

Momentos de cuidado según la teoría del Caring. La situación de enfermería.

Ian Coahpetzin Zavala Pérez¹, Cinthia Viridiana Olea Gutiérrez¹, Martha Ofelia Valle Solís¹.

Resumen

La situación de Enfermería es “una experiencia de vida compartida donde la enfermera se une en el proceso de vida de la persona cuidada e igualmente trae su propio proceso a esta relación”; dicha situación, se presenta a través de la narrativa donde la/el enfermera/o cuenta su vivencia de una relación significativa que le permite reflexionar sobre su actuación, sus sentimientos, sus valores, sus metas y, sobre todo, refleja la visión del mundo que la enfermera tiene acerca del cuidado de enfermería^{1,2}. La forma tradicional de casos clínicos de enfermería presenta un cuadro estático e incompleto, mientras que con esta nueva manera, la situación de enfermería permite visualizar un retrato dinámico e interactivo que muestra la presencia de la o el enfermera/o con los sujetos de su cuidado^{1,2}. La presente experiencia describe la historia de una enfermera que brinda el cuidado a su madre afectada por el cáncer de mama. Dicha experiencia es analizada desde la teoría del Caring de Jean Watson a través de los *10 Procesos Clínicos de Cuidado*.

Palabras clave: enfermera, paciente, cuidado, procesos clínicos de cuidado.

Abstract

The situation of Nursing is “a shared life experience where the nurse joins in the life process of the person cared for.” It comes through a narrative in which the nurse presents his experience of a significant relationship that allows him to reflect on his actions, feelings, values and goals, and above all reflects the shared professional vision of patient care^{1,2}. The traditional nursing clinical case presents a static and incomplete picture, whereas with this new way, the nursing situation can display a dynamic and interactive portrait showing the presence of the nurse alongside his subjects of care^{1,2}. The present case describes the experience of a nurse providing care to her mother affected by breast cancer. This experience is analyzed from the theory of Jean Watson Caring through *10 Clinical Care Processes*.

Keywords: nurse, patient, care, clinical care processes.

(1) Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit, México.

Fecha de recepción: 6 de mayo de 2013. **Fecha de aceptación:** 27 de noviembre de 2013

Correspondencia: Ian Coahpetzin Zavala Pérez. Unidad Académica de Medicina.

Universidad Autónoma de Nayarit. Ciudad de la Cultura “Amado Nervo”. Tepic, Nayarit, México, C.P. 63155

Tel. Fax. (01-311) 2118800. Correo Electronico: ic_jm82@hotmail .com.

Introducción.

Recuerdo que la noticia nos asaltó en el mes de mayo del año 2010, cuando una visita al ginecólogo cambió el curso de varias vidas.

Mi madre no suele comunicar sobre sus situaciones personales y para ella, hablar de salud es un aspecto de esta índole. Un día cae en cuenta que sola no puede y decide pedir ayuda. Así que la noticia fue abrupta. Sabía lo que estaba por venir. Pero debo aclarar que no es lo mismo ser espectadora a formar parte de tan dura prueba; escribir tu propia historia, que tendrá un desarrollo lleno de momentos dolorosos y con una conclusión insierta.

Desde el momento en que mi madre comenta que el médico tratante ha observado una “bolita” y que es necesario una biopsia, el presentimiento de cáncer de mama se hizo fuerte y el temor se apodero de mi persona.

Cuando mi madre informa sobre la problemática de salud. Decidió sentarme con ella y preguntar qué es lo que pasa, cuestiono su comportamiento; y refiero, “no eres así mamá”, ella responde “estoy preocupada porque me mandó el ginecólogo al oncólogo”. Tomé sus manos y le pedí que se relajara. En ese momento le expresé: “no vale mucho preocuparnos, mejor ocupémonos”.

Durante dos semanas la acompañé de consulta en consulta; en tres semanas estaba programada para biopsia transoperatoria. Mientras me preparaba para lo que venía. Había que estar serena para que ella estuviera tranquila.

Posteriormente, mi madre es internada y la familia decide reunirse,

estamos todos los hermanos en el hospital. Son las siete de la mañana e ingresa al quirófano. Entonces, el cirujano informa que es necesario quitar el seno izquierdo. Ante la noticia sentí que caía un peso emocional lleno de sufrimiento, entonces lloré y trataba de pensar.

A las tres de la tarde llega a la cama del hospital, lloramos juntas. Al día siguiente le dan de alta del hospital, por fin estábamos en casa, mi madre se veía tranquila.

