

Narrativas y Estudios de Caso en Enfermería:

Formación Integral desde la Práctica del Cuidado

COORDINADORES

- Gallegos Alvarado Mónica
- Beristain García Isabel
- Ramírez Ochoa Martha Cecilia
- Castillo Díaz Rocío



ISBN: 978-970-96620-7-8



9 789709 662078



Narrativas y estudios de caso en enfermería: Formación integral desde la práctica del cuidado

COORDINADORES

Gallegos Alvarado Mónica
Beristáin García Isabel
Ramírez Ochoa Martha Cecilia
Castillo Díaz Rocío

AUTORES

Lorena Berenice Amparan Ochoa
María de los Ángeles Alarcón Rosales
Martha Cecilia Ramírez Ochoa
Benjamín Algarate Serrano
Mónica Gallegos Alvarado
Fatima A. Pulido Torres
María del Rosario Bernardo Constante
Mayra Gorety Gaytan Pérez
Maricela Rodríguez Salas
Evelyn Pamela Cardoza Amador
Jimena Elizabeth Maldonado Galarza
Dulce Carolina Guzmán Pérez
Anyela Amaranhta Sosa Pérez
María Cristina Corral Montoya

Editorial



Primera edición: junio 25 de 2025
Editado: Durango, Dgo. México
ISBN: 978-970-96620-7-8

D.R© Red Durango de Investigadores Educativos A.C.
Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio mecánico o electrónico sin
autorización escrita del autor.

Propósito del libro

Este libro tiene como propósito difundir los aportes académicos y clínicos generados por los estudiantes de los programas de especialidad en enfermería. Reúne una selección de estudios de caso fundamentados en el Proceso de Atención de Enfermería con el uso de las taxonomías NANDA, NIC y NOC, así como narrativas del cuidado que reflejan la práctica reflexiva y el compromiso profesional de quienes se forman como especialistas.

La obra evidencia la consolidación de competencias éticas y humanistas adquiridas a lo largo del proceso formativo. Cada capítulo ilustra cómo el cuidado profesional puede incidir de manera significativa en la experiencia de los pacientes y en la mejora continua de los servicios de salud, integrando conocimientos científicos con una visión comprensiva de la persona.

Más allá de documentar resultados académicos, esta publicación busca inspirar a otros profesionales de enfermería a fortalecer la práctica basada en la evidencia, profundizar en la reflexión crítica y mantener vivo el sentido humano del cuidado. La intención es que cada lector encuentre en estas páginas ejemplos concretos de cómo la enfermería transforma realidades desde una práctica ética, competente y empática.

Esta iniciativa editorial responde al compromiso de la División de Estudios de Posgrado con la excelencia académica, la generación de conocimiento pertinente y la formación de profesionales capaces de liderar procesos de cambio en el ámbito del cuidado enfermero.

Mónica Gallegos Alvarado

Jefe de la División de Estudios de posgrado FAEO-UJED.

Contenido

<i>Propósito del libro</i>	<i>4</i>
<i>Prologo.....</i>	<i>6</i>
NARRATIVAS DE ENFERMERIA.....	9
<i>Capítulo I. Un Viaje de Amor, Compasión y Cuidado</i>	<i>10</i>
Laura Patricia Alarcón Martínez María de los Ángeles Alarcón Rosales	
<i>Capítulo II. Un lazo que trasciende: El impacto de un corazón cuidador.....</i>	<i>26</i>
Mayra Gorety Gaytán Pérez Martha Cecilia Ramírez Ochoa	
<i>Capítulo III. Manos Firmes.....</i>	<i>45</i>
Maricela Rodríguez Salas	
<i>Capítulo IV. Destellos de esperanza</i>	<i>60</i>
Evelyn Pamela Cardoza Amador	
<i>Capítulo V. Más allá del cuidado: Humanidad en la enfermería “Cuidar no solo es sanar el cuerpo, sino también aliviar el alma”</i>	<i>70</i>
Jimena Elizabeth Maldonado Galarza	
<i>Capítulo VI. La paradoja del cuidado: soy enfermera y olvide cuidar de mi. Narrativa introspectiva.....</i>	<i>80</i>
Dulce Carolina Guzmán Pérez Anyela Amarantha Sosa Pérez	
<i>Capítulo VII. Acompañamiento mutuo.....</i>	<i>91</i>
María Cristina Corral Montoya	
CASOS CLINICOS DE ENFERMERIA.....	99
<i>Capítulo VIII. Intervención de enfermería a mujer post-operada de histerectomía abdominal</i>	<i>100</i>
Lorena Berenice Amparan Ochoa María de los Ángeles Alarcón Rosales Martha Cecilia Ramírez Ochoa	
<i>Capítulo IX. Caso Clínico: Manejo Integral de un Paciente con Choque Séptico en Terapia Intensiva.....</i>	<i>117</i>
Benjamín Algarate Serrano Mónica Gallegos Alvarado	
<i>Capítulo X. Atención Primaria de Enfermería en Salud Mental a Persona con Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio de Caso</i>	<i>134</i>
Fatima A. Pulido Torres María del Rosario Bernardo Constante	

Prologo

En el arte y la ciencia del cuidado, la formación de profesionales de enfermería exige mucho más que el dominio técnico: requiere sensibilidad, pensamiento crítico y una profunda conciencia ética. Educar para el cuidado no se limita a transmitir conocimientos clínicos; implica también cultivar la empatía, el respeto por la dignidad humana y la capacidad de comprender al otro en su vulnerabilidad.

En este proceso formativo, las narrativas y los estudios de caso se revelan como herramientas esenciales... No solo permiten analizar situaciones complejas desde múltiples perspectivas, sino que también invitan a reflexionar sobre el sentido del cuidado y a construir una práctica más humana, más cercana y transformadora.

Mientras que, en los escenarios del cuidado directo a las personas en la enseñanza clínica, es oportuno desarrollar casos clínicos e inspirar narrativas en enfermería... estas prácticas no solo permiten sistematizar el conocimiento que emana de la experiencia, sino también resignificar lo vivido a través de la palabra escrita y reflexiva. Las narrativas dan voz a las emociones, los dilemas éticos y los vínculos humanos que atraviesan el acto de cuidar, mientras que el estudio de casos clínicos ofrece un marco para analizar críticamente la toma de decisiones, el razonamiento diagnóstico y la intervención profesional... En conjunto, constituyen un recurso pedagógico que fortalece la formación integral, promoviendo una enfermería que piensa, siente y actúa desde valores profundamente humanistas.

Este libro es una invitación a recorrer junto a sus autoras, por diferentes escenarios del cuidado de enfermería en el que el sufrimiento de las personas encontró eco; no sólo porque los enfermeros brindaron cuidados directos a las personas; sino que, han sido oportunidad para tejer con los hilos de la ciencia y el cuidado enfermero, el proceso de cuidado de enfermería que sistematiza las intervenciones de enfermería y plasma la eficacia de la toma de decisiones oportunas en la recuperación de la salud de las personas para explorar la dimensión humana del cuidado,

Desde el capítulo I al VII en las narrativas de enfermería se destaca el amor, la compasión y el profundo impacto que los profesionales de enfermería tienen en la vida de sus pacientes y viceversa; como testimonio de la vocación, los desafíos inherentes a la profesión y la importancia de cuidar no sólo un cuerpo; sino, un acercamiento al cuidado holístico abordando dimensiones sociales, emocionales y espirituales de sus pacientes y sus familiares, incluso llegando al olvido de sí mismos; sin embargo, culminan destacando que el cuidado al otro, debe ir precedido del autocuidado. En los últimos tres capítulos se encuentran casos clínicos que abordan situaciones críticas de salud/enfermedad que inspiran nuevas formas de cuidar con humanidad, pero también inspiren nuevos temas y metodologías, por profundizar.

