la luz, pueden verlo el humano está conectado con el circulo sagrado de la vida y este círculo sagrado representa el amor, el amor universal.

Nightingale buscaba colocar al paciente en las mejores condiciones para la sanación, para el amor para que tenga una relación correcta; entonces tenemos un modelo nuevo, un punto de vista del mundo nuevo que a la misma vez se es antiguo; Y yo utilizo el termino CARITAS, palabra del latín que une el amor y el cuidado y también es un recordatorio de que el cuidado es precioso; aquí esta y a la misma vez se va. Aquí esta y luego se va; entonces el cuidado requiere una filosofía muy seria y una comprensión muy seria de que en la ciencia del cuidado nosotros honramos la unidad de la mente, del cuerpo, el espíritu, el alma. Es una filosofía diferente de la medicina y requiere estudios serios, no podemos darlo por sentado; la educación, el estudio y la practica como información es crítica muy importante para transformar nuestro sistema de salud para preservar la dignidad humana, para preservar la humanidad, para sostener la integridad y la totalidad para nosotros y también para el paciente y las familias. En la ciencia de cuidado y en los humanos nosotros tenemos esta complejidad hermosa, cuando tenemos un momento de cuidado el enfermero o enfermera viene a este momento y nos trae una totalidad del ser y el paciente viene a este momento y ellos traen su propia totalidad. Cuando nos unimos en este momento, la enfermera o enfermero está presente su conocimiento, su conciencia, su presencia energética afecta todo este campo, entonces se crea un nuevo campo de CARITAS en este preciso momento, solo en un momento, usted puede cambiar el campo de su práctica, usted, solo usted, usted es el único instrumento de la humanidad y de luz, entonces lo que sucede en este momento le afecta, el afecta el próximo momento, y el próximo y el próximo y así sucesivamente, entonces esto eso se convierte en un punto de viraje crítico para usted y para otra persona. El momento de cuidado puede ser un momento muy importante de inicio para usted y para los demás pero requiere su conciencia, su intencionalidad, su autenticidad, su presencia, es muy importante o podemos ser crueles también con otra persona sin tener esa conciencia del momento. Estos son ejemplos clásicos de como nosotros afectamos el campo, si podemos tener un sesgo o ser destructivos o podemos ser biogénicos que es dar vida y recibir vida desde ambos puntos de vista, desde el paciente y desde el enfermero enfermería. Ese es mi trabajo esa es a la teoría, un momento de cuidado tras personal sucede en un solo momento, entonces las pautas universales se pueden nombrar y los 10 procesos de CARITA de mi teoría se consideran universales del cuidado humano en todo el mundo las otras razones por la que estos procesos son importantes es porque estos cuidados son invisibles, los cuidados de enfermería son invisibles, no vemos el cuidado porque no lo nombramos, nosotros no tenemos un lenguaje, para capturar lo que nosotros hacemos día a día, nosotros simplemente lo separamos, no podemos seguirlo separado, el cuidado humano es esencial para la supervivencia humana, el cuidado es esencial para la supervivencia del planeta. Entonces los 10 procesos CARITAS son los que siguen el:

Proceso CARITAS

1. **Valores humanistas-altruistas la práctica de la amabilidad amorosa y de la ecuanimidad con uno mismo y otros;** nosotros estamos acá por una razón, ustedes están acá para ofrecer un servicio de compasión para servir al mundo, para servir a los demás; no solo están acá porque van a trabajar en un hospital, están acá porque van a conectar con la humanidad, para sostener la humanidad; como lo hacemos, a través de la práctica de la amabilidad, del amor, la ecuanimidad ese es el primer proceso para el cuidado humano, por eso están ustedes acá en la práctica de enfermería y ustedes se quedaran acá por este momento de cuidado humano porque se trata de brindar vida y de recibir vida cuando nosotros practicamos esto.
2. **Permitir la fe y la esperanza, estar automáticamente presentes;** ustedes están ofreciendo fe a esta persona a través de su presencia, de su autenticidad, su conciencia.
3. **Sensibilidad hacia uno mismo y hacia otros, desarrollo espiritual continuo;** es el desarrollo espiritual continuo si usted está molesto con el paciente, sino conecta con el paciente entonces usted quizás es cruel o no es amable con la otra persona. Y esto es un viaje de toda la vida, continuar con su desarrollo espiritual propio para que usted pueda estar presente auténticamente y ayudar a otro ser humano tener compasión, cuando tiene más compasión con usted mismo usted tiene más compasión con los demás.
4. **Desarrollo de auténticas relaciones de confianza en el cuidado,** relaciones de confianza; para los pacientes, ellos han descrito que la relación de confianza es uno de los criterios más importantes para su cuidado y su salud. Entonces el cuidado y la relación de confianza depende de ustedes y la sensibilidad de ustedes, su presencia y practica de compasión.
5. **Permitir la expresión de sentimientos positivos-Negativos, escuchando la historia del otro,** es crear un espacio sagrado y seguro donde usted puede escuchar auténticamente la historia de otra persona y eso se convierte en una oportunidad para escuchar con autenticidad la historia de otra persona para que se puedan sentir seguros y puedan expresar sus sentimientos positivos y negativos. Existe una situación donde una mujer hizo una presentación artística en un museo de arte de New York y lo único que ella hizo fue sentarse en silencio y las personas venían y comenzaban hablar, contaban su historia, cuando las personas venían y comenzaban hablar ellos empezaban a llorar inevitablemente, empezaban a llorar, porque alguien les estaba ayudando a escucharse ellos mismo, estaban tan ocupados, con su mente ocupada que ni siquiera nosotros nos escuchamos nuestras necesidades, entonces en 2 o 3 minutos, si usted es capaz de estar en silencio y escuchar auténticamente a una persona o crear un espacio donde ellos se puedan escuchar ellos mismos con

seguridad eso va a ser una transformación muy grande, van a tener más información, van a sentirse escuchados, van a entenderse, comprenderse ellos mismo en uno o tres minutos puede suceder esto solo ustedes estando presentes, escuchando creando un espacio para que otra persona sea escuchada es una parte del cuidado humano muy poderoso y de la sanidad también. Mientras ustedes hacen eso van a tener una comprensión mejor de cómo crear una solución a los problemas y a las necesidades de esa persona que es lo que necesita el sistema también.

6. **Solución creativa de problemas “búsqueda de soluciones”**

Proceso de cuidado: epistemología ampliada- todas las maneras de salud; Entonces este trabajo en la ciencia del cuidado también va más allá de los problemas, si nosotros nos concentramos en los problema el problema se hace más grande, más grande, más grande y esa es la ciencia; entonces ahora en este trabajo nosotros nos vamos a concentrar en las fortalezas en la soluciones creativas, en nuestro trabajo con las fortalezas de otra persona, la capacidad de otra persona, su totalidad más que los problemas esos dos son muy importantes y se empiezan a expandir en la epistemología, en las formas extendidas de conocimiento porque cuando usted trabaja con la creatividad y con lo que necesitan las personas, tenemos un conocimiento personal, tenemos un conocimiento técnico, tenemos un conocimiento estético, tenemos un conocimiento intuitivo, conocimiento espiritual. Todas estas formas de saber las utilizamos en otros momentos con las personas y nosotros los celebramos. El cuidado no se reduce a una forma de saber, entonces la práctica basada en evidencia no es solo un conocimiento empírico.

7. **Relación enseñanza-aprendizaje, significado subjetivo interno de la vida y el mundo;** tiene que ver con el rol que tenemos como enfermeros y enfermeras, que siempre hemos tenido un rol, un papel de educación, pero no siempre lo cumplimos, solo damos información sin la comprensión del significado, entonces la información no es conocimiento y el conocimiento no es precisamente comprensión. La comprensión es personalmente ser capaces de tener esas acciones, de tener conocimiento, esta comprensión y esta enseñanza tiene que ser trabajando desde el entendimiento de otra persona, desde el marco de referencia de la otras persona, no solo brindar información es un papel muy importante para las enfermeras y enfermeros, que en el futuro serán llamados para ser unos guías y ayudar a las personas lidiando con su enfermedad más allá del tratamiento médico y del cuidado institucional siendo muy importantes.
8. **Creación de ambiente de curación Ser/Convertirse en el campo de CARITAS;** los enfermeros y enfermeras tiene mucho control sobre el ambiente, pero no lo ejercitamos. Si nosotros tenemos una teoría para entender el ambiente, entonces nosotros entenderemos que el ambiente no es solo un espacio físico, el ambiente son ustedes, el paciente, su familia y esta energía

dinámica, este patrón de energía dinámica y si ustedes tienen una teoría que guíe su pensamiento cerca del ambiente, ustedes trabajarán sobre un patrón del ambiente, ser un patrón del ambiente, eso es más que un ambiente de sanación; no es solo ir allá y hacer algo, no, hay que crear un ambiente más seguro más suave para otras personas; y en este ambiente nosotros podemos recordar, que nosotros somos parte del ambiente somos el ambiente, nuestra presencia, nuestro campo energético, nuestro corazón, nuestra conexión afecta todo el campo. La radiación para todos nosotros es una radiación diferente en ese momento, entonces el ambiente tiene muchas capas, pero últimamente también tiene una presencia, porque nuestra autenticidad está allí y nuestra individualidad participa nuestros talentos nuestros dones, todo está allí; nosotros le traemos a ellos lo que nosotros somos para esta práctica. Entonces es un consentimiento, es una oportunidad para los dos, para que estemos involucrados para subir a un nivel más alto, para mejorarnos a nosotros mismos.

9. **Asistencia con necesidades básicas-Actos Sagrados;** es lo que estamos haciendo todo el tiempo en términos de que tenemos un comportamiento físico y el cuidado pero no son necesidades básicas. Cuando estamos tocando a alguien más estamos tocando su cuerpo, estamos tocando su corazón, su mente, su alma, su espíritu; entonces tenemos que tener mucho cuidado, porque tenemos que ser conscientes como tocamos a otra persona; podemos tocar a alguien pero con no contacto físico, esto es una sanación en la cual usted no toca a alguien más, es un toque sanador es algo puro, puede ser muy sanador para restaurar la totalidad de la persona.
10. **Abierto a lo Existencial- Desconocido y espiritual: Permite el Misterio & Milagros;** es algo que no sabemos la respuesta para todo, porque hay milagros que suceden en nuestras vidas respecto a la sanación que no podemos dar una explicación con respecto a nuestros sentidos o de pronto a la ciencia médica. Entonces el proceso número 10 es que tenemos que estar abiertos al misterio, a los milagros a lo desconocido. Yo estaba en una conferencia en México, muchas personas en la conferencia y ellos compartieron sus milagros uno a uno, muchos milagros. Yo recibí correos electrónicos de enfermeros y enfermeras porque ellos están monitoreando y me estaban diciendo acerca de los milagros que sucedían a diario; entonces también tenemos que estar abiertos, y tenemos que celebrar estos milagros, no tenemos todas las respuestas; podemos confiar y debemos tener fe porque tenemos creencias en nuestro mundo.

Entonces esto también nos recuerda que también tiene que ver algo con el corazón en nuestra profesión y también del corazón hacia la humanidad y este trabajo que estamos haciendo con respecto a la investigación con respecto al corazón; nos recuerda que el corazón tiene más mensajes hacia el cerebro, más que el cerebro hacia el corazón. Es también un recordatorio que el cuidado y la compasión es una verdad interior, es el amor es la fuente de todo está acá; no solamente la cabeza.

Cuando solamente lo dejamos hacia la cabeza, estamos cortando un acceso al corazón, estamos cortando el acceso a la compasión y al amor, luego volvemos aquí con corazón y nos volvemos más con el ego y creemos saberlo todo y queremos arreglarlo todo, queremos controlarlo todo desde el cerebro. Entonces todo esto hace parte de una evolución con respecto al corazón a la cabeza, es algo que lo hacemos sin tocar a las pacientes.

Y también es un recuerdo de que el amor es la fuente más grande de toda curación y es un recurso muy fuerte de sanación por eso aquí hay unas zonas que le llamamos la O'heald que es el amor sana y también es un recordatorio de que a partir del corazón tenemos un campo electromagnético donde sentimos todo a nuestro alrededor, hay muchos sistemas y también para nuestra ciencia.

Simplemente quiero tocar otro punto de manera muy breve y mostrarles algunos ejemplos de lo que estamos buscando para poner en práctica entre nosotros; estos son ejemplos de cómo tenemos algunos modelos de cuidado a partir de la ciencia en algunos hospitales porque identificamos algunos procesos de CARITAS en estas compañías y con estas competencias, con respecto a los valores principales. Ellos lo hacen aquí visible, todo el proceso lo pueden ver aquí, esto es un hospital en Washington DC donde practicamos esto, este es un hospital en Wisconsin, este también es un hospital en Washington DC; es muy importante tener esta visibilidad de lo que estamos haciendo porque es un fenómeno de lo que los enfermeros y enfermeras estamos haciendo día a día. Algunos hospitales tienen en sus puertas unos letreros que dicen WatsonRooms los cuartos de Watson; esto es en Virginia, enfermeros y enfermeras haciéndose masajes unos a otros, esto es una cesta bendecida donde la gente pone aquí sus deseos y tiene su fuente de los deseos tiene unas piedras donde recordamos que tenemos una energía que sana, para hacer visible lo que era invisible. Momentos de cuidado estamos celebrando acá, modelos educacionales alcanzables, es importante el ritual del lavado de manos, es algo muy básico, es una transición para bendecir y para soltar todo lo que uno tiene, para que usted sea más limpio, más claro a la siguiente persona. Tenemos muchos ejemplos y ustedes pueden hacer esto, nadie le está diciendo no lo haga, porque esto simplemente son prácticas de enfermería, entonces ustedes tienen que hacerse cargo de sus prácticas de enfermería. Los enfermeros y enfermeras simplemente tienen cuidado para honor, porque ellos también tienen que sanar su centro, tienen que estar limpios cuando están frente al paciente, es algo muy básico. Tienen que tomar en cuenta estas prácticas. La protección; terapia con mascotas, todos esto son ejemplos de nuestros hospitales y las prácticas que hacemos allí, esto es ilimitado esto es un código ilimitado la llamada de oración, ellos hacen código lavanda en todo el hospital y la gente va y ora por esa persona, enfermeros y enfermeras tienen que tener un tiempo en silencio tienen que estar alineados, están cambiando todos sus campos, es algo muy suave, muy cómodo, tienen que estar entre sus campos, no pueden estar de aquí para allá. Una de las prácticas que hacemos las principales que tenemos durante el cuidado es simplemente caminar muy lento, si usted práctica la caminata lenta usted va a cambiar el campo en el que

se encuentra eso es lo que consideramos, para el tiempo en silencio porque usted hace sus pausas, usted está viniendo de una manera muy lenta para tranquilizar el ambiente, así allá mucho por hacer; entonces estos espacios que han sido creados por enfermeros y enfermeras.