El oncólogo recomendó llevar a mi madre a una boutique para mujeres que tienen cáncer de mama con el fin de comprar una venda elástica que evite el linfaedema. Viajamos a la ciudad de Guadalajara. Ahí llegamos con la señora María dueña de la tienda y sobreviviente de cáncer de mama.

Las experiencias con mi madre en la sesiones de quimioterapia se traducen en momentos de contemplación, valoración, amor y desapego, es decir, hacer consciente que somos seres finitos y transcendentales. Verla sufrir física y emocionalmente era doloroso y desgastante pero sabía que saldríamos adelante.

Como cuidadora se sufre y se llora muchas veces en silencio, pero lo que se recibe durante la transacción del cuidado es invaluable, y si existe una palabra que pueda describir esta sensación se denomina “cuidado humano”.

La relación con mi madre es buena pero con sus altibajos. Una vez que sabes que la persona que te dio la vida esta a punto de vivir, probablemente la prueba mas difícil de su existencia, es cuando te das cuenta de que esa relación debe mejorar y empezar a ver

a la otra persona como un ser único. Es desde este plano lo que permite dar un cuidado transpersonal, porque el hecho de hacer consciente que no existe en todo el mundo otra persona igual a Ofelia hace de ella una creación humanamente perfecta y singular.

Esta singularidad puede ser generalizable en todos y cada de uno de nosotros, por ende deberíamos al momento de cuidar hacer de este acto una expresión humanizadora y hacernos conscientes de la oportunidad que tenemos como familiares y profesionales de la enfermería al ser creadores con la otra persona de tan valioso fenómeno, el Cuidado.

Durante la relación de ayuda las fuerzas fenomenológicas surgían al compartir nuestras percepciones, intuiciones, pensamientos, emociones y tristezas retroalimentando nuestra esperanza y haciendo conexiones con el ambiente para alcanzar armonía.

Durante dos meses nos sentábamos una hora y la dedicábamos a leer, con el fin de ayudarle y ayudarme a comprender lo que estábamos viviendo. Platicábamos de su infancia; también dialogábamos sobre las coincidencias de los relatos de vida que referían los autores en relación con la vida de mi madre. Dejamos muchos espacios para expresar nuestros sentimientos, teníamos un momento para abrazarnos y para decir lo mucho que nos queremos y lo valiosas que podemos llegar a ser las personas.

Las risas estuvieron acompañadas de sufrimientos pero los momentos felices no se fueron. Esta vivencia me permitió leer los silencios, los gestos y

posturas, los descodifiqué para encontrar un comentario, una expresión, una actitud positiva y así encontrar el sentido de la vida. Así que cuando alguna visita llegaba a casa tratando de compadecer a mi mamá, era recibida con el siguiente letrero en puerta: "Si no hay una buena actitud para disfrutar tu estancia, es mejor no llegar a esta casa, vuelva otro día". Las pacientes que viven con cáncer de mama, lo que menos necesitan es sentir la pena de otras personas.

El poder aceptar las vivencias humanas es una tarea compleja; y más si no hacemos consciente el fuerza de conocernos a nosotros mismos, aceptarnos con nuestras cualidades y defectos. En occidente las personas creemos conocernos pero caemos en un falso conocimiento por falta de introyección, de reflexión (desvaloramos nuestras experiencias personales sean estas buenas o malas, las archivamos y pretendemos que no influirán en nuestras actitudes de cuidado).

Pensamos que las técnicas son lo que más necesitan las pacientes y por ende nos enfocamos en ellas, dejando que ésta sea la protagonista y menospreciamos el poder sanador de la interrelación humano-humano edificando así un error que se traduce en no aceptación de la persona por falta de comprensión a sus emociones y pensamientos.

Entiendo que cuando alguien enferma hay una fuerza que emana desde su Íntimo modo de Ser, esto es la espiritualidad; y como seres que vivimos en aparente bienestar no la consideramos. Esta fuerza es la esencia del ser humano.

Proceso clínico de cuidado 1. “El cuidado tiene que estar fundamentado en un conjunto de valores humanos universales como son: la amabilidad, preocupación y amor por sí mismo y por los otros”^{1,3}.

En la narrativa Florence mostró una postura profesional a pesar de ser familiar de la paciente, utilizó sus valores humanos de amabilidad, preocupación y amor para su madre. Ella no mostró ninguna actitud de reproche y continuó su trabajo con amor y amabilidad. La ecuanimidad en el análisis se relaciona con la serenidad o tranquilidad^{1,3}.