Son dos las aristas que elevan este libro hacia quienes se disponen a recorrer sus páginas: el cuidado de enfermería, plasmado la narrativa y en casos clínicos, como expresión reflexiva de la práctica profesional. En cada línea, se entretajan experiencia, sensibilidad y conocimiento... Confío en que quienes se adentren en su lectura no solo hallarán valiosos aprendizajes, sino que también se conmoverán con las vivencias y reflexiones que, con pasión y dedicación, han sido compartidas por sus autoras y autores.

Termino estas líneas expresando mi más sincera felicitación a las investigadoras y compiladoras de este valioso tratado de casos clínicos y narrativas en enfermería. Me refiero a las profesoras Mónica Gallegos, Rocío Castillo, Isabel Beristáin y Martha Cecilia Ramírez, a quienes acepté con gusto la invitación para prologar su obra titulada; *Narrativas y Estudios de Caso en Enfermería: Formación Integral desde la Práctica del Cuidado*.

Tengo el privilegio de conocerlas y la certeza de que, con el profesionalismo y compromiso que las distingue, están ofreciendo un aporte que trasciende las aulas universitarias... Esta obra es semilla fecunda que germina en cada escenario del cuidado, nutriendo una enfermería más consciente, más reflexiva y profundamente humana.

Blanca Katiuzca Loayza Enriquez, Chiclayo 27 de mayo del 2025.

NARRATIVAS DE ENFERMERIA.

Capítulo I. Un Viaje de Amor, Compasión y Cuidado

Laura Patricia Alarcón Martínez
María de los Ángeles Alarcón Rosales
Universidad Juárez del Estado de Durango

Resumen

En el ejercicio de la profesión de enfermería hay experiencias que trascienden la práctica clínica, la vida de quien cuida y a quien se cuida; el cuidado se convierte en un hermoso viaje de amor, compasión y compromiso profesional. Esta narrativa tiene como propósito expresar a través del relato, la profunda conexión que se desarrolla entre la enfermera, una señora llamada Norma, quien se encontraba en estado crítico en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) debido a un choque séptico y su familia; resalta las diferentes formas de pensamiento y conocimiento que expresa la enfermera en su práctica y acciones de cuidado.

Palabras clave: Compasión, Empatía, Cuidado Integral

Abstract

In the practice of nursing, there are experiences that transcend clinical practice, the life of the person who cares and the person who is cared for; care becomes a beautiful journey of love, compassion and professional commitment. This narrative aims to express through the story, the deep connection that develops between the nurse, a woman named Norma, who was in critical condition in an Intensive Care Unit (ICU) due to septic shock, and her family; it highlights the different ways of thinking and knowledge that the nurse expresses in her practice and care actions.

Keywords: Compassion, Empathy, Comprehensive Care

Introducción

El cuidado de enfermería va más allá de la aplicación de procedimientos clínicos; es un acto humano que implica empatía y compromiso. Durante el ejercicio de la profesión, se presentan situaciones de cuidado que se convierten en experiencias que marcan no solo la vida de los pacientes, sino también de quienes los cuidan.

La narrativa de una situación de cuidado de enfermería constituye una evidencia científica cuando se utiliza una metodología de interpretación de experiencias humanas. Se puede expresar verbalmente o por escrito, destacando la experiencia real vivida y los aspectos más significativos de su práctica según la situación, el momento y el escenario en particular. Al ser formas de expresión real, proporciona valor en la creación de conocimiento de enfermería, ya que permite mostrar los saberes que la enfermera

expresa durante su práctica de cuidado, aspectos teóricos o perspectivas filosóficas que son evidentes en las acciones de cuidado (Gómez y Gutiérrez, 2011).

Por otra parte, desde el punto de vista ontológico y epistemológico, enfermería puede asumir sus posturas o visiones de la realidad (Vega-Angarita, 2006), las cuales guían los comportamientos de los enfermeros durante su práctica profesional en lo referente a la naturaleza del ser humano y la meta de la disciplina que es el cuidado (Durán de Villalobos, 2002). Newman et al., (1991) y Fawcett (1995), (citados por Bueno, 2011; Duran de Villalobos, 2002) consideran que son tres visiones o posturas filosófica que pueden ser asumidas: *de reacción o particular determinística* que incluye comportamientos que caracterizan el cuidado en aspectos físicos y psicológicos de la salud humana, la intervención de la enfermería se realiza a través de reglas aprendidas; *de reciprocidad o interactiva integrativa*, en la cual se establece interacciones enfermera-cliente, con respuestas culturalmente determinadas y específicas de cuidado considerando los procesos vitales de las personas. Se amplía el objetivo de cuidado, el cual se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones, durante la enfermedad se aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de las persona y considerar sus percepciones y su integralidad; y *la visión simultánea o unitaria transformativa* que se encuentra relacionada con la sincronía y mutualidad de los encuentros (entre el cuidador y el ser que demanda cuidado) que trascienden, que va más allá en relación cliente- enfermera y las limitaciones de tiempo y espacio, de tal forma que el cuidado, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define, la intervención de enfermería es de respeto e interacción del que ambos (persona-enfermera), se benefician para desarrollar el potencial propio.

En lo referente a los aspectos epistemológicos de la práctica, Duran de Villalobos (2005) menciona que los saberes en enfermería se expresan de manera integrada e interconectada en la práctica en forma de patrones de conocimiento, permitiendo las expresiones de cuidado y de las intervenciones de enfermería de forma holística y única.

Considerando lo anterior, se presenta una narrativa de una situación de enfermería, la cual se suscitó durante la práctica clínica ya como profesional de enfermería en una unidad de cuidados intensivos. El propósito es expresar a través del relato, la profunda conexión que se desarrolló entre la enfermera, una señora llamada Norma, quien se encontraba en estado crítico en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y su familia, resaltando las formas de pensamiento y conocimiento enfermero expresados durante acciones de cuidado. Asimismo, se busca reflexionar sobre como esta experiencia contribuyó al desarrollo como profesional y ser humano. Cabe destacar que la atención humanizada es un pilar fundamental de la práctica de enfermería (Reyes-Téllez et., al 2024), y que la enfermería narrativa se perfila como una estrategia alineada con el cuidado humanístico, capaz de mejorar resultados en pacientes y profesionales (Zhang et al., 2024).

Narrativa de Enfermería

La experiencia con Norma comenzó en un entorno donde la fragilidad y la fortaleza de la vida se encuentran: la Unidad de Cuidados Intensivos. Un ambiente altamente tecnificado que creaba un entorno desafiante para Norma, su familia y el equipo de salud que trabajaba para cuidarla. Como enfermera, contaba con el apoyo de mis colegas y médicos, aunque la intensidad del trabajo y los protocolos estrictos a veces limitaba la personalización del cuidado. Las limitaciones propias de la UCI, como horarios de visita

restringidos y normas de control de infecciones, dificultaban la cercanía de la familia con Norma. Sin embargo, como señalan Duque Delgado et al., (2020) “el aislamiento del paciente crítico respecto a su familia tiene repercusiones para ambos, siendo fundamental el apoyo emocional de los familiares para la recuperación del paciente”. Por ello, desde el comienzo se procuró integrar a su familia en el proceso de cuidado, sabiendo que su presencia tendría un impacto positivo en su salud emocional.