VALORES ÉTICOS, ESTÉTICOS Y SOCIALES

Mtra. Guadalupe E. Leyva Ruiz¹

Resumen

El trabajo propone los valores éticos, estéticos y sociales, que como virtudes humanas, puedan ejercerse en la profesión de Enfermería. Partiendo de que los errores, equivocaciones y las iatrogenias que suceden en Enfermería, dependen de su capacidad técnica, de la visión de su función profesional, pero sobre todo, de su identidad con los valores que se han heredado de quienes han construido la Disciplina Científica y Humanista del siglo XXI. Rev CONAMED. 2008; 13 Supl. 1: 22-26

Palabras clave. Valores éticos, estéticos y sociales; virtudes; profesión de enfermería.

Abstract

This article proposes the ethical, aesthetic and social values that Nursing profession can perform as human virtues. Taking into consideration that mistakes occurs in Nursing depend on their technical capability, identity, vision of their professional development, but mainly, it depends on the identity with the values that have been inherited of whom have built the Scientific and Humanistic discipline of the twenty-first century.

Key words. Ethical values, esthetic and social values; virtues; nursing profession.

“Si el cuidado a la salud es una empresa humana, cuyo valor esencial es de índole moral, orientado hacia el bien, entonces las prácticas de cuidados de salud deberán ser estudiadas y orientadas no sólo por las ciencias naturales, sino por las ciencias humanas aplicadas.”¹

La educación profesional de enfermería desarrolla valores que tienen que ver con el respeto por el medio ambiente, a la dignidad humana, a la muerte, la vida, las creencias, las ideas y los derechos humanos, cualidades que se integran al código personal como resultado de la intencionalidad académica planeada así como de la ideología que se consolida después del número de horas de práctica que se realizan en situación real con las instituciones y las profesionistas de enfermería de los servicios, atributos que se fortalecen con la diversidad de actividades de formación

¹ Jefe de División de Estudios Profesionales de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.
Mtra. Guadalupe E. Leyva Ruiz. Tel. (55) 56552332 Ext. 241. E-mail glevvar@comunidad.unam.mx

complementaria y extracurricular. Recordemos que la docencia es una actividad organizada, sistemática e intencional, en la que intervienen profesores, servicios al estudiante, materiales y medios didácticos, experiencias supervisadas y el compromiso del propio alumno en relación con su perfil de egreso.

En la época actual, sin embargo, nos encontramos en transición hacia el ideal de interés público de lograr que toda persona que ejerce la profesión de enfermería, lo haga a partir de una educación sólida reconocida institucionalmente y garantizada por el estado con el título y licencia profesional. Lamentablemente el certificado de estudios ya no es suficiente para autorizar el ingreso a la vida del trabajo, en parte debido a que la transición se ha prolongado si consideramos que las escuelas de tradición y jerarquía han emigrado a la educación de nivel superior, subsistema que es insuficiente para producir el número y nivel de especialización necesarios en la práctica de enfermería que necesita nuestra sociedad moderna. En contraste tenemos un subsistema de educación media que crece desordenadamente capacitando enfermeras para asumir funciones de enorme complejidad en lo técnico y tecnológico. En relación interhumana, con los pacientes y su familia, pues la calidad tiene una dimensión técnica y otra humana, la cual no se supe del todo con disposición humanitaria; como se ha comprobado en nuestra propia historia de cien años como profesión.

Nuevamente, nuestra preocupación por asegurar calidad en la atención de enfermería nos remite a la circunstancia de velar por la idoneidad de las personas que ejercen esta delicada tarea. Esto porque más de la mitad de las plazas de trabajo profesionales en el sistema de salud recaen en la fuerza de trabajo de enfermería. Nuestra preocupación es genuina y sobre bases muy reales, y es nuestra obligación compartir con los lectores de Comisión Nacional de Bioética esta enorme preocupación.

No dejamos de reconocer que la certificación de los profesionales y los programas de enfermería así como la acreditación de los programas académicos, contribuyen con este propósito de exigencias para la calidad. El primero está por establecerse y esperamos que se consolide pronto; el segundo tiene trayectoria, es muy confiable, pero sólo ha logrado cobertura en el subsector de las instituciones educativas de enfermería de gran prestigio, que por fortuna también tenemos en nuestro país. Escuelas y Facultades de donde egresan profesionistas de gran nivel, pero que con frecuencia se incorporan a la práctica profesional a desempeñar el mismo puesto al que ingresan enfermeras provenientes del subsector en cuestionamiento. Mucho falta por hacer para lograr la estructura piramidal, en un contexto además de déficit de enfermeras profesionales.

Sabemos que los errores, equivocaciones y las iatrogenias que suceden en enfermería, dependen de la capacidad técnica, pero mucho más de la identidad con la visión amplia de la función profesional que necesitan las personas y la sociedad a la que servimos. También de la concentración en nuestro quehacer cotidiano, de

la sobrecarga de tareas, y asimismo de la identidad con los valores que hemos heredado de quienes han hecho un gran esfuerzo para construir nuestra disciplina científica y humanista que tenemos en el siglo XXI. Los valores que se constituyen en la guía del ser profesional, de aplicación obligatoria responsable y a partir de los cuales construimos nuestra personalidad como resultado de un esfuerzo ético al que nos comprometimos en la ceremonia de graduación.

Como puede apreciarse, la Enfermería es una actividad formal de gran valor para la sociedad moderna, requiere de un sistema educativo de alto nivel, para ofrecer profesionistas del más alto rango que se integren a su gremio de acuerdo con la evolución alcanzada y deseable que la sociedad necesita. Sin embargo, las posibilidades de un servicio con estándares de excelencia que se encuentra en la mente de nuestros líderes profesionales e intelectuales, contrasta con la percepción antigua de quienes integran personas habilitadas a desempeñar un rol limitado y que puede ser de alto riesgo para la vida y la salud de las personas que se confían a nuestro cuidado. Lamentablemente vemos que puede ser creciente la capacitación de enfermeras con insuficiente formación. Si consideramos que actualmente hay más de 350 escuelas de enfermería que no tienen reconocimiento de calidad aceptable y que nos anticipa un fenómeno de escasez de enfermería en un gran número de enfermeras egresadas de este sector del sistema educativo nacional.

No hay duda, en la época contemporánea enfermería se ha desarrollado como una profesión a la altura de las exigencias de su tiempo. Se ha transformado en una práctica sumamente especializada y que tiene claramente definido su rol social y responsabilidad específica frente a las personas que sirve. En las instituciones donde desempeña su función y con las diferentes profesiones y disciplinas de las Ciencias de la Salud, con quienes comparte su máxima principal: lograr que las personas alcancen un estado óptimo de salud y capacidad de vida, enfrentar la enfermedad y el sufrimiento, y promover las mejores condiciones de la existencia humana.

En su evolución milenaria, el cuidado a los enfermos se transformó, de una práctica que se realizó por humanidad, actividad humanitaria después, hasta que en los últimos cien años por influencia del movimiento Nightingale, se consolidó como una profesión basada en principios humanistas. Estos se pueden identificar en la obra de sus pensadoras más clásicas como Henderson, Benner, Watson, Orem, Rogers y Peplau, entre otras, que han dado a la enfermería el marco filosófico para guiar el servicio que necesita la sociedad mundial. 2

En nuestro país ciertamente encontramos un gran avance en los niveles y contenidos de la formación profesional, en el sector de las 60 Instituciones de Nivel Superior, donde se educan las enfermeras que egresan con Licenciatura, Especialidad, Maestría y Doctorado, pero también un gran rezago en el sector de educación técnica que ahora en su mayoría con formación bivalente del bachillerato,

se caracteriza por impartir una educación escasa y deficiente de enfermería, en tanto que se encuentra centrada en las técnicas y para un rol de colaboradora en servicios hospitalarios.

Así, en México tenemos Enfermeras de alto nivel y en contraste de muy bajo perfil, lo que obliga a un esfuerzo de planificación y replanteamiento de las formas de educación y contratación, de los profesiogramas, y para precisar las responsabilidades que puede asumir una enfermera, de acuerdo con el tipo de formación, técnica o profesional, que recibió en la escuela. Pero si consideramos que los valores más esenciales de la Enfermería Profesional se adquieren en el eje de formación metodológica y disciplinar que sólo conservan y desarrollan ahora las instituciones de nivel superior, conviene reflexionar sobre la necesidad de una campaña preventiva de carácter anticipatorio a la deshumanización de un gran número de enfermeras que provienen de una educación insuficiente y ausente en Epistemología de Enfermería, Filosofía de Enfermería, Historia de Enfermería, Ética y Legislación en Enfermería, contenidos imprescindibles para asegurar la mística de profundo interés por lo humano y las condiciones de la vida humana, así como para entender la verdadera complejidad del cuidado.

La bioética como ciencia moderna filosófica, creciente en importancia, porque humaniza la conciencia científica de los profesionales y especialistas clínicos e investigadores que atienden la salud, *tiene sus raíces en una escala de valores*, que se han mantenido y desarrollado a lo largo de los siglos, escala que es válida para todas las civilizaciones, credos y religiones, pero que se ha adecuado al desarrollo de la cambiante estructura social en las diversas civilizaciones y en distintas épocas.

Enfermería como profesión humanística también se realiza en apego estricto a su escala de valores, la que se ha fortalecido desde la ética universal, desde su propia historia, pero más recientemente por la contribución específica de sus teorías y método universal de la enfermería profesional, que han puesto de relieve la necesidad de virtudes humanas para ejercer nuestra profesión, tales como: *honestidad, veracidad, responsabilidad, justicia, autoestima, afecto, amabilidad, disciplina, colaboración, compromiso, creatividad, dinamismo, discreción, disposición, ecuanimidad, iniciativa, lealtad, observación, paciencia, percepción, pulcritud, reflexión, servicio y solidaridad*; las que se constituyen en atributos de egreso de una formación profesional sólida, más que en requisitos de ingreso a la vida del trabajo. Por consiguiente, lo anterior se constituye en metas de alumnos y profesores y en referentes de colaboración de las enfermeras profesionales que tienen relación tutorial con jóvenes estudiantes en su práctica cotidiana.

La crisis de valores en la sociedad y la superficialidad sobre lo humano que caracteriza el ambiente de los tiempos modernos, llega a invadir el terreno de las profesiones establecidas a proteger y a procurar la salud, pero también en la medida que se afecta en la vida real el cumplimiento con el código de valores, la sociedad les exige mayor apego a actitudes éticas y humanitarias.

En ejercicio de autoanálisis, conviene reflexionar, sobre cuales valores específicos se encuentran vulnerados por las circunstancias de la práctica profesional, valores que se pueden redescubrir y vivir de un modo especial por las enfermeras, como resultado de profundas reflexiones éticas y filosóficas sobre lo que entendemos y aceptamos para nuestra profesión, y lo que nuestra sociedad espera de nosotros como profesionistas expertos en *com-pasión, en pro-curar y velar al humano*.³

Cada uno de nosotros puede contestar a este tipo de preguntas, desde distintas perspectivas. Así, algunos lo harían basándose en reacción emotiva, resultado de experiencias positivas vividas en el ejercicio profesional, de tal forma que no necesita más explicaciones. La vida misma se lo demuestra. Sin embargo, puede llegar un momento en la vida en que nos preguntemos o requiramos una aclaración racional, a consideraciones que nos permitan juzgar la validez o la fundamentación de lo que queremos ser y llegar a ser, como personas humanas. La enfermería es así una oportunidad de práctica para acercarse a lo humano, y para llegar al ser humano, concepto semejante al que desarrolla Fernando Savater en su obra “El valor de educar”.

Los Principios que influyen en la conciencia de la Enfermera Profesional, entendidos como verdades universales y razones fundamentales que derivan de la noción misma del bien, son una suerte de intuición o hábito que contiene los preceptos de la ley natural, de que “*el bien ha de hacerse y el mal de evitarse*”, principio imperativo que recibe el nombre de *sindéresis*. El principio *antrópico* nos señala que es legítimo todo lo que contribuye al bien auténtico de la persona a nuestro cuidado. Por su parte el principio de *virtud*, nos indica que el bien posible, es obligatorio realizarlo, no es optativo.

En cuanto al principio *Imperativo categórico* que nos indica actuar como cualquier otro pudiera hacerlo válidamente en mi lugar y en mi circunstancia, comprende la utilización del sentido común, de razonamiento lógico y de la experiencia. Debiera ser un principio que guíe el actuar cotidiano; lamentablemente no es así.