Proceso clínico de cuidado 2. En el momento en que Florence se percató que la experiencia que les tocará vivir a ella y a su madre se produce una expansión de conciencia que permite pensar para tomar las mejores decisiones, sentir para comprender la experiencia total y lo más importante creer en ella y en su madre como personas con posibilidades de sanación a través del cuidado³. “Desde que nos dieron la noticia, no nos hemos separado. Creó que Dios te prepara para las pruebas”. “Había que estar serena para que Ofelia estuviera tranquila”.

Proceso clínico de cuidado 3. Cuando Florence pasa tiempo con Ofelia en el servicio de quimioterapia que se “traducen en momentos de contemplación, valoración, amor y desapego”; se hace consciente de que ella y Ofelia son seres finitos y trascendentales. En este punto Florence deja de ser el centro y se percató de Ofelia que es una creación humanamente perfecta, singular y que no existe en todo el mundo otra persona igual, motivándose Florence a dar lo mejor de sí a través de sus cuidados^{3,4}.

Proceso clínico de cuidado 4. “El cuidado centrado en las relaciones se considera intrínseco para sanar y fundamento para reformar el cuidado de la salud a un nivel más profundo, que va más allá de enfocarse en un cambio de carácter superficial económico”. Es decir, “El desarrollo de una relación de cuidado requiere habilidad y competencias de cuidado humano ontológico; no se trata de técnicas en sí mismas”. Para la construcción de relaciones de cuidado auténticas tiene que haber “profundización de nuestra humanidad con nuestro proceso de llegar a ser más humano, compasivo, consciente y despierto a nuestros propios dilemas humanos y al de los otros”^{3,4,5}, tal como sucedió en esta situación de enfermería vivida por Florence y Ofelia cuando visitaban a María en la ciudad de Guadalajara las cuales fueron de gran ayuda para ambas.

Proceso clínico de cuidado 5. “A través de estar presente y de permitir la expresión constructiva de todos los sentimientos es como se puede crear una base para confiar y cuidar, cuando la enfermera es capaz de apoyar el llanto o los temores de los otros, sin asustarse y sin huir, esto se constituye en un acto de sanar y de cuidar”³. Se visualiza cuando Florence ha llorado en silencio, junto a su madre la pérdida física, al platicar con sus amigos de la problemática y al expresar de forma recíproca los sentimientos en relación a la vida, la enfermedad, la sanación y la muerte.

Proceso clínico de cuidado 6. “La información no es conocimiento; el conocimiento solo no significa entender, y aun entender en forma aislada no necesariamente comprende

discernimiento, reflexión y sabiduría. El proceso “*caritas*” busca información, conocimiento, comprensión y sabiduría. Las metas últimas del cuidado de la ciencia del cuidado son las de prestar un servicio humano de calidad y para ello es necesario hacer uso de un proceso de solución de problemas creativo y de la lógica cognitiva racional, junto con todas las formas del saber^{1,3}. El uso de lectura con contenido vivencial y espiritual así como religioso, fueron de ayuda para poder comprender la enfermedad; así como el desarrollo de estrategias para aumentar el bienestar espiritual y disminuir el sufrimiento⁶.

Proceso clínico de cuidado 7. Florence Motivaba a través de la lectura y del diálogo a seguir adelante y a no tropezar con obstáculos pequeños, para así ganar energía que le permitiera afrontar con conciencia los obstáculos más grandes. La intención de comprender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte fueron imprescindibles cuando se vive la incertidumbre de perder la vida y un ser querido^{3,6}.

Proceso clínico de cuidado 8. Florence decide hacerse el ambiente de su madre por medio de su comportamiento comprensivo y de comodidad. La enfermera caritas puede utilizar muchas otras técnicas: como sentarse con el paciente y los miembros de la familia, arreglar el cuarto del paciente, ubicar la cama del paciente para que tenga mejor vista, cerrando o abriendo la ventanas, escuchando al paciente y haciendo contacto con los familiares^{1,3,5,7}.

Proceso clínico de cuidado 9. Florence ofrece el cuidado a su mamá entendiendo este fenómeno como momentos en donde

tenía que poner en práctica conocimientos científicos, profesionales, éticos y estéticos, creativos y personalizados de dar/recibir permitiendo un contacto entre el mundo subjetivo y la conciencia de los dos³.