En el primer encuentro, Norma se enfrentaba a un choque séptico, su cuerpo luchaba por su vida, conectada a un ventilador y con temperatura corporal alta. La inestabilidad hemodinámica y las hiperglucemias eran desafíos constantes, complicando aún más su delicada condición de salud. Recuerdo los esfuerzos incansables para controlar la hipertermia, la cual no cedía incluso con todas las estrategias establecidas para lograr estabilizarla. Además de un sinnúmero de equipos y aparatos tecnológicos a su alrededor, resonaban como un latido mecánico que marcaba cada segundo del cuidado, recordándonos el valor de la vida. Era una situación compleja, agravada por su diabetes e hipertensión, al final de ese día, reflexionaba sobre su futuro y me cuestionaba qué pasaría si su condición empeoraba. Al verla tan frágil, me prometí a mí misma que Norma nunca estaría sola en sus peores momentos: decidí no alejarme de su lado durante las crisis, comprendiendo que cuidar su dignidad sería tan importante como vigilar sus signos vitales.

A lo largo de la semana, rotó por varios servicios, pasando de la UCI a quirófano y luego a medicina interna. Sin embargo, nuestras vidas se cruzaron nuevamente en el quirófano. Tuve la oportunidad de estar a su lado y acompañarla durante los procedimientos críticos, como la traqueostomía y gastrostomía. En esos momentos, dejé de verla solo como a una paciente en estado crítico, la vi como una mujer valiente

atravesando pruebas difíciles y luchando por vivir. Fue en esos días cuando conocí a Luis el hijo de Norma, quien había viajado desde Estados Unidos para estar a su lado. La preocupación y el amor por su madre eran evidentes en cada gesto. Cada vez que el entraba a la habitación, sus ojos reflejaban no solo la ansiedad de un hijo preocupado, sino también una profunda esperanza; su mirada hablaba más que mil palabras, la forma en la que se sentaba junto a ella, la manera cálida con la que tomaba su mano me conmovió profundamente. Sentí que aquella experiencia sería diferente a cualquier otra que hubiese vivido, la dedicación inquebrantable de Luis hacia su madre resonó en mi corazón.

Los fines de semana, cuando mis turnos me llevaban al servicio de medicina interna, anhelaba que Norma estuviera asignada a mis cuidados. Esa incertidumbre se transformaba en una expectativa emocionante, ya que sentía una conexión especial con ella y con su hijo Luis. Por suerte cada sábado y domingo me asignaban, permitiéndome dar continuidad a su cuidado.

La señora Norma, aún conectada a un ventilador mecánico requería vigilancia y monitorización constante. Cada día realizaba aspiración traqueal para mantener sus vías aéreas despejadas, siempre atenta a cualquier necesidad de Norma o presencia de dificultad respiratoria. Cada acción de cuidado era una oportunidad brindar alivio, tranquilidad y cariño, además de garantizar adecuada oxigenación y mantenerla estable.

El aseo bucal y nasal formaba parte de los cuidados diarios esenciales para prevenir infecciones asociadas y promover su comodidad. Aplicábamos medios físicos con compresas frías para ayudar a controlar la fiebre persistente, realizábamos cambios de posición regulares para prevenir lesiones por presión. Al movilizar a la señora Norma con la ayuda invaluable de su hijo Luis, evaluábamos cuidadosamente su piel en busca

de enrojecimiento o posibles zonas de presión, asegurando su integridad. Aunque no era muy común permitir tanta participación familiar en la UCI, consideré que involucrar a Luis activamente en estas tareas, no solo mejoraban la calidad del cuidado, sino que también empoderaba a la familia y aportaba soporte emocional para Norma, humanizando el cuidado. Esta decisión cobra aún más sentido si consideramos que la presencia de familiares favorece la recuperación física y emocional de la persona hospitalizada; además, se ha demostrado que reduce la ansiedad y el miedo tanto en los pacientes como en los familiares, e incrementa la satisfacción con la atención recibida, al tiempo que fortalecen la alianza terapéutica con el equipo de enfermería (Reyes-Téllez et al., 2024).

Cada turno era para mí una oportunidad para brindar cuidados, vigilaba su hiperglucemia con un manejo meticuloso de la insulina y monitorizando cualquier signo de inestabilidad hemodinámica. Con mis cuidados observaba como su nivel de glucosa en sangre comenzaba a estabilizarse. Los baños en cama eran momentos de conexión más importantes y especiales que tenía con Norma, aunque ella no podía comunicarse de manera verbal conmigo, sabía que el contacto físico a través de mis manos enguantadas le proporcionaba tranquilidad, confort y descanso. Siempre utilicé soluciones antisépticas suaves y cremas protectoras para cuidar su piel frágil, me concentraba en cada movimiento de mis manos cuando tocaba su piel, quería transformar esos pequeños momentos en instantes de alivio. No dejaba de pensar en la importancia de tratar a un ser humano con respeto y ternura aún en su vulnerabilidad; cada procedimiento, por sencillo que fuera, debía ir acompañado de calidez humana. Como señalan Meneses-La-Riva et al. (2021), la atención humanizada significativa se basa en la reciprocidad de los profesionales ante los problemas de salud”, lo cual implica

que cada tarea técnica se complementa con una actitud empática y respetuosa hacia la persona.

Más allá de la aplicación de terapias farmacológicas y la ejecución de procedimientos, estos representaban actos de cuidado que reflejaban mi compromiso con su bienestar integral. Cada pequeño progreso en su salud, un grado menos de fiebre, mejor saturación de oxígeno y una glucemia controlada, era un motivo de celebración y esperanza para todos. Durante toda esta experticia de cuidado, se generó una profunda relación con Norma y su familia, evidenciando el papel central de la relación enfermera, paciente y familia en el cuidado humanizado. Meneses-La-Riva et al., (2021) destacan que la base del cuidado humanizado es la relación, la cual fortalece con el apoyo emocional, espiritual y educativo.

En este sentido, Luis se había convertido en un pilar fundamental en esta relación de cuidado. Cada vez que yo llegaba al hospital, su mirada mostraba alivio y gratitud, lo cual me llenaba de satisfacción. Juntos nos volvimos aliados en el proceso: reconocíamos las necesidades de su madre, realizábamos los cuidados necesarios con dedicación y cariño, y celebrábamos cada pequeño avance en su recuperación. Fue conmovedor ser testigo del progreso de la señora Norma y ver la felicidad de su familia con cada mejora alcanzada.

Con el pasar de las semanas, la salud de Norma mejoraba gradualmente. Cada progreso se sentía como un pequeño milagro y un paso más hacia la posibilidad de un futuro en casa, lejos de los monitores y las máquinas. La fortaleza de Norma era evidente no solo en su recuperación física, sino también en su empeño por querer regresar a casa. Su familia, un pilar de fuerza, se mantenía firme a su lado, compartiendo risas y lágrimas

en igual medida. La presencia constante y amorosa de sus seres queridos, especialmente su hijo Luis, fue un testimonio del amor incondicional que la rodeaba.

Nuestra interacción iba más allá de los procedimientos de rutina; entre todos construimos una relación de confianza y apoyo mutuo. Su familia, incluyendo Luis, su hermana, su padre y un pequeño de 9 años la esperaban en casa. Todos nos convertimos en una parte integral y activa del proceso de cuidado.

Esta experiencia reafirmó mi creencia de que el cuidado de una persona es más que la suma de intervenciones clínicas; es un proceso interconectado de relación recíproca que implica compartir, comprender y apoyar, no solo a la persona enferma, sino también a sus seres queridos. La mejora de Norma no solo representó un éxito clínico, fue una victoria de la frágil humanidad, pero resiliente, alimentada por la empatía y la compasión compartidas. Me di cuenta de que, como enfermeras, facilitamos no solo la curación física, sino también brindamos fortaleza emocional y alivio a las familias que atendemos.