Al hablar de valores tenemos presente la belleza, la justicia, la bondad, la utilidad, etcétera y sus polos negativos, la fealdad, la injusticia, la maldad, la inutilidad, etcétera. Nos referiremos primero al valor que atribuimos a las cosas y posteriormente al valor de la conducta humana, en especial a la conducta moral.

Los valores son cualidades dotadas de contenido que se depositan en bienes, por tanto los valores *no son, sino que valen*. Son bipolares, siempre tienen un contrario positivo y negativo.

El valor y el deber de realizarlo están enlazados; nuestra preferencia de un valor sobre otro se debe a que los valores son captados por nuestra intuición emocional ya jerarquizados. La voluntad de realizar un valor moral superior en lugar de uno

inferior, constituye el *Bien moral*; cuando estamos en este plano en que la persona hace suyos los valores, los practica y se esfuerza por desarrollarlos, nos encontramos con personas, enfermeras, ejemplo de virtudes morales. Por supuesto que las hay, son modelos de inspiración y con frecuencia son quienes gozan del reconocimiento y aprecio de sus colegas, pacientes y familiares. Tienen autoridad profesional y académica en las instituciones.

Hay dos virtudes dentro de todas las demás, que son de reforzar en la cultura de nuestra profesión, nos referimos a la *prudencia* y a la *fortaleza*; sin ellas no hay otra virtud posible (elegir el Bien constituye la prudencia; no abandonarlo, a pesar de los obstáculos de las pasiones y la soberbia, constituyen respectivamente, la fortaleza, la templanza y la justicia). Sobre esta base podemos desarrollar las llamadas *virtudes cardinales*.

Se debe reconocer que la madurez humana es consecuencia del desarrollo armónico de las virtudes humanas; esta madurez se manifiesta sobre todo, en cierta estabilidad de ánimo, en la capacidad de tomar decisiones ponderadas y en el modo recto de juzgar los acontecimientos de las personas.

Con el propósito de animar a nuestros lectores a integrarse a la cruzada por la humanización de la Enfermería de México, desde el fortalecimiento de nuestros valores más esenciales, sugiero ejercitar de manera razonada, en nuestro quehacer cotidiano en la vida laboral, profesional y personal, las siguientes virtudes:

La virtud de *la prudencia* que facilita la reflexión adecuada antes de enjuiciar cada situación y la consecuencia de tomar la decisión acertada, pondera las consecuencias favorables y desfavorables para uno mismo y para los demás, antes de tomar una decisión, y luego actúa o deja de actuar conforme a lo decidido.

La fortaleza, resistiendo las influencias nocivas, soportando incluso circunstancias que se viven como desagradables, lo que implica una entrega con valentía, influir positivamente y vencer las dificultades.

La justicia, asumiendo la necesidad de un esfuerzo para dar a los demás lo que es debido de acuerdo a nuestra función social y responsabilidad profesional, y en respeto a sus derechos. El acto justo comprende tres aspectos: Alteridad, Derecho e Igualdad. La *Alteridad* significa, ponerse en el lugar del otro, como lo afirma Virginia Henderson. El Derecho estricto es la entrega de algo debido, inexcusable. La Igualdad es dar lo que es adecuado a todos sin distinción, entre lo que se debe ofrecer y lo que se entrega.

La responsabilidad, que es asumir las consecuencias de nuestros actos intencionados o no, resultado de las decisiones que tome, deje de tomar o acepte.

El respeto, que se traduce en actuar o deja actuar, procurando no perjudicar ni a sí mismo ni a los demás, de acuerdo a sus derechos, su condición y sus circunstancias.

La lealtad, que implica aceptar los vínculos explícitos o implícitos en adhesión a otros -amigos, jefes, familia, pacientes, instituciones, gremio- de tal modo que refuerza con carácter y protege con devoción, el significado y la trascendencia de los vínculos, y a lo largo del tiempo los valores que ambos representan.

Laboriosidad, disposición consciente para cumplir diligentemente las tareas profesionales que nos corresponden, aunque no se encuentren precisadas en un contrato laboral porque se comprenden en nuestro contrato social con la humanidad. Nos implica cumplir con gusto actividades necesarias para lograr el cumplimiento de su trabajo y de los demás deberes inherentes al rol profesional.

La paciencia, es decir, soportar las circunstancias con serenidad.

La sociabilidad, atributo imprescindible para llegar a ser enfermera, en tanto se aprovecha y se crean cauces adecuados para relacionarse con distintas personas y grupos, consiguiendo comunicarse bien, a partir del interés y preocupación que mostramos por lo que son, por lo que dicen, por lo que hacen, por lo que piensan y por lo que sienten.

Esta es una invitación a redescubrir la filosofía de nuestra profesión, a re-pensar y re-conceptualizar Enfermería como Arte y Ciencia Humanística, a profesores, alumnos y enfermeras profesionales en general, en tanto que nos corresponde preservar la mística y acrecentar el valor de nuestra profesión.

El cuidado de Enfermería ha sido identificado como objeto de estudio y eje del ejercicio profesional, siendo éste intencional, interpersonal e intransferible, como lo plantea Colliere cuando expresa: “El cuidado humano en Enfermería no es por tanto una simple emoción, preocupación, o un deseo bondadoso. Cuidar es el ideal moral de Enfermería, el fin es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano implica valores, deseos y compromiso de cuidar, conocimiento y acciones de cuidado”.

La dinámica del cuidado de Enfermería se orienta a la vida humana integral, respetando los derechos y sentimientos de la persona que se cuida.⁷ A menudo el cuidado es invisible, cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su camino, estando presente, son acciones invisibles. La enfermera invita a la persona a tomar conciencia de sus elecciones de salud, a actuar y a llevar a cabo las actividades ligadas a la salud, por tanto el papel de las enfermeras consiste en hacer posible la acción personal.

Tenemos el privilegio de vivir en un periodo único de la humanidad, cuando los avances científicos y tecnológicos en Biología Molecular, Ingeniería Genética, Telecomunicaciones, y en Nuevos Materiales, por ejemplo, nos han permitido adquirir nuevos y fascinantes poderes sobre la vida, y al mismo tiempo entrar a un mundo fértil en nuevos conceptos de las ciencias para la vida y de vida moral para las ciencias, que exigen y promueven un cambio en los paradigmas de las profesiones, fenómeno que se encuentra presente e influye en el avance de la Enfermería, como Arte y Ciencia y su inserción en la práctica multidisciplinaria del cuidado a la salud.

Referencias

1. Colliere MF. Promover la vida. Barcelona: Interamericana-Mc Graw Hill; 1982.
2. Marriner T. Modelos y teorías en Enfermería. Madrid: Elsevier Mosby; 2006.
3. González J. El Ethos, destino del hombre. México: Fondo de Cultura Económica; 1996. p. 15-7.
4. Savater F. El valor de educar. México: Instituto de Estudios Educativos y Sindicales de América; 1997.
5. Rodríguez C. Ética Profesional y legislación. México: Ed. SUA-ENEO; 2005.
6. Isaacs D. La Educación de las virtudes humanas y su evaluación. Navarra: Universidad de Navarra; 2003. p. 65, 134, 152, 237, 256, 276, 296, 332, 395.
7. Grupo de Cuidado. Dimensiones del Cuidado. Colombia: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 1998. p. 8-15.
8. Kerouac S. El Pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 2005. p. 42-6.

EL CUIDADO HUMANO E INTEGRAL EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN PREGRADO

Fabiola Joya Rodríguez

RESUMEN

Esta investigación se ubica en el campo de “Educación para la atención en salud”. Surge de la necesidad de entender que las recientes reformas en salud, la han convertido en una oportunidad de obtener ganancias. Por ello, es necesario reconocer el papel determinante que juega la educación en salud y la formación de profesionales en Enfermería, con pensamiento crítico y visión clara de la realidad social del país, partiendo de situaciones de salud propias de la población colombiana; así mismo, se requiere construir planes de estudio que cuenten con modelos pedagógicos de avanzada como alternativas de formación de dichos profesionales. En este trabajo se presenta una propuesta de lineamientos pedagógicos enriquecida con aspectos metodológicos, tendientes a la organización de dichos planes.

PALABRAS CLAVES: Enfermería – Formación - Cuidado humano - Pedagogía Humanizada.

PROBLEMA

Pregunta de investigación ¿Cuáles son los elementos del cuidado identificados por los profesionales de enfermería en Colombia, que deben ser incluidos en los planes de formación de sus profesionales?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Identificar los elementos del cuidado que visualizan los profesionales de enfermería en Colombia, con el fin de proponer algunos lineamientos pedagógicos para la formación de enfermeros.

Objetivos específicos:

- A partir de un análisis documental de carácter teórico, identificar los orígenes y momentos cruciales de desarrollo del cuidado.

- Identificar en la formación de enfermeros profesionales en Colombia, los elementos del cuidado humano que hacen parte constitutiva de su formación.
- Realizar una propuesta de lineamientos pedagógicos a tener en cuenta en la formación de enfermeros en Colombia, a partir de los elementos identificados por enfermeros profesionales en ejercicio.

METODOLOGÍA

En esta investigación se aborda el cuidado humano e integral en la formación de enfermeros profesionales, desde el paradigma cualitativo. Para su desarrollo se eligió como diseño metodológico la Teoría Fundamentada, ya que se busca desarrollar algunos elementos teóricos y una propuesta de lineamientos pedagógicos a partir de posturas claras y definidas de quienes en ella participan, acerca de situaciones importantes y relevantes como son: la formación de profesionales de enfermería, la concepción acerca del cuidado de la salud de las personas, y la relación academia-práctica. Se llevó a cabo en tres fases a saber: en la primera, se hace referencia a la construcción teórica de las categorías y la elaboración del instrumento. En la segunda, se desarrolló el trabajo de campo para aplicar las entrevistas en profundidad, realizar el análisis de la información y obtener resultados. Ya en la fase final, se llevó organizó la propuesta de lineamientos pedagógicos, a tener en cuenta en la formación de enfermeros en Colombia.

CONCLUSIONES

Explicitar además de conclusiones, los posibles aportes de su tesis.

En las conclusiones de la investigación, se da a conocer aspectos organizados en categorías previstas y una emergente, relacionados con:

1. El cuidado como un constructor, logrado a través del tiempo, así como de las experiencias académicas y de investigación anteriores y actuales del (la) enfermero(a) profesional.
2. La importancia de la Institución Educativa, como posibilidad de generar una estructura profesional y valores necesarios para el ejercicio del cuidado.
3. La identidad del (la) enfermero(a) profesional con su disciplina y su quehacer, como característica de los profesionales líderes de excelencia en Colombia. Se centran el sentido, alcance y compromiso de la investigación, que consiste en generar una propuesta de lineamientos, entendidos como orientaciones o pautas que se recomienda seguir, para lograr que la formación profesional de los enfermeros en Colombia contribuya a desarrollar en ellos las características

evidenciadas como necesarias, según los resultados obtenidos en esta investigación, concordantes con los propósitos que se plantean. Adicionalmente, en dicha propuesta los lineamientos se enriquecen con sugerencia de pautas metodológicas a implementar, manteniendo coherencia entre lo planteado, lo comprometido y lo que se presenta al escrutinio público. En ese sentido, la parte central: “propuesta de lineamientos y metodología para su desarrollo, derivados de la investigación”, da pie a pensar en un modelo pedagógico inicial, que debe ser desarrollado mediante un proyecto curricular y un plan de estudios tendientes a realizar lo propuesto en términos de formación profesional. Es importante resaltar que esta investigación tiene un impacto en tres escenarios:

En el plano personal profesional, porque como persona y como enfermera profesional, continúo afianzando la responsabilidad personal en el rol de docente para la formación de profesionales de enfermería.

A nivel institucional: porque se cuenta con el apoyo administrativo institucional para su aplicabilidad, ya que formo parte activa en la construcción e implementación del programa de la Escuela de Enfermería de una institución prestigiosa de Colombia, que busca mejorar los estándares de formación profesional tales como liderazgo, excelencia profesional, calidad humana y sentido social, solidario y ecológico, con un claro perfil orientado a la atención integral y a la búsqueda del bienestar de la persona, la familia y la comunidad en contextos reales.

En el escenario social: porque los resultados de la investigación concuerdan con las propuestas a nivel nacional e internacional y apuntan a su desarrollo. En tal sentido, su implementación puede coadyuvar a la cualificación de la formación y el ejercicio profesional de los enfermeros y a través de ello, a mejorar la calidad de vida de los pacientes y poblaciones con quienes interactúan.

REFERENCIAS

Se hizo uso de numerosas fuentes bibliográficas, de las cuales se citan más de 350 referencias, que abarcan las diferentes categorías relacionadas con Enfermería, Cuidado y Formación, de carácter organizacional y académico; dentro de ellas es posible destacar:

1. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ASCOFAME. Fundamentos para la formación y el ejercicio basado en competencias para la Enfermería en Colombia. Bogotá: ASCOFAME. 2005. 2. Romero I. Pedagogía de la humanización. Colección Itinerario Educativo. Número 5. Investigación avalada por la Universidad San Buenaventura de Bogotá D.C. Colombia. 2008
2. Villalobos, E. (s.f.). Compromiso del cuidado de enfermería para el siglo XXI. Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. Presentación de diapositivas, disponible en: http://www.slideshare.net/tetha_1950/iii-congreso-nacional-2.