Proceso clínico de cuidado 10. Florence refiere algo que podría ser contradictorio pero que permitió el milagro del que habla Watson: “siempre las risas estuvieron acompañadas de sufrimiento pero los momentos felices no se fueron” porque “Quizá sea solo cuando nosotros reconocemos qué tanto dolor y sufrimiento hay en nuestros corazones rotos y en nuestros espíritus, en nuestro mundo quebrado dentro y fuera que podemos retornar a aquello que no tiene tiempo, que puede reconfortarnos, sostenernos e inspirarnos, me refiero a la conexión con nosotros mismos y con los otros a través del amor y el cuidado”⁸.

Referencias

1. Gómez O. La situación de enfermería: fuente y contexto del conocimiento de enfermería. La narrativa como un medio para comunicarla. 1era ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011. 41-60, 141-161p.
2. Muñoz L, López A, Gómez O, Botero D. El cuidado de la vida. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007 155p.
3. Watson J. Nursing human science and human care: a theory of nursing. 2nd ed. Massachusetts (USA): Jones and Bartlett Publisher; 1999. 53-61p.
4. Raile M, Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Elsevier; España; 2011. 91-112p.
5. Luevano S. El arte del cuidado de enfermería: de Florence Nightingale a Jean Watson. Rev. Syntesis. (Chi). Enero-mar 2008;(45): 33-5p.
6. Middleton J. Yo (no) quiero tener cáncer. Una guía para modificar el escenario donde se gestan el cáncer y otras enfermedades. 1era ed. Santiago de Chile: Grijabo; 2007 168p.
7. Grupo de cuidado. Cuidando a los cuidadores. Familiares de personas con enfermedad crónica. 1era ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010 16, 22, 51, 80-120p.
8. Grupo de cuidado. Avances en el cuidado de enfermería. 1era ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.15-59, 81-90, 171-195p.

Instrucciones para autores

La revista Waxapa es un órgano de divulgación científica del área de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Nayarit, de periodicidad semestral indexada en IMBIOMED y LATINDEX que publica colaboraciones originales e inéditas de autores mexicanos y extranjeros. Se consideran de interés los temas de Salud, agrupados en las siguientes áreas: Historia y Filosofía de la Salud, Educación en Salud, Clínica, Terapéutica y Farmacología, Salud Pública y Sistemas de Salud y Biomedicina.

Los manuscritos deberán acompañarse de una carta firmada por todos los autores que exprese la conformidad con su contenido y su intención de ceder a la revista los derechos de autor; se podrán entregar en la Unidad Académica de Medicina de la UAN o enviarse por correo electrónico a revistawaxapauan@uan.edu.mx.

Solo deben constar como autores quienes hayan participado directamente en la investigación o en la elaboración del manuscrito y puedan hacerse públicamente responsables de su contenido. La inclusión de otras personas como autores, por amistad, reconocimiento u otras bases no científicas, constituye una falta de ética.

Waxapa, en lo general, se apeg a los Requisitos Uniformes para las Publicaciones Enviadas a Revistas Biomédicas (ICMJE Recommendations, que aparecen en <http://www.icmje.org>).

Las contribuciones quedarán dentro de las categorías siguientes: Cartas al editor, artículo original, artículo de revisión, comunicación breve y editorial por invitación.

Los artículos originales se enviarán en

formato "IMRYD": introducción, métodos, resultados y discusión

Extensión máxima de los diferentes tipos de manuscritos que recibe Waxapa:

	Palabras (sin incluir resumen, tablas, figuras ni referencias)	Referencias	Cuadros y figuras
Artículo de revisión	4 000	50	5
Artículo original	3 500	35	5
Comunicación breve	1 500	10	2
Cartas al Editor	800	5	ninguna
Editoriales (por invitación del director)	800	5	ninguna

Los autores deberán preparar sus textos en Microsoft Word y usar programas como Excel o Power Point para crear las figuras y cuadros. Tipo de letra: Arial o Times New Roman 12, a dos espacios. Todos los márgenes serán de una pulgada (2.4 cm). El manuscrito quedará separado de la siguiente manera: Título, autores y su afiliación en una cuartilla, resumen estructurado en otra, cuerpo del artículo, referencias bibliográficas y cuadros y figuras uno en cada cuartilla. El resumen estructurado no excederá una cuartilla e incluirá: Antecedentes, objetivos, métodos, resultados y conclusiones. Se solicita a los autores que proporcionen la información completa acerca de cualquier beca o subvención recibida de una entidad comercial u otro grupo con intereses privados, para costear el trabajo en que se basa el artículo. Se debe dejar explícita cualquier situación que genere posible conflicto de intereses.