El cuidado de Norma muestra la verdadera esencia de la enfermería; ser enfermera significa mucho más que aplicar tratamientos o manejar dispositivos médicos; es acompañar, escuchar y estar presente. Según Zhang et al., (2024), “la enfermería narrativa se considera exitosa cuando los pacientes y sus familias se sienten cuidados”, lo cual refuerza que cada palabra de aliento, gesto de compasión y cada acción, por mínima que parezca, puede marcar la diferencia en la vida de una persona.

En cada servicio donde estuve a cargo de ella, desde la UCI hasta medicina interna, confirmó que nuestro trabajo trasciende los procedimientos y los ambientes; se trata de tocar vidas, de ser parte de historias de resiliencia y esperanza. Norma y su familia me enseñaron el verdadero significado del cuidado integral y humanizado. Su

historia dejó en mí una huella imborrable, reafirmando que la enfermería no solo sana cuerpos, sino que también fortalece corazones. Llevaré este aprendizaje conmigo a lo largo de mi camino profesional y personal, con la certeza de que cada acto de amor y compasión puede transformar vidas incluida la mía.

Paradigma y Visión

En esta narrativa de experiencia se adopta una postura de integración de la totalidad del ser humano, correspondiente a una visión interactiva e integrativa de la enfermería (paradigma de interacción recíproca). Esto se observa con los comportamientos y expresiones demostrados durante el cuidado de la persona, la forma en cómo se aborda a la persona, y los fenómenos de interés de enfermería. A continuación, se resume en el siguiente cuadro.

Cuadro 1.

Análisis del Paradigma de Enfermería y la Visión del Mundo

Paradigma	Integración totalidad del hombre
Visión: Interacción recíproca o integrativo-integrativo.	Tiene como base investigativa el pospositivismo, que reconoce la importancia del ser humano en su contexto histórico y social.
Persona Desde este enfoque, la enfermería no solo se centra en la enfermedad, sino en el paciente como un ser holístico, dinámico y cambiante (Bueno Robles, 2011).	La historia de Norma evidencia este concepto: su lucha por la vida no se limitó a la estabilización de sus signos vitales o ejecutar intervenciones específicas, sino que como ser humano la enfermera se dio cuenta de la capacidad de adaptarse progresivamente a su nueva condición con el apoyo de su familia y enfermería. Su proceso y evolución no solo fue físico, también emocional y social (familiar), demostrando la integralidad de la persona en situación de salud-enfermedad.
Enfermería: Hacer por y con la persona. La enfermería es un proceso de interacción continua, se convierte en un facilitador del bienestar, promueve la adaptación del sistema humano para mantener y mejorar la salud, la calidad de vida, y la autonomía del paciente y su familia. (Díaz de Flores et al., 2002).	En la narrativa, la relación con la señora Norma y su familia se reflejó en esta visión. No solo se realizaron procedimientos clínicos, sino que se construyó un vínculo de confianza y apoyo que facilitó su recuperación. La enfermería no es una cuestión mecánica de intervenciones clínicas, sino como un proceso humano interactivo donde el profesional de la salud se convierte en un facilitador del bienestar.
Ambiente: Bajo esta visión el ambiente se constituye por el medio externo e interno, reacciones de adaptación que influyen positivamente o negativamente (Díaz de Flores et al., 2002).	La enfermera no solo considera el espacio físico (hospital, UCI, quirófano), también las relaciones interpersonales y el apoyo emocional recibido. En la narrativa, el ambiente no fue estático: evolucionó conforme Norma respondía al tratamiento. La familia es un pilar fundamental en el proceso, de adaptación y recuperación, se proporcionó un ambiente de bienestar emocional y afectivo. La enfermera no solo se ocupa de las necesidades clínicas de la paciente, sino que también se involucra activamente en brindar apoyo emocional, afectivo y empatía. Por lo que el apoyo familiar y de enfermería contribuyó al bienestar emocional y de la recuperación.
Salud: en este paradigma la salud no es ausencia de enfermedad, es la adaptación positiva a los procesos de cambio, cada persona responde de manera única a su condición, el objetivo de enfermería es promover la adaptación óptima del paciente (Díaz de Flores et al., 2002).	Norma pasó de una condición crítica en la UCI a una recuperación progresiva, gracias a la atención integral que combinó intervenciones clínicas y apoyo emocional, en conjunto con la intervención de apoyo de familia. La enfermera no se enfocó solo a la sintomatología de la patología y complicaciones, promovió cambios positivos ante la situación, con conocimiento y paciencia fortaleció los propios procesos de cambio y adaptación de Norma.
Cuidado: El cuidado en la visión integrativa no es una intervención fragmentada, se orienta a ser un práctica holística, emocional social y espiritual, en la que se considera que la enfermera no solo ejecuta procedimientos, sino que se involucra en la experiencia del paciente. (Bueno Robles, 2011)	En esta historia, más allá de lo clínico, cada acción se enfocó en proporcionar una atención integradora del ser, mediante la interacción con la familia, proporcionando consuelo, apoyo emocional y atención compasiva en las que se abordaron necesidades cambiantes de la paciente.
Elementos de una teoría, modelo o filosofía.	Callista Roy, describe al paciente como un sistema holístico que responde a los cambios y desafíos de su salud a través de mecanismos de adaptación. Norma y su familia se adaptan a la situación de salud, la interacción cambiante con el entorno y en el que la enfermera interviene en los aspectos clínicos, emocionales, empatía, comprensión y de soporte en situaciones difíciles, favoreciendo un sistema de apoyo dinámico en el proceso de atención.

Fuente: elaboración propia

Patrones del Conocimiento en la Práctica de Cuidado

De acuerdo con Duran de Villalobos (2005), los saberes de enfermería se expresan de forma integrada e interconectada en la práctica, manifestándose en patrones del conocimiento que permiten un cuidado holístico y único (Escobar y Sanhueza, 2018).

En la experiencia con la señora Norma, se logró identificar cómo emergieron entrelazados cinco patrones de conocimiento enfermero a través de mis acciones de cuidados. A continuación, se describe cada uno de estos patrones vinculados con momentos concretos de esta historia de cuidado:

Empírico

El patrón empírico se hizo evidente en el cuidado de Norma mediante la aplicación rigurosa de procedimientos clínicos basados en la ciencia; se administró meticulosamente los medicamentos indicados, con precisión se manejó la vía aérea, se controló estrictamente su glucemia y vigiló constantemente sus signos vitales. Cada una de estas intervenciones, fundamentadas en hechos y evidencia verificables, demostró el conocimiento empírico que sustentaba mi práctica.

Estético

La profunda empatía y conexión que se desarrolló con la señora Norma y su familia reflejan el conocimiento estético en la práctica de enfermería. Recuerdo que, cuando acaricié sus manos con crema hidratante, entendí que mis gestos eran mi forma de hablarle a su alma; a través de estos actos de consuelo y sensibilidad, caricias terapéuticas en su piel palabras suaves de aliento se manifestó el arte de cuidar. Cada gesto compasivo y acción llena de ternura como la mirada de su hijo Luis, hablaba más

que mil palabras de su amor; todo ello fueron expresiones simbólicas de este patrón estético, aportando a la situación un significado del arte de cuidar y una profunda calidad humana que trascendían lo observable.