3. Matesanz Santiago Ma. Angeles. Pasado, presente y futuro de la Enfermería: una aptitud constante. Rev. Adm Sanit 2009; 7(2):243-60.
4. Velandia Mora María Luisa. Influencia de la Femenina en la educación de enfermería en Colombia. Conferencia de admisión como Miembro Activo de la Sociedad Colombiana de Historia de la Medicina. Santafé de Bogotá, Mayo 21 de 1997. Revista Investigación y Educación en Enfermería. Universidad de Antioquia de Revista Colombiana de Enfermería Volumen 6 Año 6 • Págs. 5-9.
5. Strauss Anselm, Corbin Juliet. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. ISBN 958-655-623-9. 2002. Pág. 8.

CIE 2017
**ENFERMERIA UNA VOZ PARA LIDERAR-ALCANZANDO LOS OBJETIVOS DE
DESARROLLO SOSTENIBLE**

Renata Virginia Gonzales Consuegra
Presidenta de ACOFAEN
Universidad Nacional de Colombia

La salud como un derecho humano 1946 “salud para todos en el año 2000” y estrategia de la “ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD” ha sido la principal política de salud a nivel mundial que marcó un hito histórico de la salud a nivel mundial y se convirtió en derrotero de la gestión de la organización Mundial de la Salud y sus organismos regionales como la OPS.

Previamente adoptada en la asamblea mundial de la salud, Ginebra- Suiza 1977. El acceso a las APS debe ser universal y cubrir las necesidades principales de la comunidad reorientando recursos de los servicios sociales y de salud junto con otros sectores. Es claro que las APS están relacionadas con el desarrollo, la equidad y la paz.

No superada incluso por el compromiso adoptados por los gobiernos en la cumbre de los objetivos del milenio.

Suplir necesidades básicas:

Alimentación, educación, ingresos, vivienda, agua potable, saneamiento básico, conservación del ambiente físico y natural, justicia y equidad social, seguridad ciudadana, alegría, paz, convivencia y democracia.

Año 2000

¡INCUMPLIMIENTO! Salud para todos

- Los movimientos sociales tales como el movimiento mundial por la salud de los pueblos, académicos e institucionales denominados de “APS renovada”, liderada por la OPS-OMS reivindica los compromisos de Alma Ata mediante la creación por naciones unidas de la comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.
- Mientras en Colombia, desde la ley 100 de 1993 dejaba de hablar de APS, y la reforma desmantelaba la estructura pública sanitaria, el interés por la APS como centro del sistema sanitario cobraba mayor fuerza en países como

Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Israel y varios países europeos como Inglaterra, Suecia o regiones de ellos.

- APS a las estrategias de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de acuerdo a las metas a 2015

Naciones Unidas 8 de septiembre de 2000

- Los Jefes de Estado y de Gobierno de 189 países reunidos en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York del 6 al 8 de septiembre de 2000, en los albores de un nuevo milenio, para reafirmar fe en la Organización y su Carta como cimientos indispensables de un mundo más pacífico, más próspero y más justo.

ACUERDAN

- Conjunto de metas y objetivos mundiales, medibles y con plazos fijos, abordan: desde reducir a la mitad la extrema pobreza hasta acabar con la difusión del VIH/SIDA, dar educación primaria a todos y combatir la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer..

Consejo Internacional de Enfermeras (CIE): RESOLVER LA DESIGUALDAD: OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO: A lograr 2015

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre
2. Lograr la enseñanza primaria universal
3. Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer
4. Reducir la mortalidad de los niños
5. Mejorar la salud materna
6. Combatir el VIH / SIDA, la malaria y otras enfermedades
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
8. Fomentar una alianza para el desarrollo

Determinantes sociales y condicionantes de salud y vida

Las enfermeras mejoramos la salud de las personas también abordamos los ODS en virtud de la relación existente entre las determinantes sociales, condiciones de vida en sentido más amplio y la salud, tanto individual como de la población.

Muchas son las formas de potenciar y mejorar la salud y el bienestar de las personas y las poblaciones.

- Práctica clínica

- Trabajando con personas y sus familias
- Programas de apoyo y desarrollo de la comunidad iniciativas y políticas nacionales de salud o compromisos y acuerdos internacionales para mejorar el acceso y la calidad de la atención de salud. • Las enfermeras son indispensables en todos los niveles ya sea prestando cuidados, realizando evaluación precisa de las necesidades, diseñando la respuesta clínica o política, o evaluando los resultados y la eficacia.

Las enfermeras responden a las necesidades de salud de las personas en todos los entornos y a lo largo de todo el ciclo vital. Su función es esencial para lograr algunos mandatos globales como la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.”

OBJETIVO 1: PONER FIN A LA POBREZA en todas sus formas en todo el mundo

Promueve los modelos de cuidados dirigidos por enfermeras a través de políticas, consultas y una programación innovadora. Trabajando con su enfermera, muchas mujeres establecen objetivos para sí mismas por primera vez. EDUCACIÓN

OBEJTIVO 2: PONER FIN AL HAMBRE MEJORA DE LA NUTRICIÓN, seguridad alimentaria

Las enfermedades no trasmisibles han superado a las enfermedades infecciosas como principal causa de mortalidad en el mundo.

OBJETIVO 3: SALUD Y BIENESTAR

- El Código deontológico del CIE 1953, para la profesión de enfermería insta a las enfermeras a defender “Acceso Universal a la Salud y a otros servicios sociales y económicos por motivos de equidad y justicia social en relación con la asignación de recursos,”
- “No hay salud sin fuerza laboral”, para lograr la SU son necesarias más inversiones en el desarrollo del personal de enfermería de manera que sea suficiente y ‘adecuado para cumplir su finalidad’ y esté ‘habilitado para ejercer.’ Sin una inversión sostenida en la fuerza laboral, no se podrá lograr SU ni mantener, ni en términos de accesibilidad ni en cuanto a la calidad de los cuidados prestados.

- Las enfermeras serán líderes en la formulación de las políticas, en las cuestiones económicas y las reformas a nivel local, nacional y global.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, son el fundamento de un sistema de salud equitativo.

La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios sin discriminación alguna, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

OBJETIVO 4: EDUCACIÓN DE CALIDAD

“Se ha reconocido que el nivel de formación es un importante determinante social de la salud. La educación desempeña un papel significativo en relación con el tipo de oportunidades laborales que se tienen en el futuro: influye nuestra toma de decisiones y en nuestras elecciones, además de posibilitar la obtención de recursos sociales y personales vitales para la salud física y mental. De hecho, el nivel de educación es un gran predictor de la salud a largo plazo y la calidad de vida” practica avanzada y legislación.

OBJETIVO 5: IGUALDAD DE GÉNERO

CIE ha desempeñado un papel fundamental en el establecimiento de una agencia especial de Naciones Unidas para las mujeres: ONU Mujeres.

Equipo de enfermería competente, cualificado y empoderado ayuda a otras mujeres a mejorar su salud y bienestar, trabaja para cambiar la percepción que en el mundo se tiene de las enfermeras; para ello, no ha dejado de poner en entredicho la manera en que los medios nos describen.

OBJETIVO 6: AGUA LIMPIA Y SANEAMIENTO MEJORA DEL ACCESO A AGUA LIMPIA Y SANEAMIENTO

- Hambre: El acceso al agua permite tener seguridad alimentaria.

Cuando se pierden menos cosechas, se reduce el hambre.

Las escuelas pueden alimentar a los estudiantes gracias a tener huertos, reduciendo así los costos

- Educación: Cuando los estudiantes se liberan de la tarea de ir por agua, regresan a las aulas.

Con letrinas adecuadas y seguras, las niñas permanecen escolarizadas durante su adolescencia.

- Pobreza: El acceso al agua puede romper el ciclo de la pobreza.
- Salud: Agua segura, manos limpias, cuerpos sanos. El tiempo perdido por enfermedades se reduce y las personas pueden volver a dedicarse a salir de la pobreza.

OBJETIVO 7: ENERGÍA ASEQUIBLE Y NO CONTAMINANTE

- La OMS atribuye el 22% de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) a la contaminación del aire de interiores derivada de combustibles sólidos. La EPOC provoca la muerte de niños de bajo peso al nacer, además de neumonía en niños y problemas coronarios y pulmonares en adultos.
- La ONU calcula que casi tres mil millones de personas cocinan utilizando fuegos abiertos y hornos tradicionales.

El número anual de fallecidos por contaminación del aire de interiores seguirá por encima del millón y medio de personas. Una tasa superior a la de la malaria y la tuberculosis juntas.

OBJETIVO 8: TRABAJO DECENTE Y CRECIMIENTO ECONÓMICO

Dotación segura de personal, justicia social y defensa de las cuestiones de género, temas clave para la enfermería.

- Dra. Aiken habló el respaldo de la evidencia científica como argumento a los gobiernos. Presentó los resultados de estudios de 30 países que muestran la importante repercusión de la dotación de enfermeras en los resultados de los pacientes.
- “Los hospitales que tienen dotación de personal basada en la evidencia tienen los índices de mortalidad más bajos con el mismo coste o con un coste incluso inferior,”
- “La escasez de enfermeras incrementa un 7% la mortalidad de pacientes”.

- “Por cada paciente de más que debe atender una enfermera en cualquier turno y en cualquier país la mortalidad se incrementa un 7%. Son tasas de mortalidad evitables, sólo invirtiendo en dotación de enfermería“
- "Añadir un auxiliar por cada 25 pacientes se asocia a un incremento de la probabilidad de muerte de los pacientes en un 25%. Unos resultados dramáticos".
- De hecho, según Aiken, los recortes de personal con la crisis han demostrado que "por cada 10% de reducción en la dotación de enfermería se incrementa la mortalidad un 12%". -"¿Se solucionaría el problema añadiendo auxiliares?", se ha preguntado Aiken, que ha considerado que no porque lo que sucede es que se incrementa la carga asistencial enfermera que debe supervisar la labor de los auxiliares.
- "la enfermería no se puede sustituir por personal no cualificado" porque "los pacientes contraen otras patologías, infecciones, se aumenta el número de días de hospitalización y ello incrementa los costes".
- Incorporar auxiliares sin incrementar el número de enfermeras tiene el mismo efecto que la reducción de enfermeras, porque disminuye la cualificación del personal y la formación de las enfermeras es importantísima para los resultados de los pacientes".

Florence Nightingale realizó la primera investigación en resultados de enfermería hace unos 150 años

- Documentó condiciones no seguras en los hospitales.
- Demostró que las enfermeras formadas podían mejorar los resultados en los pacientes haciendo más seguro el entorno de cuidados.
- El índice de mortalidad alcanzo su nivel más alto en Febrero de 1855 con un 43% de los casos tratados.
- Las reformas empezaron en Marzo y a los 6 meses el índice de mortalidad era del 2%.

La Innovación de Nightingale:

- Enfermeras formadas.
- Proporcionan comodidad, abordan de los síntomas y avizoran las complicaciones intervenciones sanitarias.

- Crean un entorno seguro de cuidados.
- Proporcionan vigilancia para identificar complicaciones y actuar a tiempo de “rescatar” al paciente de un mal resultado.

Los riesgos en el entorno sanitario han aumentado con el tiempo

- En 1855 las infecciones eran la mayor amenaza para los pacientes.
- Habían pocas intervenciones médicas.
- Hoy las intervenciones médicas incluyen fármacos potentes y otros procedimientos que pueden causar mutilación o fallecimiento, sino se administran correctamente.
- El aumento de los procedimientos invasivos aumenta enormemente el riesgo de infección.

OBJETIVO 9: INDUSTRIA, INNOVACIÓN E INFRAESTRUCTURA

El acceso a atención de salud representa:

- Bienestar general, físico, social y mental.
- Prevención de enfermedades.
- Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
- Mejores tasas de morbilidad y mortalidad

Tele salud, tele enfermería

El uso de las TICs

Cuanta tecnología Blanda ha creado enfermería que ha permitido cualificar el cuidado y mejorar la calidad de vida.

La distancia hasta su hospital de referencia representa 15% menos de probabilidades de sobrevivir a un ataque al corazón respecto a los pacientes que vivían en un radio de diez kilómetros del mismo.

OBJETIVO 10: REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES

Las enfermeras, en colaboración con otros profesionales de la salud, pueden generar un ambiente en el que las diferencias diagnósticas, socioeconómicas, etarias, culturales, étnica, genero, salud, territoriales, ideológicas, educación estado

migratorio, de credo, etc sean aceptadas. Defender las necesidades de salud de todas las personas significa ser fieles al rico legado de la profesión.

OBJETIVO 11: CIUDADES Y COMUNIDADES SOSTENIBLES

Migraciones internas y externas: Habitantes de calle “las grandes ciudades lo son todo: el primer mundo, el segundo mundo y el tercer mundo se juntan en una única ciudad”.

OBJETIVO 12: PRODUCCIÓN Y CONSUMO RESPONSABLES

La OMS cree que únicamente el 58% de los residuos sanitarios se eliminan correctamente, lo cual está poniendo a comunidades enteras en riesgo de contaminación cruzada de desechos derivados de residuos infecciosos y patológicos, lesiones por objetos punzocortantes infectados y envenenamiento por desechos químicos, farmacéuticos, genotóxicos y radioactivos.

La industria sanitaria genera 7.000 toneladas de desechos al día, en particular desperdicios sólidos y desechos médicos.

Instituciones de salud consumen aproximadamente 2.5 veces la cantidad de energía utilizada en un edificio comercial del mismo tamaño.

OBJETIVO 13: ACCIÓN POR EL CLIMA

El cambio climático no es solo una cuestión ambiental, como aún creen muchas personas, es una amenaza que lo abarca todo. Kofi Annan, Secretario general, Naciones Unidas, 2006

La Asociación de enfermeras de Canadá (CNA) publicó un informe titulado ‘El papel de las enfermeras en el abordaje del cambio climático’ reconociendo la amenaza que representa para la salud de las poblaciones y ofreciendo orientación a las enfermeras sobre las funciones que pueden desempeñar en las estrategias, tanto de adaptación como de mitigación. Año 2000.

El cambio climático tendrá efectos adversos abrumadores, en particular en nuestros determinantes de la salud más fundamentales, nos afecta a todos: disposición alimentaria, aire limpio, agua potable, refugio seguro, etc.

OBJETIVO 14: VIDA SUBMARINA

La salud de nuestro planeta, nuestra propia salud y futura seguridad alimentaria dependen de cómo tratemos el mundo azul, fuente de importantes recursos vitales.

OBJETIVO 15: VIDA DE ECOSISTEMAS TERRESTRES

La pérdida de biodiversidad y los cambios en los ecosistemas pueden tener consecuencias devastadoras y provocar brotes de enfermedades infecciosas menoscabándose así el progreso del desarrollo, poniendo en riesgo la seguridad alimentaria y la nutrición, además de la protección frente a catástrofes naturales.[“ Lo contrario de la pobreza es la justicia.”

OBJETIVO 16: ALIANZA PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS

Los líderes Enfermería de todo el mundo deben trabajar juntos para formular estrategias de desarrollo sostenible a largo plazo, promoviendo el progreso de la ciencia de la enfermería, el desarrollo de la carrera de enfermería, el avance de la enfermería industrial y la mejora del nivel de salud de las personas.

- Intersectorial, Interdisciplinar
- Multiprofesional, Tras disciplinar
- "Podemos animar a todos enfermeras y enfermeros para defender la excelencia de su trabajo contra vientos y mareas y recursos limitados.
- Juntos podemos proporcionar el cuidado de la salud para todas las mujeres, todos los hombres y cada niño.
- Juntos debemos convencer a líderes políticos para poner en práctica recomendaciones de la comisión de alto Nivel de empleo la ONU sobre la salud y el crecimiento económico.
- Juntos podemos hacer que se escuchen a las enfermeras para la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud.
- Juntos podemos alentar la inversión en atención primaria, promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y juntos pueden proporcionar esa atención.
- Juntos podemos convencer al público y los políticos que la inversión en la salud es una inversión en nuestra gente y nuestras economías.
- Juntos podemos obtener mejores condiciones de trabajo para todas las enfermeras.
- Por último, Juntos, unir nuestro potencial colectivo para crear un mundo más saludable para el beneficio de todos.

-
1. Cobertura sanitaria universal;
 2. Emergencias sanitarias;
 3. Salud de la mujer, el niño y el adolescente;
 4. Efectos del cambio climático y ambiental en la salud
 5. Transformación de la OMS.

'La Salud para todos' debe ser el centro de gravedad de los esfuerzos para lograr todos los ODS.

EL CUIDADO A TRAVÉS DE LA PRÁCTICA DEL MINDFULNESS

Mónica García Orozco

El mindfulness no es una religión, es una práctica de meditación budista de hace 2600 años la cual fue introducida en el ámbito del cuidado de la salud occidental por Jon Kabat Zinn a finales de los años setenta cuando estandarizó su programa basado en atención consciente (1)(2), el cual originó el concepto de mindfulness basado en la reducción del estrés (3) en el año 1982; esta práctica se puede realizar de varias maneras tales como la meditación, el reconocimiento del cuerpo y yoga.(4).

La meditación combina el samantha con el vipassana, el primero se entiende como el desarrollo de la conciencia, atención, o concentración al tener una mente en calma; y el segundo hace referencia al desarrollo de la sabiduría con respecto a las 3 marcas de existencia en las que se identifica.

Las marcas de existencia incluyen que nada es permanente, el sufrimiento es parte de la existencia porque hace parte de nuestros conceptos erróneos y no hay un “ningún yo” debido a que todo está interconectado en un constante estado de cambio.(4)

Jon Kabat – Zinn definió el mindfulness como la conciencia que surge a través de la atención prestada con un propósito, en el momento presente y sin prejuicios en el momento a momento de la experiencia misma (3) lo cual permite que al centrar la atención en el momento presente, las personas sean capaces de tomar control sobre sus acciones, llegando a ser más resilientes, curiosas sobre la vida y sean compasivas ante los demás, lo cual mejora su bienestar y balance emocional haciendo que tomen mejores decisiones.

Thich Nanh Hanh (5) define el mindfulness como una energía y al cultivar esta energía se mantiene una vida interior sana. (6) Por lo tanto, el ser/estar consciente, es la energía que sabe lo que está sucediendo en ese momento presente. Cada práctica es personal, se aplica a cualquier tradición espiritual aun si no se tiene y esta práctica ayuda a que la persona sea consciente del aquí y ahora en el cuerpo, sus sentimientos, percepciones y todo el mundo que le rodea.

El cuidado que realiza enfermería en su día a día lo invita a redescubrir el propósito por el cual está ahí. El mindfulness es una herramienta por el cual se vive momento a momento interactuando con el proceso Caritas de Watson. El cuidado verdadero y la compasión deben ser vistos, tocados, experimentados, sentidos y empoderados a través del mindfulness, es unificar el cuerpo, la mente, el corazón y el espíritu con lo que está sucediendo en este momento más allá de lo que ha sido o de lo que pasará.

Este curso en línea que se encuentra a través del Instituto Watson, tiene una duración de cuatro semanas, es gratuito y enseña como a través del mindfulness se puede representar los momentos de Cuidado dentro de la práctica de Caritas en la vida cotidiana haciendo del cuidado, un cuidado transpersonal. El taller en línea (7) la ciencia del cuidado, la práctica del mindfulness tiene como objetivo brindar un espacio a los estudiantes para que exploren sus experiencias de cuidado enmarcados en la práctica del mindfulness y la ciencia del cuidado de Watson, éste brinda a la enfermera(o) una mejora en su práctica de cuidado por medio de la exploración y el aprendizaje del mindfulness; haciendo de su momento de cuidado una inspiración en el aquí y en el ahora, volviéndolo un ser consciente.

El cuidado es verdadero y compasivo, y se irradia en cualquier dirección, involucra situaciones que pasan alrededor, haciendo que esa fuerza interna que caracteriza a enfermería se refleje al exterior por medio de las actividades realizadas y evidenciadas a través del curso.

Cada proceso caritas tiene un objetivo y sirve de guía para cultivar el cuidado de una manera profunda hacia la vida y el trabajo. (8)

La experiencia de cuidado se vive por medio de la interacción de tres factores que se encuentran interrelacionados entre sí;

Cuidado transpersonal: Autenticidad y habilidad para estar presente en uno mismo y en el otro en un cuadro reflectivo. Estar completamente en el momento presente. Momentos de cuidado: La enfermera y la otra persona unen sus historias de vida, creando un momento de cuidado distinto en espacio y tiempo.

Proceso caritas: Apreciar y dar atención especial o amorosa con caridad, compasión y generosidad de espíritu. (6)

Cada proceso caritas tiene una práctica específica de mindfulness

Proceso caritas 1: Abrazar valores altruistas y practicar la bondad amorosa consigo mismo y con los demás: La bondad amorosa se caracteriza por ser una actitud, una intención, es el amar y el cuidar en cualquier forma, siendo significativo y útil en un momento dado, en una situación.

Proceso caritas 2: Estar auténticamente presente, infundir fe y esperanza en honor a los otros: Cultivar la apertura de la conciencia, el estar completamente presente y consciente, llegando a un estado profundo de bienestar social, emocional, espiritual y físico.

Proceso caritas 3: Ser sensitivo a uno mismo y a los otros alimentando las prácticas y creencias individuales: Un auto entendimiento y un amor propio proveen la fundación de un entendimiento y amor hacia los demás.

Proceso caritas 4: Desarrollar relaciones de ayuda, confianza y cuidado: La mejor manera de crear relaciones de cuidado es poner atención, llegando a ser más humanos, compasivos, consciente y despiertos a nuestros dilemas humanos y a los demás.

Proceso caritas 5: Promover y aceptar sentimientos positivos y negativos por medio de la escucha auténtica: Los sentimientos son universales y transitorios. Las personas no son sus sentimientos, se debe promover la expresión de sentimientos mediante la creación de espacios seguros.

Proceso caritas 6: Usar el método de resolución de problemas de una manera creativa para tomar decisiones de cuidado: Entender y ayudar en toda la experiencia humana, establecerse uno mismo en el momento presente.

Proceso caritas 7: La enseñanza y el aprendizaje que direcciona las necesidades individuales: La enseñanza auténtica es transpersonal y significativamente, afecta a ambas partes en el encuentro. Nuestra mente es un campo en el cual cada semilla es sembrada – semillas de compasión, alegría, esperanza, dolor, miedo, dificultades... Thich Nhat Hanh, 2006

Proceso caritas 8: Crear un ambiente sanador que respeta la dignidad humana: Apoyar la dignidad cuando se lucha contra la enfermedad y la pérdida. El verdadero cuidado y la sanación evolucionan al considerar cada palabra, pensamiento y acción sagrada, con una mirada hacia la interconexión del todo.

Proceso caritas 9: Asistir con halago a las necesidades humanas básicas: Cada acto afecta todo lo demás. El mirar la naturaleza sagrada de nuestras acciones es ayudar a poner en perspectiva el verdadero impacto de lo que hacemos. Cada acto de cuidado es sagrado.

Proceso caritas 10: Estar abierto al misterio y los milagros: La vida misma es un milagro, cada vida es un milagro, y todos unidos en colectivo somos un milagro.

La existencia de todo depende de la existencia de todo lo demás.

Watson nos invita por medio de las piedras curativas a continuar con este proceso.

PIEDRAS CURATIVAS

Cuidado al inicio: Comienza el día con gratitud silenciosa; pon tus intenciones a estar abiertos a dar y recibir todo por lo que estás aquí para dar y recibir este día.
Cuidado en el medio: Toma momentos de silencio que te centren, “desocupar”, estar contigo mismo antes de entrar a una situación nueva, cultiva una conciencia de

amor y cuidado a través de cada persona y cada situación para encontrarte a través del día.

Haz un esfuerzo para ver el espíritu que hay detrás de cada persona.

En la mitad de momentos estresantes, recuerda inhalar/exhalar, pregunta por una guía cuando estés inseguro, confuso, aterrado; perdona y bendice cada situación. Deja ir aquello que no puedas controlar.

Cuidado al final: Al finalizar el día, guarda estas intenciones en tu corazón, comprométete a cultivar la práctica del amor y del cuidado hacia ti mismo.

Usa todo aquello que se te ha presentado este día como lecciones que te enseñan a crecer más allá de tu propia humanidad y sabiduría interna.

Cuidado continuo: Crea tus propias intenciones y tu práctica auténtica, prepárate hacia una conciencia caritas, encontrando tu camino espiritual e individual para cultivar la conciencia de cuidado y la significancia de las experiencias en tu vida, el trabajo y el mundo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. White L. Mindfulness in nursing: an evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. 2014 Feb;70(2):282–94. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jan.12182>
2. Hunter L. Making time and space: the impact of mindfulness training on nursing and midwifery practice. A critical interpretative synthesis. *J Clin Nurs* [Internet]. 2016 Apr;25(7–8):918–29. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.13164>
3. Manotas M, Segura C, Eraso M, Oggins J, McGovern K. Association of brief mindfulness training with reductions in perceived stress and distress in Colombian health care professionals. *Int J Stress Manag* [Internet]. 2014;21(2):207–25. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0035150>
4. Maxwell L, Duff E. Mindfulness: An Effective Prescription for Depression and Anxiety. *J Nurse Pract* [Internet]. 2016 Jun;12(6):403–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.02.009>
5. Nhat Hanh T. *No mud, no lotus* [Internet]. Berkeley, California: Parallax Press; 2014. Available from: <https://play.google.com/books/reader?printsec=frontcover&output=reader&id=mEobBQAAQBAJ&pg=GBS.PA125>
6. Sitzman K, Watson J. *Caring Science, Mindful Practice, Implementing Watson's Human Caring Theory* - Google Play [Internet]. New York: Springer Publishing Company; 2013 [cited 2017 May 16]. Available from:

-
- https://play.google.com/books/reader?id=2QM4AAAAQBAJ&printsec=frontcover&output=reader&hl=es_419&pg=GBS.PP1
7. Watson Caring Science Institute. Caring Science, Mindful Practice - Free Online Course | Watson Caring Science Institute [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 24]. Available from: <https://www.watsoncaringscience.org/caring-science-mindful-practice-online-course/>
 8. Sitzman K. Mindful Communication for Caring Online. Adv Nurs Sci [Internet]. 2016;39(1):38–47. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=0012272-201601000-00005>

CUIDADO DE LA VIDA

RELACIÓN ESTABLECIDA ENTRE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LAS GESTANTES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Claudia Patricia Henao López
Docente Universidad Pontificia Bolivariana Medellín.
Estudiante de maestría Universidad de Antioquia.

Sandra Patricia Osorio Galeano
Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia

La relación enfermera paciente, es un tema de gran interés que ha sido abordado por diversos autores¹²³⁴⁵⁶. Hildegart Peplau, plantea en su teoría que esta relación se establece mediante 4 fases: orientación, identificación, exploración y resolución.

OBJETIVO: Describir desde la perspectiva de las mujeres, la relación establecida con el personal de enfermería durante el trabajo de parto, mediante la teoría de H. Peplau

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo retrospectivo transversal.

RESULTADOS: 502 mujeres, edad promedio de 25.6 años (DE 6.0).