Personal

El conocimiento personal también estuvo presente en la relación íntima y genuina que construimos Norma, su familia y yo como enfermera. Este patrón se manifestó en cada interacción humana auténtica. Juntos fortalecimos la confianza mutua y el apoyo recíproco, reconociendo a Norma como una persona única, con su propia historia, valores y miedos. Recuerdo la mirada de alivio en el rostro de Luis cada vez que yo llegaba al hospital, un gesto que me confirmaba la conexión y la confianza que habíamos construido en torno al cuidado de su madre. Al mismo tiempo, yo me reconocía como un ser en constante aprendizaje, dándome cuenta de cómo esta situación me afectaba y contribuía a mi identidad profesional. Ese involucramiento emocional y la autoconciencia de mi propio proceso formaron parte esencial de este saber personal.

Ético

Se demuestra en el compromiso moral y la responsabilidad que asumí al cuidar a Norma con amor, respeto y defensa de su dignidad. Decidí no dejarla sola ni un minuto durante sus crisis, porque entendía que proteger su dignidad era tan importante como vigilar sus signos vitales. Tomé decisiones guiadas por la ética del cuidado: permanecí en los momentos críticos, abagué por su bienestar y por la inclusión de la familia, asegurando un trato humano en todo momento.

Sociopolítico

El patrón sociopolítico del conocimiento se evidenció en esta experiencia a través de mi consideración del contexto social y cultural de Norma dentro del cuidado. En esta historia, la familia como núcleo fundamental en la vida de Norma cobró un papel central. Aun cuando no es común permitir una participación tan cercana de los familiares en la UCI, decidí integrar activamente a su hijo Luis y al resto de la familia en el proceso de cuidado, reconociendo su importancia para el bienestar de Norma; involucré a Luis en tareas sencillas como ayudar a movilizarla o humectar su piel, reforzando los lazos afectivos y dándoles a todos un sentido de participación en su recuperación. De esta manera, actué dentro del patrón sociopolítico al articular las necesidades de Norma y de su entorno familiar con las dinámicas y normas del contexto institucional

Reflexión Retrospectiva del Cuidado

Aunque me sentí profundamente comprometida con el cuidado de Norma y su familia, al mirar hacia atrás reconozco aspectos que podrían haberse fortalecido. En primer lugar, una educación más estructurada y continua a la familia habría sido fundamental para que comprendieran con mayor claridad el proceso clínico, el pronóstico de Norma y la manera en que podían participar activamente en su atención. Si bien Luis se involucró de forma constante y comprometida, noté que era el único familiar que permanecía presente la mayor parte del tiempo, y que poco a poco su rostro reflejaba el agotamiento acumulado, aunque se rehusaba a apartarse de su madre incluso por unos minutos para descansar. En retrospectiva, debí asesorar a los demás miembros de la familia para que se distribuyeran las responsabilidades, aliviando así la carga física y emocional de Luis, y permitiendo un acompañamiento más equilibrado.

Otro aspecto que hoy reconozco como área de mejora es el manejo del duelo anticipado. Recuerdo con claridad cómo, al hablar de la posibilidad de perder a su madre, Luis parecía completamente superado por el miedo; su rostro se desencajaba y sus palabras se quebraban. Aunque ofrecí contención emocional en los momentos críticos, debí haber facilitado un espacio más reflexivo y preparado para abordar ese dolor anticipado, ayudándole a reconocer y procesar sus emociones sin sentirse solo o desbordado.

Asimismo, creo que la experiencia habría ganado profundidad con la integración explícita de un enfoque de cuidados paliativos, más allá del manejo clínico. Un abordaje interdisciplinario centrado en el confort, la comunicación honesta y la toma de decisiones compartidas habrían fortalecido el acompañamiento integral, tanto para Norma como para su entorno familiar.

Reconocer estas áreas me reafirma que el aprendizaje en enfermería es constante y que cada experiencia clínica, además de transformar vidas, también nos transforma a nosotras como enfermeras, fortaleciendo nuestra capacidad de reflexión, empatía y mejora continua.

Conclusiones

La experiencia vivida con la señora Norma evidencia que el cuidado de enfermería es mas allá de intervenciones clínicas; es un proceso profundamente humano que integra la dimensión física, emocional y social del cuidado. A través de esta vivencia, se reafirma que la enfermería implica la construcción de vínculos de confianza, donde la empatía, la compasión y el compromiso se convierten en pilares fundamentales para facilitar la adaptación y recuperación del paciente.

En concordancia con el Modelo de Adaptación de Callista Roy, esta experiencia manifiesta que la respuesta adaptativa del paciente no solo depende de las intervenciones clínicas precisas del cuidado de enfermería, sino también del acompañamiento afectivo y del apoyo incondicional de la familia, elementos que, en conjunto, promueven un entorno de sanación integral. En definitiva, la enseñanza obtenida es clara: la enfermería debe ser un arte que combine la excelencia técnica con la sensibilidad humana, siendo capaz de tocar vidas, renovar la esperanza y promover el bienestar integral. Este enfoque holístico se alinea con la visión integrativa de interacción recíproca, que reconoce al paciente como un ser en constante interacción con su entorno, convirtiendo el que hacer de enfermería en un proceso dinámico bidireccional que facilita la recuperación del paciente.

Referencias

- Bueno Robles, L. S. (2011). Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Aquichán*, 2(1), 19-23.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004
- Díaz de Flores, L., Durán de Villalobos, M. M., Gallego de Pardo, P., Gómez, D. B., Gómez de Obando, E., González de Acuña, Y., Gutiérrez de Giraldo, M. del C., Hernández Posada, Á., Londoño Maya, J. C., Moreno Fergusson, M. E., Pérez, G. B., Rodríguez, C. C., Rozo de Arévalo, C., Umaña de Lozano, C., Valbuena, S., Vargas, M. R., y Venegas Bustos, B. C. (2002). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichán*, 2(1), 19–23.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972002000100004&lng=en&tlng=es

- Duque Delgado, L., Rincón Elvira, E. E., y León Gómez, V. E. (2020). Apoyo emocional de las familias a los pacientes en unidades de cuidados intensivos: revisión bibliográfica. *Ene*, 14(3). <https://doi.org/10.4321/S1988-348X2020000300008>
- Durán de Villalobos, M. M. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan*, 2(1), 7-18. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972002000100003&lng=en&tlng=es
- Durán de Villalobos, M. M. (2005). La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichan*, 5(1), 86-95. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972005000100009&lng=en&tlng=es
- Escobar, C. B., y Sanhueza, A. O. (2018). Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: estudio de revisión. *Enfermería: cuidados humanizados*, 7(1), 27-42. <https://doi.org/10.22235/ech.v7i1.1540>
- Osorio Castaño, J. H. (2016). Patrón de conocimiento socio-político en enfermería: reflexiones conceptuales. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1352–1357. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.319>
- Meneses-La-Riva, M. E., Suyo-Vega, J. A., & Fernández-Bedoya, V. H. (2021). Cuidado humanizado desde la perspectiva enfermera-paciente en el ámbito hospitalario: una revisión sistemática de experiencias divulgadas en artículos científicos en español y portugués. *Frontiers in Public Health*, 9, 737506. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.737506>
- Reyes-Téllez, Á., González-García, A., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., Martínez-García, E., & García-García, I. (2024). Humanización de los cuidados de enfermería: una revisión sistemática. *Fronteras en Medicina*, 11, (1446701). <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701>
- Vega-Angarita, O. M. (2006). Estructura del conocimiento contemporáneo de enfermería. *Ciencia y Cuidado*, 3(1), 53–68. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/905>
- Zhang, L., Han, Q., Nan, L., y Yang, H. (2024). Impacto de la cognición narrativa de enfermería, la autoeficacia y el apoyo social en las prácticas de enfermeras registradas en China: un análisis de modelos de ecuaciones estructurales. *BMC Nursing*, 23, (624). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02292-2>

Capítulo II. Un lazo que trasciende: El impacto de un corazón cuidador.

Mayra Gorety Gaytan Pérez

Martha Cecilia Ramírez Ochoa

Facultad de Enfermería y Obstetrica de la UJED

Resumen

Esta narrativa describe la experiencia vivida en un Hospital de la Ciudad de Durango, Dgo, al establecer un vínculo profundo con una paciente llamada Eva María. A través de los cuidados brindados, experimente la dicotomía entre lo profesional y el apego emocional. La historia refleja los desafíos emocionales que enfrenta el personal de enfermería al brindar atención humanizada, resaltando la importancia de la empatía y el proceso enfermero estructurado como guía del cuidado de pacientes. La experiencia dejó una huella imborrable en mí, demostrando que el cuidado va más allá de los procedimientos médicos integrando conocimientos propios de enfermería, científicos, teorías del cuidado, educación retapeútica, acompañamiento emocional y registro reflexivo a través de esta narrativa. (Watson, 2008; Carper, 1978).

Palabras clave: Cuidado humanizado, interacción, empatía.

Abstract

This narrative describes the experience I had in a hospital in Durango, Dgo, when I established a deep bond with a patient named Eva María. Through the care provided, I experienced the dichotomy between professionalism and emotional attachment. The story reflects the emotional challenges nursing staff face when providing humanized care, highlighting the importance of empathy and the structured nursing process as a guide for patient care. The experience left an indelible mark on me, demonstrating that care goes beyond medical procedures, integrating nursing knowledge, scientific knowledge, theories of care, therapeutic education, emotional support, and reflective recording through this narrative. (Watson, 2008; Carper, 1978).

Keyword: Humanized care, interaction, empathy.

Introducción

La enfermería contemporánea, en su búsqueda de un enfoque humanista e integral, encuentra en la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson un marco epistemológico y filosófico que permite trascender la visión técnica y centrada exclusivamente en la evidencia. Esta teoría propone un modelo de relación enfermera paciente basado en el respeto profundo por la dignidad del otro, la empatía, la espiritualidad y la conexión intersubjetiva, como trasciende la atención técnica y científica para convertirse en un acto de entrega, ciencia y empatía. En este contexto, la narrativa

clínica se convierte en una herramienta esencial para comprender cómo se incorpora el cuidado en la práctica profesional.

Mi experiencia con Eva María y yo enfermera que acompaña a una persona en situación de vulnerabilidad, expone una vivencia significativa donde la planificación del cuidado se enriqueció con el vínculo reapeútico, destacando el valor del proceso enfermero, los cuidados transpersonales y el acompañamiento emocional con sentido, también ilustra cómo el acto de cuidar puede adquirir un valor simbólico, emocional y transformador, tanto para el paciente como para la profesional de enfermería. (Watson, 2008).

Justificación: La historia narrada resalta la importancia de humanizar el cuidado desde una perspectiva integral. Se evidencia cómo el acompañamiento emocional y la educación terapéutica pueden mejorar la experiencia hospitalaria del paciente brindando dignidad y calidad de vida hasta el final. (Fernández, 2016) A través de la experiencia con Eva María, se evidencia cómo la atención empática y el acompañamiento emocional pueden mejorar la experiencia hospitalaria del paciente.

Esta vivencia contribuye al conocimiento disciplinar del cuidado enfermero al mostrar que el afecto, el saber científico y la conexión humana son elementos esenciales en la recuperación y bienestar de los pacientes.

Permite comprender cómo los valores fundamentales de la enfermería la compasión, la empatía, el respeto por la dignidad humana y el compromiso con el bienestar del otro se manifiestan en la práctica cotidiana. A través de su experiencia, se visibiliza el cuidado como una forma de conocimiento encarnado, que incluye intuición, sensibilidad, ética y reflexión. Esta perspectiva humaniza el acto enfermero y contribuye

a consolidar un saber disciplinar centrado en la subjetividad y el significado existencial del cuidado.

Fundamentación teórica: La narrativa se fundamenta en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, que sostiene que el cuidado va más allá de lo físico y se centra en la conexión interpersonal y la compasión. (Watson, 2008). Asimismo, los principios de la enfermería basada en la evidencia, (Melnyk & Fineout-Overholt, 2015) incorporando la aplicación del Proceso Enfermero como eje estructural del cuidado que enfatizan la necesidad de un enfoque integral del paciente.

Objetivo de la narrativa: Sensibilizar a través de la narrativa la importancia del cuidado humanizado y reflexionar sobre la relevancia del vínculo terapéutico paciente enfermero, incorporando el uso de herramientas científicas, teorías del cuidado y procedimientos sistematizados que refuercen el impacto de cuidado enfermero en la vida del paciente y su familia.

Desarrollo de la Narrativa.

Mi nombre es Mayra, soy enfermera en un Hospital de Durango. Un día como cualquier otro, llegué a mi turno en el servicio de cirugía, lista para atender a mis pacientes. En esa jornada, conocí a Eva María, una mujer de complexión robusta, piel clara, cabello rubio, ojeras pronunciadas con una gran sonrisa, ella había ingresado de urgencia la noche anterior debido a una peritonitis, se le realizó cirugía laparotomía, una colostomía y le colocaron un catéter central. Desde el primer momento, su presencia marcó mi vida y mi práctica profesional, inicié con la valoración integral de acuerdo al proceso enfermero, identificando no solo sus necesidades fisiológicas sino también su estado emocional y espiritual. Establecimos un vínculo especial. Le explicaba procedimientos, la escuchaba

y compartíamos momentos de alegría. Su mayor sueño era conocer el mar, para animarla, le cantaba Eva María, y ella respondía con silbidos. A medida que su condición se deterioraba, elaboré un plan de cuidado holístico con diagnósticos de enfermería como Ansiedad excesiva 00400, Deterioro de la movilidad física 00085, Imagen corporal alterada 00497, entre otros. (NANDA, 2024) Se implementaron intervenciones de enfermería centradas en el apoyo emocional, el fortalecimiento del autoconcepto, ayuda con el autocuidado 1806, Cuidado del paciente encamado 0740, administración de medicamentos intravenosos 2314, Apoyo emocional 5270, apoyo espiritual 5420, Humor 5320, Apoyo a la familia 7140, Apoyo al cuidador 7040, Administración de nutrición parenteral 1200, Cuidados del drenaje gastrointestinal 1874, Cuidados de la ostomía 0480, entre otros. (NIC, 2024) En el trayecto, también abordé las necesidades de Mary, su hermana y cuidadora primaria. A través de orientación directa y apoyo psicoemocional, contribuí a reducir su agotamiento y fortalecer sus capacidades de afrontamiento.

Cuando Eva María fue dada de alta, me regaló una servilleta bordada. Días después, regresó en estado crítico. Aplicamos escalas de evaluación del dolor y del sufrimiento, involucrando al equipo de cuidados paliativos. En sus últimos momentos, sostuve su mano y acompañé su transición con palabras de consuelo.