Fase de Orientación: En 470 (93.6%) casos, la enfermera se identificó con su nombre; aunque 337 (67.1%) gestantes fueron llamadas por su nombre, 40 (8%) fueron identificadas por número de camilla y 125 (24.9%) fueron llamadas de otra manera. 153 (30.5%) gestantes manifestaron que sus expectativas frente al parto no fueron escuchadas. **Fase de identificación:** el sentimiento que transmitió la enfermera a la madre fue optimismo 441(87.8%), desamparo 30(6%) y otros sentimientos 31(6.2%). **Fase de explotación:** al solicitar ayuda, la enfermera atendió siempre 331 (65.9%), casi siempre 122 (24.3%), a veces 46 (9.2%), nunca 3 (0.6%). La comunicación con la enfermera les dio seguridad a 302 (60.2%) gestantes e inseguridad a 200 (39.8%). **Fase de resolución:** 457 (91%) madres valoran como positiva su relación con la enfermera y 45 (9%) como negativa.

CONCLUSIÓN: Se debe fortalecer el proceso comunicativo con las gestantes y escuchar sus expectativas frente al parto. Es necesario consolidar las estrategias del cuidado humanizado para favorecer una relación positiva entre enfermera y la mujer durante el parto.

Palabras Claves: Relaciones interpersonales, enfermería, trabajo de parto.

FACTORES QUE AFECTAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE FUERON ATENDIDOS EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR DEL HUHMP DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2016

María Alejandra Rodríguez Alvira
Enfermera especialista en cuidado crítico, Universidad Surcolombiana
Grupo de Investigación Cuidar.

Luz Omaira Gómez Tovar
Magister En Enfermería,
Universidad Surcolombiana, Grupo de Investigación Cuidar.

Lina Andrea Sánchez Urrea
Enfermera especialista en cuidado crítico, Universidad Surcolombiana, Grupo de
Investigación Cuidar.

Wilmar Mosquera Rico
Enfermero especialista en cuidado crítico, Universidad Surcolombiana, Grupo de
Investigación Cuidar.

INTRODUCCIÓN: La adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, es aquel compromiso y cumplimiento de las recomendaciones dadas por un equipo de salud, quienes deben brindar herramientas que permitan a los usuarios tomar decisiones con seguridad, autonomía y conscientes de los beneficios y complicaciones que conlleva el tratamiento de su enfermedad.

OBJETIVO: Identificar los factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes atendidos en la Unidad Cardiovascular del HUHMP, durante el segundo semestre del año 2016.

METODOLOGIA: Estudio descriptivo, cuantitativo y de corte trasversal, con una población de 43 pacientes, a quienes se les aplicó el instrumento denominado “Instrumento para valorar los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.”

RESULTADOS: Se evidenciaron aspectos sociodemográficos y clínicos de la población, de quienes el 62,8% eran hombres, su estrato socioeconómico fue principalmente bajo (86%), su escolaridad entre ninguna y bachiller incompleto (70%), encontrándose que a menor escolaridad menor grado de adherencia ($p=0.044$); sobre los diagnósticos médicos más comunes fueron la falla cardíaca (32,6%), IAM (23,3%), cambio valvular (18,6%) y la enfermedad de múltiples vasos (16,3%). Se evaluaron los factores que afectan la adherencia al tratamiento

farmacológico y no farmacológico, siendo el factor socioeconómico el de mayor influencia (comportamientos de no adherencia 20,9% y riesgo de no adherencia 39,5%), mientras que los factores relacionados con la terapia, mostraron una influencia positiva, teniendo una ventaja de adherencia del 79,1%.

CONCLUSIONES: Los pacientes manifestaron un grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico prioritariamente positivo, pero hay que resaltar que casi la mitad de la población tuvo riesgo o comportamientos poco adherentes, lo que es necesario realizar un seguimiento y continuidad a estos pacientes para que no tengan una recaída y prevengan las complicaciones propias de la enfermedad.

Palabras claves: Adherencia al tratamiento, farmacoterapia, enfermedad cardiovascular.

PROMOCIÓN DEL BIENESTAR ESPIRITUAL CON EL USO DE HERRAMIENTAS SANADORAS

Milena Parra Romero
Estudiante Universidad Nacional de Colombia
Grupo De Estudiantes Unamos Humanos y
Grupo de Cuidado

Jefferson Rodríguez Sánchez
Estudiante Universidad Nacional de Colombia
Grupo de Estudiantes Unamos Humanos y
Grupo de Cuidado

Olga Janeth Gómez
Profesora Asociada. Doctora en Enfermería. Coordinadora Grupo de Cuidado
Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia

INTRODUCCIÓN: Los profesionales de la salud y las personas que participan como sanadores, requieren permanecer en continua disposición en su proceso de ampliación de la consciencia para brindar una terapéutica integral, sensibilizada ante las necesidades humanas en las diferentes dimensiones y características individuales, colectivas y del entorno que rodea al sujeto de cuidado.

OBJETIVO: Favorecer un espacio dedicado a la construcción interior, artística y empática del sanador como fuente dadora de cuidado humanizado.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA: Se encuentra en desarrollo un proceso de investigación acción participante en donde el grupo de investigadores realizó con previa preparación en los programas de Bienestar de la Sede Bogotá, así como la asesoría constante de la docente tutora y los talleristas para consolidar una propuesta de intervención en un grupo de participantes de la comunidad universitaria de la sede. Se planteó la interacción de grupo en sesiones semanales en las que se emplean elementos terapéuticos como reiki, meditación, elementos de coaching, Qi gong li, biodanza y biodescodificación.

LOGROS SIGNIFICATIVOS: En los años 2016 y 2017 I, se ejecutaron los proyectos de Bienestar Espiritual en la Facultad de Enfermería de la sede Bogotá, obteniendo una totalidad de 89 participantes, siendo beneficiados los estudiantes de enfermería y de otras facultades, egresados, docentes, administrativos y personas externas a la misma.

CONCLUSIONES: En el análisis de contenido de las percepciones de los participantes con sus experiencias vividas en el proyecto se destacan los siguientes aspectos:

-
- Crecimiento personal: aporte en sus valores y desarrollo de proyecto de vida, mejorando emociones, percepciones y formas de afrontamiento.
 - Satisfacción de los participantes: promover este tipo de temas generan bienestar espiritual y aportan en lo cotidiano de la vida de los participantes y de los organizadores.

Palabras claves: Bienestar espiritual - enfermería – humanización

“CUIDA DE MI FAMILIA Y DE MÍ” EXPERIENCIA DE UNA PRÁCTICA CLÍNICA A LA LUZ DE LA TEORÍA DE CUIDADO TRANSPERSONAL DE JEAN WATSON

Jacqueline Daníes Valverde
Enfermera Especialista en Enfermería Perinatal (Universidad Nacional)
Magister en Enfermería con Énfasis en el Cuidado a las Personas y Colectivos
(Universidad De Cartagena)
Docente Programa De Enfermería Universidad Popular del Cesar
Grupo de Investigación: PES

INTRODUCCIÓN

El nacimiento prematuro continúa siendo una de las problemáticas prevalentes en la salud pública ya que genera múltiples impactos al interior de las familias, instituciones y la sociedad. Además, trae consigo alteraciones y complicaciones que requieren un cuidado especial y largas hospitalizaciones del recién nacido. Inicialmente, los esfuerzos deberán ser dirigidos al logro de su adaptación a la vida extrauterina, hasta su total estabilización y satisfacción de todas sus necesidades y las de su familia.

OBJETIVO

Conocer las necesidades que tienen los padres de recién nacidos prematuros hospitalizados en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) con el fin de intervenirlas en el proceso de atención de Enfermería.

DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

El cuidado de Enfermería que se le brinda al recién nacido prematuro en el interior de las UCIN debe estar dirigido hacia la satisfacción de sus necesidades básicas y a la satisfacción de las necesidades que surjan en consecuencia de las alteraciones y/ o complicaciones que se presenten. Teniendo en cuenta la actual filosofía de los cuidados humanos y centrados en la familia (1), se hace ineludible que los enfermeros adquieran la responsabilidad de valorar las necesidades que tienen los padres frente a la hospitalización de sus hijos que han nacido prematuramente. Esto, con la finalidad de que se tenga en cuenta su satisfacción durante la ejecución del proceso de atención de enfermería direccionado al recién nacido y su familia; a la luz del factor de cuidado que plantea Jean Watson (2), en su teoría, denominado: Provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual.

LOGROS SIGNIFICATIVOS: Humanización del cuidado neonatal.

CONCLUSIONES

El conocimiento de estas necesidades permite visionar a la familia como sujeto de cuidado, facilita su inclusión en el proceso de atención de enfermería, promueve un cuidado integral y centrado en la familia y condiciones favorables para la recuperación de la salud y el fomento del neurodesarrollo de los recién nacidos prematuros hospitalizados en las UCIN.

PALABRAS CLAVES

Evaluación de necesidades, padres, recién nacido prematuro, hospitalización.

SALUD, GÉNERO Y CULTURA DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER. NUEVOS PARADIGMAS DEL SIGLO XXI

Virginia Velazco
Magister Scientiarum, Investigadora A2 acreditada por el MPPCYT
Doctorante de Ciencias Gerenciales

Norma Montilla
Magister Scientiarum, Investigadora “B” acreditada por el MPPCYT
Doctorante de Ciencias Gerenciales

Hendrik Bermúdez
Doctor, Investigador A1 acreditado por el MPPCYT

Luis Chacón
Doctor, Investigador A1 acreditada por el MPPCYT

Los Derechos Sexuales y Reproductivos, son parte de los derechos humanos reconocidos en las leyes nacionales y en documentos internacionales de las Naciones Unidas aprobados por consenso. La salud sexual y reproductiva definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Conferencia internacional sobre la población y desarrollo (1994), en El Cairo y ratificada en el Programa de acción como: “el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos”.

OBJETIVO: Analizar los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, como nuevo paradigma del siglo XXI.

METODOLÓGICAMENTE se trata de una investigación documental bibliográfica.
RESULTADOS: la Conferencia Internacional de 1994, marcó un hito al afirmar que la reproducción humana es un derecho y como tal debe ser considerada. El derecho de la mujer a decidir sobre la maternidad es como opción en su vida, decidiendo cuándo desea hacerlo, es la esencia de los derechos reproductivos. De allí la importancia de brindar atención a la salud reproductiva en sus tres dimensiones integrales: biomédica, social y psicológica. Conclusiones: el Estado venezolano, posee un ordenamiento jurídico nacional en materia de Derechos sexuales y Derechos reproductivos. Fundamentado en La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) Título III, de los derechos humanos y garantías. Para esto se necesita diseñar y difundir estrategias de empoderamiento que permitan a las mujeres identificar y exigir sus derechos para desarrollar su sexualidad.

PALABRAS CLAVE: Derechos sexuales, mujeres, derechos Reproductivos

SALUD PÚBLICA PRÁCTICAS CLAVES IMPLEMENTADAS POR LAS FAMILIAS DE LA COMUNA CUATRO

Angélica Romero
Maestrante en Enfermería Universidad de Cartagena
Docente UNICESAR, Grupo de Investigación PES

INTRODUCCIÓN: La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia es una iniciativa mundial para la reducción de la morbimortalidad infantil que promueve a nivel familiar prácticas claves, cuya introducción a la dinámica de cuidado de los menores de cinco años, el informe de las diez primeras causas de consulta de la ESE de presencia en el área muestra que los niños de la comuna padecen enfermedades comunes de la infancia, lo que evidenció la necesidad de investigar la situación.

OBJETIVO: Describir las prácticas claves para la atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia implementadas por las familias de la comuna cuatro del municipio de Valledupar.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, cuya población fueron las familias de dos barrios de la comuna cuatro de Valledupar, la muestra constituida por 345 familias con niños menores de 5 años de los estratos uno y dos seleccionadas por muestreo a conveniencia luego de la caracterización familiar. La fuente de información fue primaria, aplicando los instrumentos en los hogares que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

RESULTADOS: La media de edad de los niños fue 2.6 años y de los padres 32.3, la mayoría de las familias son monoparentales, con predominio de jefatura femenina, el 66.1% de la población pertenece al régimen subsidiado, el 72,7 % de las familias con menores de un año practican la lactancia materna, con 62,5% exclusiva hasta los seis meses, el 43.7% introduce a la alimentación complementaria adecuadamente, el 81,8% esquemas de vacunación completos, el 96.5% de los padres negó usar preservativo para prevenir VIH, 26.7% practica lavado de manos, 30.1% de las familias cuida apropiadamente a niños enfermos, reconocen signos de gravedad para la fiebre 30.1%, desnutrición y anemia 12.9%, gripa 16.3%, diarrea 18.1%, el 81.8% gestantes asisten a control prenatal.

CONCLUSIONES: El desconocimiento de las familias sobre la importancia de las practicas claves de AEIPI, traducida en la escasa aplicación de las mismas en los hogares de la comuna cuatro, evidenciando la necesidad de implementar la estrategia a nivel comunitario e intervenir a las familias con actividades educativas y generar apoyo por parte de los actores sociales de la comunidad.

Palabras Claves: Salud del niño, padres, AIEPI, salud de la familia.

ENFERMERÍA ANTE LA INCERTIDUMBRE FRENTE AL CAMBIO CLIMÁTICO GASES EFECTO INVERNADERO

Marina Sánchez Sanabria
Enfermera, Magister en salud pública, magister en educación y doctora en
ciencias de la educación
Grupo Control de Calidad de los Procesos en Salud
Línea Cuidado de la Vida y la Salud

Francia Esther Herrera Salazar
Mariemma Socarras Vega

INTRODUCCIÓN O PROBLEMA

Esta ponencia es una reflexión sobre las expresiones de indiferencia e incertidumbre de la sociedad, fuertemente interrelacionadas y evidenciadas desde la investigación con el estudio sobre medidas protectoras para mitigar efectos del cambio climático (1); del análisis cuantitativo de la investigación formativa del programa de enfermería(2) y del estudio de riesgos trazadores en la cotidianidad del cuidado (3); del trabajo de proyección social de la Facultad Ciencias de la Salud; por último desde la docencia que han permitido valorar percepciones, actitudes, comportamientos manifiestos en las relaciones con su entorno y ambiente como fuerzas destructoras del hábitat y van caracterizando la acción depredadora en la sociedad.