Un Hospital de Durango es un centro de atención de buen nivel, con alta demanda asistencial, escasez periódica de recursos y limitaciones inherentes al sistema de salud pública. Mi turno habitual en horario vespertino, de 14:00 a 21:00 horas, un periodo en que las actividades quirúrgicas ya disminuyen, pero los cuidados posoperatorios se intensifican la carga asistencial. Con frecuencia, el número de pacientes por enfermera (o) excede las recomendaciones de los indicadores de salud, obligándonos a priorizar tareas urgentes y dejar en segundo plano intervenciones emocionales o educativas. En

este contexto, brindar un cuidado humanizado se convierte en un verdadero acto de resistencia profesional. A pesar del cansancio, las interrupciones constantes y las limitaciones de tiempo, encontré en la historia de Ava Maaría un espacio para reafirmar el sentido profundo de nuestra profesión. El vínculo que establecimos no se dio en un entorno ideal, sino en medio de carencias materiales (falta de insumos para cuidados especiales, acceso restringido a medicamentos paliativos, demoras en estudios diagnósticos) y culturales (una cultura institucional centrada más en la productividad que en el bienestar emocional del paciente). El equipo de enfermería trabaja con dedicación, pero la rotación de personal y la presión administrativa dificultan la continuidad del cuidado. Esto impacta negativamente en la posibilidad de construir relaciones terapéuticas sólidas. En muchas ocasiones, los cambios de uno implican ruptura en la comunicación y despersonalización de la atención. A pesar de ello, opté por sostener el acompañamiento a Eva María, incluso cuando no me correspondía directamente, lo cual evidencia una implicación emocional y ética que muchas veces no encuentra respaldo institucional. El espacio físico también representa una barrera. Las habitaciones compartidas limitan la privacidad del paciente y dificultan momentos íntimos, como la comunicación sobre el final de la vida. En los últimos días de Eva María, improvisamos momentos de confidencialidad cerrando cortinas o aprovechando instantes de menor circulación de personas. Son estrategias silenciosas que como enfermeras desarrollamos para cuidar mejor, incluso en condiciones adversas.

Personajes involucrados. Eva María: Paciente joven, piel clara y cabello rubio. A pesar de su delicado estado de salud, su carisma y sonrisa iluminaban la habitación.

Mary: Hermana de Eva María, quien permaneció a su lado brindándole apoyo incondicional.

Juan: Sobrino de Eva de 16 años con capacidades diferentes a quien ella consideraba su hijo y su principal motivo de vida.

Equipo de salud: Médicos, enfermeros, personal de limpieza y seguridad que formaron parte del entorno de atención de Eva María.

Desarrollo de los acontecimientos. Desde el primer día, Eva María y yo establecimos un vínculo especial. Le explicaba los procedimientos, la escuchaba y, poco a poco, nos convertimos en amigas. Descubrí que su mayor sueño era conocer el mar, aunque solo lo había visto en fotografías. Para animarla, cada día le cantaba la canción "Eva María" de un grupo mexicano, y ella, con su buen humor, me silbaba como respuesta.

Su proceso hospitalario fue largo y lleno de desafíos. Desarrolló fístulas intestinales y debió someterse a otra cirugía. Su estado físico se deterioró notablemente: perdió peso, su cabello comenzó a caerse y su ánimo decayó. En esos momentos de tristeza, hice todo lo posible por hacerla sentir mejor. La maquillaba, la peinaba y le ponía música, recordándole que aún había momentos de felicidad en medio de la enfermedad.

Con el tiempo, Eva María se convirtió en una paciente ejemplar. Aprendió a manejar su colostomía y su catéter central con destreza. Ayudaba en sus propios cuidados y hasta nos auxiliaba en algunas tareas menores dentro de la sala. La noticia de su alta hospitalaria fue un motivo de alegría para todos y más por que volvería a ver a su sobrino ya que por normas de la institución no podía visitarla. Antes de partir, me entregó un regalo: una servilleta bordada como muestra de su cariño y agradecimiento. Sin embargo, una semana después, Eva María regresó al hospital en estado crítico. Al verla, me abrazó llorando, preguntándose qué había hecho mal. Su salud continuó deteriorándose hasta el punto en que los médicos recomendaron la intubación. Cuando me acerqué a ella en sus últimos momentos de consciencia, tomó mi mano con su débil

fuerza y me dijo que, si volvía, solo sería para hablar conmigo. Con la voz entrecortada, le aseguré que todo estaría bien, tratando de transmitirle paz en su despedida.

Lamentablemente, Eva María sufrió un paro cardiorrespiratorio. El equipo de salud hizo todo lo posible por reanimarla, pero a las 15:30 horas se confirmó su fallecimiento. La habitación se llenó de un silencio doloroso, un vacío que solo quienes hemos perdido a un ser querido conocemos. Mary, su hermana, me abrazó entre lágrimas y susurró: "Ahora sí, Mayra, ahora sí Eva María se fue", en alusión a la canción que tanto le cantaba.

Desafíos y dilemas éticos. El vínculo afectivo con Eva María me enfrentó al dilema de mantener la objetividad profesional sin deshumanizar el cuidado. La narrativa reflexiona sobre la tensión entre la distancia emocional y la necesidad de una conexión compasiva. Desde la formación en enfermería, nos enseñan a mantener una distancia pertinente con los pacientes, pero en la práctica, el cuidado genuino implica conexión emocional. También se enfrentó el reto de manejar el sufrimiento familiar, especialmente el de Mary, quien estaba agotada física y emocionalmente como cuidadora. (Moreno-Peñarroja et al., 2019) Acompañarla en ese proceso fue un aprendizaje profundo que evidenció la necesidad de atención centrada también en la familia como parte del cuidado integral.

Reflexión y Análisis. Impacto personal y profesional. Esta experiencia transformó mi comprensión del cuidado enfermero. Comprendí que el enfermero no solo alivia síntomas físicos, sino que también se convierte en un pilar emocional para el paciente y su familia. Mi relación con Eva María reforzó mi vocación y me enseñó que el contacto humano genuino puede hacer una diferencia en la vida de una persona. Reforzó mi vocación al mostrarme que ser enfermera implica también sostener emocionalmente al paciente y su familia.

Relación con la literatura. Watson enfatiza en su teoría, señala que el cuidado es una relación transpersonal; Roy enfatiza la adaptación como la clave en la salud. (Watson, 2008) Ambas perspectivas se materializan en esta experiencia lo anterior.

La narrativa de Eva María la podemos relacionar en la filosofía del cuidado transpersonal de Jean Watson, cuya propuesta teórica destaca que el cuidado auténtico no se limita a la dimensión técnica, sino que se manifiesta como una relación intersubjetiva y trascendente entre la enfermera y la persona cuidada. En este encuentro se reconoce a la persona como un ser integral, compuesto por cuerpo, mente, espíritu, emociones y entorno, cuya vivencia en el mundo merece ser acogida con empatía, respeto y presencia significativa (Watson, 2008).

Eva María, desde su experiencia como enfermera, representa este enfoque al encarnar el cuidado como presencia consciente y compasiva, demostrando cómo el acto de cuidar puede convertirse en una experiencia humanizante para ambos sujetos. Su historia con la paciente, en la que también participa la enfermera Mayra, revela cómo los principios fundamentales del modelo caritativo de Watson se hacen visibles en la práctica clínica real, dotando de sentido simbólico y ético a cada gesto, palabra y silencio compartido (Watson, 2012).

Cultivo del amor bondad y la ecuanimidad hacia uno mismo y hacia los demás. El primer proceso caritativo plantea la necesidad de cultivar un estado interno de amor y bondad como base del cuidado. Eva María demuestra este principio al sostener una actitud de compasión genuina, manifestada no solo en sus intervenciones, sino en su forma de estar, escuchar y acompañar. La serenidad de su presencia crea un espacio de seguridad emocional, en el que la paciente se siente valorada y comprendida. Este tipo de cuidado, centrado en la humanidad compartida, promueve una experiencia

transformadora tanto para quien brinda como para quien recibe el cuidado (Watson, 2008).