OBJETIVO Comprender desde la responsabilidad social universitaria el rol y liderazgo asumir en los diferentes sujetos de atención y de la comunidad académica frente al cambio climático.

RESULTADOS

- Asumir la investigación complementaria para identificar vulnerabilidades, comprender percepciones y representaciones sociales en las que descansa las diversas expresiones de incertidumbres en lo colectivo y a nivel de las personas.
- Evidenciar nuestra responsabilidad con nuestras capacidades intelectuales, de hermandad por nuestra esencia de cuidar la vida y la salud.
- Fomentar la conciencia ecológica, ética ambiental y comunicativa, con el ejemplo de ser formadores.

- Soportar nuestra proyección formadora en el desarrollo del pensamiento sistémico global incluyente y promocionar la cultura de adaptación al cambio climático.

CONCLUSIONES

Del proceso reflexivo, evidenciar con la responsabilidad que nos atañe la conciencia ecológica y ética ambiental comunicativa para una transformación de un presente que está agobiada por las acciones depredadoras, siendo ya una amenaza ambiental y por sobre todo una amenaza existencial.

Reflexionar y actuar en función del mismo debe ser en cada uno de nosotros como conciencia racional de nuestra misma naturaleza en cada proyección con los que somos parte de la naturaleza y ambiente, es un buen momento para actuar de manera colectiva y consciente, resaltando que esta crisis global es de responsabilidad de todos con nuestros estilos de vida y modos de cuidado.

Palabras claves: Apatía, incertidumbre, cambio climático.

EDUCACIÓN CUIDAMOS EN EL AULA

Cruz Deicy Jaramillo Bolívar
Estudiante de doctorado en salud-Universidad del Valle-Docente Programa de
Enfermería Universidad Libre- Grupo Atención primaria y políticas públicas.

Lina Marcela Parra González
Candidata a Doctora en Enfermería-Universidad Nacional de Colombia-Docente
Programa de Enfermería Universidad Libre- Grupo Atención primaria y políticas
públicas.

INTRODUCCIÓN: Cuidar al otro implica una reflexión sobre el cuidado de sí mismo y su relación con el entorno de cuidado. Requiere un acercamiento genuino de reconocimiento de lo humano en el futuro profesional que cuida la vida.

OBJETIVO: Reconocer el cuidado humano como eje fundamental de la formación y del futuro ejercicio profesional.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA: Durante 10 semanas en el componente teórico de los semestres 3 y 5 de enfermería, se incorporan actividades sustentadas desde los planteamientos de la teoría de Cuidado Transpersonal, que fortalecerán en el estudiante experiencias de vivencias del cuidado como camino de aprestamiento para el encuentro en prácticas con las personas. Se trabaja por grupos la presentación a partir de las caritas el desarrollo de las siguientes 10 sesiones.

LOGROS SIGNIFICATIVOS: Se espera que el estudiante refleje la relación de cuidado humanizado a través de la identificación de él como ser humano que trasciende a través del cuidado del otro.

El desarrollo de propuestas de aprendizaje significativas que incorporan el sentir, el saber y el saber hacer, permiten reconocer la importancia del papel fundamental de los profesionales de enfermería en el cuidado humanizado.

CONCLUSIONES: La humanización del cuidado, requiere un reconocimiento de la humanidad del propio cuidador que expresa y vivencia sus sentimientos como válidos y que le aportan a humanizar las relaciones con sus pares, las personas a su cuidado y los entornos de cuidado.

Las actividades desarrolladas en el aula deben inspirar al estudiante, permitir la apertura y la reflexión del cuidado de enfermería desde la experiencia propia.

Palabras Claves: Cuidado, humanización, enfermería, formación.

ESTRATEGIA FORMATIVA INTERDISCIPLINAR PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE CON DOLOR, FUNDAMENTADAS EN TEORÍAS DE MEDIANO RANGO, MEDIADAS POR TIC`S Y DISEÑO.

María Inès Mantilla Pastrana

Doctora en educación (Magister en enfermería, Esp. educación con énfasis en educación evaluativa, Enfermera, Tlg. Regente de farmacia), Universidad Manuela Beltrán, Cuidado Integral de la Salud Humana.

Janeth Patricia Caviativa

Doctora en educación, Universidad Manuela Beltrán, Cuidado Integral de la Salud Humana y Gitis

Claudia Patricia Osorio Riaño

Doctora en educación. Corporación Escuela de Escuela de Artes y Letras. Diseño, Arte y Comunicación.

INTRODUCCIÓN O PROBLEMA

La evidencia científica desde enfermería debería caracterizar la práctica profesional y hay una brecha entre ellas, donde el alivio del dolor es un desafío para todas las profesiones de la salud y su manejo, un tema esencial para la enseñanza del cuidado de enfermería.

OBJETIVO Diseñar estrategias de enseñanza mediadas por tecnología para el manejo del dolor guiada por teorías de mediano rango, que fundamentan la intervención disciplinar para el cuidado de la salud humana.

METODOLOGÍA Estudio en tres fases: 1. Revisión Narrativa, se seleccionaron 16 artículos científicos que cumplieran criterios de inclusión y se analizaron cinco categorías emergentes 2. Diseño de una herramienta tecnológica basada en el Aprendizaje según Gané y el diseño instruccional ADDIE.

RESULTADOS

Fase 1. Cinco categorías temáticas: a) Manejo del dolor agudo con técnicas no farmacológicas, b) Alivio del dolor, c) Aplicación de escala (EVA) para clasificar la intensidad del dolor, d) Factores que influyen el grado de dolor y e) Teorías acerca del dolor en la pluridisciplinariedad y 2. Diseño de un objeto digital de aprendizaje (ODA) con tres módulos dirigidos a la enseñanza del manejo del dolor guiado por la teoría de Good, en tres niveles estructurados por mándalas con técnicas como la musicoterapia según la complejidad: básico, intermedio y avanzado.

CONCLUSIONES

La Teoría de Mediano Rango de Good incluye la relajación y musicoterapia como un tratamiento coadyuvante al tratamiento farmacológico tradicional, logrando un balance de los efectos de la analgesia, técnicas (pictogramas y psicología del color) o terapias integrales para el alivio del dolor.

Palabras claves: Cuidado de enfermería, teoría de enfermería, enfermería basada en la evidencia, enseñanza.

EVALUACIÓN DEL ENTORNO DE APRENDIZAJE CLÍNICO EN EL ÁREA DE CUIDADOS INTENSIVOS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA UNICAGLIARI ITALIA Y UPC COLOMBIA CON LA ESCALA CLES T

Cesar Iván Aviles González

Enfermero con maestrías en salud mental, investigación en ciencias de enfermería, estudiante de 3er año de doctorado en enfermería y salud Universita Rovira I Virgili España, Profesor e investigador en la universidad Degli Studi di Cagliari Italia y azienda Ospedaliera universitaria di Cagliari Italia.

Maria Pisu

Enfermera con maestría en ciencias de la enfermería, maestría en coordinación de enfermería, maestría en administración pública, coordinadora del área de esterilización AOU CAGLIARI, grupo logístico de coordinación del programa de enfermería de la Universita Degli Studi di Cagliari.

Stefania Vargiu

Estudiante del tercer y último año de Enfermería de la Universita Degli Studi Di Cagliari.

Angélica María Tortello Martínez

Enfermera Universidad Popular del Cesar, especialista Salud Familiar, candidata a Magister en Educación SUE caribe, Enfermera Coordinadora Salud Infantil Hospital Inmaculada Concepción.

Grimalia Pitre

Enfermera Universidad Popular del Cesar Especialista en docencia universitaria.

INTRODUCCIÓN O PROBLEMA la formación de enfermería está basada en la práctica con el soporte teórico científico, es necesario entonces un entorno idóneo basado en aspectos físicos humanos como infraestructura, organización del servicio, respeto y confianza entre supervisores de prácticas y estudiantes, la escala clest creada en Finlandia es un instrumento medidor de este tipo de factores y ha sido adaptada y validada culturalmente a otros idiomas como el español e italiano.

OBJETIVO analizar la experiencia de aprendizaje en la práctica de cuidado crítico, a través de la escala clest de los estudiantes de enfermería de la universita degli studi di Cagliari y UPC Colombia.

METODOLOGÍA estudio descriptivo observacional trasversal

RESULTADOS aplicación de la escala clest en estudiantes de enfermería con experiencia práctica en cuidados intensivos en dos universidades: Colombia e Italia; fiabilidad con la prueba de alfa de cronbach de 0,958 prueba de U mann Withney en muestras independientes reflejó diferencias en los ítems

1,4,6,10,14,16,17,18,23,24,25,26,27 y 28 en la correlación de variables sitio de prácticas y respuestas a los ítems de la escala se identificaron diferencias según la institución de salud donde los estudiantes se encontraban.

CONCLUSIONES: El instrumento es útil independientemente del contexto cultural donde sea aplicado. Las instituciones donde los estudiantes se encuentran haciendo sus prácticas clínicas puede influir en la calidad de las mismas. Aproximadamente 50% de los ítems han tenido una mediana diferente en cada grupo de evaluación, Colombia e Italia.

Palabras Claves: Ambiente de aprendizaje clínico – prácticas clínicas -cles T – UCI.

GESTION DE LA SALUD
EFFECTOS DEL TRABAJO INFANTIL EN LA SALUD DEL MENOR
TRABAJADOR EN LA PLAZA DEL MERCADO NUEVO VALLEDUPAR/CESAR,
2017

Cruz Estela Padrón Gutiérrez
Magíster
Universidad Popular del Cesar
Cuidado de Enfermería y Gestión en Organizaciones y Servicios de Salud.
(CEGOSA)

Aleydis Julio Peterson
Doctora
Universidad Popular Del Cesar
Cuidado de Enfermería y Gestión en Organizaciones y Servicios de Salud
(CEGOSA)

Hillary Daniela Correa Araujo
Enfermera

OBJETIVO: describir los efectos del trabajo infantil sobre la salud del menor trabajador de la plaza del mercado Nuevo de Valledupar/Cesar, Colombia, mediante las variables, características sociodemográficas, tipos de trabajo, riesgos laborales, uso de elementos de EPP, ocurrencia de accidentes y de enfermedades laborales. Se trabajó con una población de 25 niños.

METODOLOGÍA: Es un estudio de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, no experimental. Como diseño metodológico, se utilizó la encuesta, de preguntas cerradas, con múltiples opciones y única respuesta.

RESULTADOS: se demuestra los menores están expuestos a diferentes factores de riesgos, siendo los más relevantes: ergonómicos, movimientos repetitivos 44%; físicos, ruido continuo 92%; químicos, gases y vapores 92%; biológicos, exposición a insectos 88%, mecánicos falta de orden y aseo 64%; psicosociales y públicos, discusiones 84%; uso de EPP, 12% utiliza guantes, el 76% no utiliza EPP; accidentes laborales, el 52% ha sufrido heridas y las partes del cuerpo más afectadas fueron las manos (44%); historia de enfermedades en los últimos 3 a 5 años, el 92% dijo haber enfermado y las enfermedades más padecidas fueron gripa 60% y alergias 48%. los resultados demuestran que la salud de esto menores, puede estar siendo afectada por el trabajo realizado, por estar expuestos a riesgos mecánicos, ergonómicos, biológicos, químicos, físicos, psicosociales, y eléctricos. Esto es preocupante ya que esta población es extremadamente vulnerable por estar en proceso de crecimiento y desarrollo, vivir en condiciones de extrema pobreza y no tener seguridad social en la mayoría de los casos.

Palabras claves: Trabajo infantil, efectos del trabajo infantil, salud del menor trabajador, exposición a riesgos laborales.

SALUD MENTAL

LA EXPERIENCIA DE LA ENFERMERÍA DE PSIQUIATRÍA FORENSE Y EL HUMAN CARING THEORY EN LA TRANSICIÓN DE LOS HOSPITALES JUDICIARIOS A LAS RESIDENCIAS CON MEDIDAS DE SEGURIDAD SANITARIA (REMS) EN EL CONTEXTO ITALIANO

Cesar Iván Avilés González

Enfermero con maestrías en salud mental, investigación en ciencias de enfermería, estudiante de 3er año de doctorado en enfermería y salud Universita Rovira I Virgili, España, Profesor e investigador en la universidad Degli Studi di Cagliari Italia y azienda Ospedaliera universitaria di Cagliari Italia.

Paola Melis

Enfermera y filósofa con maestría en bioética, estudiante de 3er año de doctorado en enfermería y salud Universita Rovira I Virgili España, Profesora e investigadora en la universidad Degli Studi di Cagliari Italia y azienda Ospedaliera universitaria di Cagliari Italia.

Chiara Montisci

Estudiante de tercer y último año de enfermería Universita Degli Studi di Cagliari Italia.

INTRODUCCIÓN: El 31 de marzo 2015 entra en vigor la ley 81/2014 que decreta el cierre definitivo de los seis hospitales psiquiátricos judiciales en Italia (OPG) esta ley tiene como objetivo promover una mayor adaptación desde el punto de vista de la rehabilitación social para los pacientes con trastornos mentales que hayan delinquido debido a que anteriormente los pacientes tenían más una condiciones de reclusos que de persona enferma por tal motivo para logra esta inserción social de los pacientes es necesario que venga tratada y asistida como centro del proceso, además, participe del mismo.

OBJETIVO: Analizar el Cuidado desde la Óptica de la Enfermería Psiquiátrica Forense en las Residencias con Medidas de Seguridad Sanitaria (REMS) En La Ciudad de Capoterra Italia Indagar e identificar las experiencias y el Impacto Emotivo Vivido por los Enfermeros y los Auxiliares presentes en esta REMS.

METODOLOGIA: Investigación cualitativa fenomenológica uso de la entrevista semiestructurada como instrumento.

RESULTADOS: En la prueba piloto se han identificado algunos procesos de las caritas según la teoría del cuidado humano de Jean Watson como 1 adoptar valores altruistas y practicar bondad con uno mismo y otros, 4 desarrollar relaciones de cuidado y 8 crear un entorno de curación física y espiritual que respete la dignidad humana. Además de intervenciones de enfermería no directamente del cuidado

físico como escucha activa ludoterapia además de cambios transicionales de emociones del miedo incertidumbre a la confianza y tranquilidad.

CONCLUSIONES: Los factores del cuidado según el human caring hacen parte del quehacer enfermero de forma cotidiana identificándose además en áreas poco comunes como la enfermería psiquiátrica forense no existe en el contexto italiano competencias delimitadas para enfermeros y auxiliar de enfermería (OSS) contrariamente a muchos contextos europeos.

PALABRAS CLAVES: Enfermería psiquiátrica forense, cuidados psiquiatría forense – rems.

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CAGLIARI ITALIA EN RELACIÓN A LA MODALIDAD DE “PUERTAS ABIERTAS

Cesar Iván Avilés González

Enfermero con maestrías en salud mental, investigación en ciencias de enfermería, estudiante de 3er año de doctorado en enfermería y salud Universita Rovira I Virgili España, Profesor e investigador en la universidad Degli Studi di Cagliari Italia y azienda Ospedaliera universitaria di Cagliari Italia.

Paola Melis

Enfermera y filósofa con maestría en bioética, estudiante de 3er año de doctorado en enfermería y salud Universita Rovira I Virgili España, Profesora e investigadora en la universidad Degli Studi di Cagliari Italia y azienda Ospedaliera universitaria di Cagliari Italia.

Maria Valeria Massidda

Enfermera con maestría en ciencias de enfermería, maestrías en coordinación de enfermería educación universitarai, coordinadora de enfermería del servicio de cuidados intensivos AOU CAGLIARI grupo logístico de coordinación del programa de enfermería de la Universita Degli Studi di Cagliari.

INTRODUCCIÓN: La UCI (unidad de cuidados intensivos) a puertas abiertas se entiende la volición de todas las barreras temporales físicas y relacionales son estrechamente necesarias para el cuidado del paciente en la perspectiva de la promoción de un tratamiento personalizado que tenga en cuenta de las varias dimensiones físicas psicológicas y relacionales de cada individuo; en la literatura científica se establece los pro y los contras de esta modalidad de asistencia sanitaria ¿Qué opinión tiene el personal sanitario de la uci del hospital universitario de cagliari en relación a la modalidad a puertas abiertas?

OBJETIVO: Indagar y conocer la opinión del personal sanitario que trabaja en la UCI del hospital universitario de cagliari Italia en la aplicación de la modalidad a puertas abiertas.

METODOLOGÍA: Estudio cualitativo descriptivo con técnica del grupo focal.

Resultados y CONCLUSIONES existe una tendencia hacia la apertura con ciertos requisitos como el horario de visita y cierto tipo de procedimiento que no deberían ser ejecutados delante de familiares o parientes cercanos. La UCI de puertas abiertas es necesaria la formación en comunicación y resolución de conflictos además del soporte de una figura profesional como psicólogo sea para paciente

familia como personal sanitario para disminuir los posibles eventos negativos a nivel emocional de los previamente mencionados.

PALABRAS CLAVES: (3-5 Decs) unidad de cuidados intensivos UCI - puertas abiertas - personal sanitario.

CONCIENTIZACIÓN DESDE LA ACADÉMICA AL USO RESPONSABLE DE LA TECNOLOGÍA PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE

Delvis Mejía Álvarez
Ingeniera de sistemas
Especialista en dirección prospectiva y estratégica de las organizaciones
universitarias
Master en educación online

Félix Javier Villero Maestre
Profesional, Especialista, Magister- Aitice

Rosa Luz Pinto
Estudiante de Enfermería

Rosa Virginia Daza Vega
Estudiante de Enfermería

INTRODUCCIÓN: El centro de la atención medica es el paciente, por ende, la responsabilidad de su recuperación está en manos de los procedimientos médicos y cuidados del personal a cargo en este caso ,médicos , enfermeros y auxiliares de enfermería , pero el momento actual que se vive en el mundo donde la globalización, el acceso a medios masivos de comunicación y los beneficios del crecimiento de la tecnología ha beneficiado todos los aspectos de la cultura del ser humano, la medicina y el tratamiento médico resulta ser uno más de aquellos contextos de desarrollo humano que se han visto influenciados por la masiva y eficaz, inclusión de la tecnología en el campo de la medicina.

OBJETIVO: Concientizar a los enfermeros y personal del área de salud en formación de la Universidad Popular de Cesar en la preparación conocimiento, y uso responsable de la tecnología guiada al cuidado adecuado del paciente.

LOGROS SIGNIFICATIVOS: En cada uno de los periodos académicos cada uno de los grupos de manera independiente ha organizado, y desarrollado, un seminario taller acerca de la influencia de la tecnología y su manejo en el contexto actual en el área de la salud, desde su rol como enfermeros, y estos han sido completamente exitosos.

CONCLUSIONES: En la actualidad el aporte de la tecnología es fundamental en todas las áreas, pero imprescindible en lo que respecta a la salud. Consideramos que debe existir una interrelación entre salud y tecnología, ya que el manejo de los equipos médicos de alta complejidad cada vez es más complicado.

El desarrollo tecnológico ha propiciado un cambio asombroso en la medicina; su avance ha permitido conocer infinidad de procesos que explican el porqué de

muchas enfermedades, de eventos que ocurren en el organismo humano y de las consecuencias de relacionarse con su entorno.

PALABRAS CLAVES: Tecnología en salud, cuidado del paciente, telemedicina, bioinformática, avances tecnológicos, ciencia, algoritmo, libro electrónico, desarrollo tecnológico, Telemedicina, entorno virtual, equipos.

AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD Y CUIDADOS EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA AL FINAL DE LA VIDA EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA

Adriana Patricia Mejía Díaz

Enfermera con Posgrado en Oncología Maestría en cuidados de enfermería a las personas que presentan enfermedades renales universidad Autónoma de Barcelona. Maestrías en Investigación en Ciencias de la Enfermería Universidad Rovira I Virgili España. Enfermera asistencial en el instituto de Nefrología y Trasplante Renal del Hospital Clínic de Barcelona.

Maria Jesus Garzón Escárraga.

Enfermera con Maestría en Salud pública y epidemiología. Universidad Rey Juan Carlos Madrid.
Enfermera asistencial en el instituto de oncología y trasplante hematológico del Hospital Clínic de Barcelona.

Cesar Ivan Aviles Gonzalez

Enfermero con maestrías en salud mental investigación en ciencias de enfermería estudiante de 3er año de doctorado en enfermería y salud Universidad Rovira I Virgili España
Profesor e investigador en la universidad Degli Studi di Cagliari Italia y azienda Ospedaliera universitaria di Cagliari Italia.

INTRODUCCIÓN: El estudio de la auto percepción de la salud y cuidado del individuo es de gran interés, porque permite entender y comprender el fenómeno en profundidad del ser humano desde una perspectiva más integral, que incluye sus valores, creencias y percepciones. Este conocimiento permitirá realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando.

OBJETIVO: Conocer la autopercepción de salud y cuidado de los pacientes con enfermedad renal avanzada (PERCA) al final de la vida del Hospital Clínic de Barcelona.

METODOLOGÍA: Investigación exploratoria, descriptivo de abordaje cualitativo de tipo fenomenológico; basado en algunos aspectos de la teoría del cuidado Jean Watson.

RESULTADOS: Lo que se hace un notorio cuidado hacia el paciente en el respeto por sus decisiones, tolerancia, amor, gratitud, autodominio, comunicación, hacia un futuro incierto y desconocido sobre su salud enmarcado desde la fenomenología que plantea Jean Watson sobre factores de cuidado, el cultivo de la sensibilidad

hacia uno mismo y hacia los otros, la aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos.

CONCLUSIONES: La interpretación y vivencia de la autopercepción de salud es subjetiva a cada paciente, el cual tiene elementos distractores y emergente en el proceso de cuidados al final de la vida, de acuerdo a las circunstancias y sentimientos vivenciados pueden pretender o hacerse una idea de poseer una salud adecuada, de acuerdo a todo lo que vivencia y cómo?, podrían estar en circunstancias de no deterioro de la enfermedad; con respecto a los cuidados todos, presentan una igualdad en el pensamiento expresado y es no tener “dolor”, ni sufrir, más de lo que llevan conviviendo con la enfermedad.

PALABRAS CLAVES: Fallo renal crónico; teoría de enfermería; Jean Watson; cuidado de enfermería; calidad de vida; cuidados para la prolongación de la vida; percepción.

RELEVANCIA DE LA CÁTEDRA COMPARTIDA EN LA FORMACIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO

Francia Esther Herrera Salazar
Enfermera, Mg Enfermería Materno-Infantil. Mg en educación con énfasis en cognición Doctora en ciencias de la educación. Docente Titular /Investigadora.
Directora del grupo de investigación “Control de Calidad de los Procesos en Salud”. UPC.

Mariemma Socarras Vega
Enfermera, Mg. en Educación. Docente Titular /Investigadora. Investigadora Grupo de Investigación “Control de Calidad de los procesos en Salud”. Upc.

Marina Sánchez Sanabria
Enfermera Mg Salud Pública. Investigadora Grupo de Investigación “Control De Calidad de los Procesos en Salud”. Upc.

INTRODUCCIÓN: Tres docentes enfermeras, concertaron confluír sus saberes en una cátedra compartida que les permitiera integrar el conocimiento acerca del valor de la profesión disciplinar Enfermera, empleando procesos metacognitivos facilitados por las orientaciones y asesorías a sus estudiantes de II semestre de enfermería, para asumir un estilo de pensamiento epistemológico como cuidador de la vida y la salud.

OBJETIVO: Integrar el conocimiento del cuidado para la proyección de la práctica de enfermería humanizada.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA: En el desarrollo del curso se articula la transversalidad del conocimiento del cuidado con pensamiento complejo, enfatizando el valor de la dignidad humana en todos los actos de cuidado. Se emplea la Estrategia de Aprendizaje Significativo, privilegiando la mayéutica Socrática como método de indagación y descubrimiento del conocimiento. Las sesiones son participativas y el rendimiento del estudiante se basa en los análisis y construcción de conocimiento.

LOGROS SIGNIFICATIVOS: Desarrollo de la sensibilidad social hacia los problemas de salud. Motivación hacia la metodología. Desarrollo de la creatividad.

CONCLUSIONES: El conocimiento integrado de la profesión disciplinar explorado por el estudiante, lo motiva a apropiarse de la enfermería para investigar los fenómenos propios del cuidado de la vida como su objeto disciplinar.

PALABRAS CLAVES: Cátedra Compartida, humanización, cuidado humanizado.

EL DOCENTE COMO FACILITADOR EN EL RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN HUMANA DURANTE LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR

Mariemma Socarras Vega
Enfermera, Mg. en Educación. Docente Titular /Investigadora. Investigadora Grupo de Investigación “Control de Calidad de los Procesos en Salud”. UPC. Docente Titular UPC.

Francia Esther Herrera Salazar
ENFERMERA, Mg Enfermería Materno-Infantil. Mg en Educación con énfasis en docencia Doctora en ciencias de la educación. Docente Titular /Investigadora. Directora del Grupo de Investigación “Control de Calidad de los Procesos en Salud”. UPC.

Marina Sánchez Sanabria
Enfermera Mg Salud Pública. Investigadora Grupo de Investigación “Control de Calidad de los Procesos en Salud”. UPC. Docente Titular UPC.

INTRODUCCIÓN: Desde el aula y a través del acompañamiento docente, el estudiante de Enfermería detecta problemas y necesidades básicas en el grupo de Adultos Mayores, realiza investigación de aula y propone programas de educación en salud para mejorar la calidad de vida de estas personas.

OBJETIVO: Determinar los problemas y necesidades básicas que aquejan al adulto mayor, realizando prácticas recreativas que fomentan la capacidad de disfrute lúdico involucrando la familia y su cuidador primario, con el fin de mejorar la calidad de vida de estas personas.

DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA: En un accionar participativo dirigido, docentes y estudiantes mediante un proyecto pedagógico de aula, detectan problemas del Adulto Mayor, el estudiante profundiza en el conocimiento y propone aportes a la solución, fomentando la promoción de la salud, el mantenimiento y restauración; para lo cual es necesario establecer alianzas interestamentaria e interinstitucionales.

LOGROS SIGNIFICATIVOS: Desarrollo de la sensibilidad social hacia los problemas de vida y de salud de los Adultos Mayores.

La participación en Alianzas Estratégicas para aportar el Cuidado de Enfermería en la atención al adulto Mayor.

CONCLUSIONES: El Proyecto de Aula desde la visión de los Problemas Sociales del Adulto Mayor, desarrollan en el estudiante una gran sensibilidad social y la apropiación del conocimiento de la enfermería para ofrecer un cuidado humanizado.

PALABRAS CLAVES: Humanización, cuidado humanizado, aprendizaje significativo.