Presencia auténtica. Sostener la confianza y honrar el mundo interno del otro Watson (2012) afirma que la enfermera debe estar auténticamente presente, reconociendo y respetando el mundo subjetivo de la persona. En la narrativa, Eva María encarna este principio al acompañar los silencios, temores y emociones de la paciente sin imponer soluciones ni acelerar procesos. Ella se sintoniza con el ritmo interno de la otra, validando sus vivencias como parte fundamental de la experiencia de salud-enfermedad. Esta presencia consciente permite la construcción de una relación que trasciende lo físico y se convierte en un acto espiritual y existencial.

Desarrollo y mantenimiento de una relación de ayuda-confianza. Una piedra angular del cuidado transpersonal es la construcción de una relación basada en la confianza, la empatía y la autenticidad (Watson, 2008). Eva María y Mayra establecen con su paciente una relación de ayuda que facilita la apertura emocional y la expresión de sentimientos profundos. Esta confianza, nutrida por la presencia genuina y la escucha activa, crea un entorno en el que el cuidado fluye de forma recíproca. Eva María también experimenta una transformación personal, lo cual refleja que el cuidado auténtico produce crecimiento en ambas direcciones: en quien cuida y en quien es cuidado.

Experiencia de enseñanza-aprendizaje significativa y centrada en la persona, Según Watson (2012), el proceso educativo en el cuidado debe responder al significado subjetivo de cada persona, integrando su contexto, creencias y necesidades. Eva María adopta esta perspectiva al promover la autonomía del paciente, brindando información clara y acompañamiento respetuoso en la toma de decisiones. Su actitud empática facilita un proceso de aprendizaje mutuo, en el que el paciente puede reconocerse como agente

activo de su salud y Eva María como facilitadora de ese proceso. Esta interacción fortalece el vínculo terapéutico y humaniza la práctica enfermera.

La presencia significativa de enfermería, es una expresión viva del cuidado transpersonal propuesto por Jean Watson. En ella se visibiliza una profesión comprometida con la dignidad humana, guiada por la compasión, la reflexión ética y la espiritualidad del cuidado. Los procesos caritativos no solo estructuran una teoría, sino que se transforman en experiencias vividas que otorgan profundidad y sentido a la práctica profesional. Este enfoque invita a resignificar el rol de la enfermería como arte, ciencia y acto moral, reafirmando que cuidar es, ante todo, un acto de amor consciente.

Lecciones aprendidas. Cada paciente es único y que la empatía debe ser la base del cuidado. También entendí que, aunque la muerte es parte inevitable de la vida, el acompañamiento compasivo puede marcar la diferencia en el proceso de despedida de un paciente y su familia. Llevo conmigo la certeza de que la enfermería es más que una profesión; es un acto de amor y humanidad.

La historia de Eva María y mi experiencia personal a su lado como enfermera me dejó una profunda reflexión sobre la importancia de humanizar la atención en el ámbito de la salud.

Aprendí que el proceso enfermero no es solo una herramienta técnica, sino una guía para ofrecer un cuidado científico y humano. Confirmé que el acompañamiento emocional durante el duelo dignifica el final de la vida.

Paradigma y Visión. En esta narrativa de experiencia se refleja claramente la perspectiva y comprensión adoptadas durante el proceso de cuidado. Esta visión se manifiesta a través de las conductas, actitudes y expresiones observadas en la interacción con la persona cuidada, así como en la manera en que se establece el

abordaje terapéutico y se identifican los fenómenos de interés propios de la disciplina de enfermería. A continuación, se presenta un cuadro que sintetiza estos elementos.

(Cuadro 1)

Cuadro 1.
Análisis del Paradigma de Enfermería y la Visión del Mundo.

Paradigma	Integración Narrativa de Eva María.
Visión. integrativo-integrativo o Interacción recíproca.	Se basa en un enfoque humanista que reconoce al ser humano como un ser complejo, con historia, emociones, espiritualidad y contexto. Integra la filosofía del cuidado transpersonal, reconociendo la importancia del vínculo afectivo, la empatía y la presencia enfermera como pilares fundamentales del cuidado (Watson, 2008, 2012).
Enfermería. Para Jean Watson, enfermería es una ciencia y un arte del cuidado, cuyo propósito fundamental es promover la salud, prevenir la enfermedad, cuidar al enfermo y facilitar la sanación y crecimiento personal, tanto del paciente como del profesional de enfermería ya que implica una relación transpersonal, donde la enfermera se conecta de manera auténtica, consciente y profunda con el ser humano cuidado, reconociendo su sufrimiento, sus emociones y espiritualidad. (Watson, 2008)	a la presencia auténtica y empática de su enfermera Mayra representan a la enfermería como una profesión profundamente humana y relacional. Su rol trasciende lo técnico, convirtiéndose en facilitadoras del bienestar integral. Promueven un espacio de confianza, consuelo y acompañamiento emocional. La enfermería es entendida como una práctica basada en el amor, la compasión y la conexión alma a alma (Watson, 2012).
Persona. Watson concibe a la persona como un ser humano completo, unitario e irreplicable y en constante evolución, compuesto por cuerpo, mente y espíritu, en permanente relación con su entorno. La persona que se encuentra en proceso de desarrollo y transformación, y cuya existencia cobra significado a través de las relaciones y experiencias vividas. (Watson, 2012).	Desde esta visión, la persona es comprendida como un ser integral en constante evolución, con dimensiones físicas, emocionales, espirituales y sociales. En la narrativa, Eva María reconoce a su paciente no como un cuerpo enfermo, sino como un sujeto pleno, con historia, emociones y necesidades profundas. La paciente experimenta el cuidado como una experiencia significativa y transformadora, gracias
Ambiente. Es comprendido como el contexto en el que ocurre el cuidado, no solo en términos físicos, sino también simbólicos, relacionales y espirituales. Incluye todo aquello que rodea al ser humano y afecta su estado de salud: el espacio físico, las relaciones interpersonales, la cultura, la espiritualidad, la familia y las condiciones sociales. Un ambiente humanizado, armonioso y ético es esencial para facilitar la sanación. (Watson, 2012).	El ambiente no se limita al espacio físico hospitalario, sino que incluye las emociones, relaciones y significados que lo rodean. En la narrativa, Eva María reconoce la importancia de crear un entorno afectivo, seguro y contenedor, donde el paciente pueda sentirse acompañado. Las interacciones con la familia, la espiritualidad y la sensibilidad del cuidado transforman el ambiente en un espacio terapéutico.
Salud. Se describe como un estado de armonía. Equilibrio y plenitud que involucra todos los aspectos del ser: físico, mental, emocional, social y espiritual. La salud se logra cuando la persona encuentra sentido a su experiencia de vida, incluso en medio de la enfermedad o el sufrimiento, y es capaz de crecer como ser humano. (Watson, 2008).	La salud se concibe como una experiencia dinámica de adaptación, crecimiento y significado, no como simple ausencia de enfermedad. Eva María acompaña a su paciente en la transición hacia una mejor calidad de vida, validando sus emociones y promoviendo su autonomía. La enfermería apoya procesos de sanación que integran el cuerpo, la mente y el espíritu (Watson, 2008).
Cuidado. Para Watson, es el núcleo epistemológico y ontológico de la enfermería. No es simplemente una serie de intervenciones técnicas, sino también una relación significativa, basada en el amor, bondad, la compasión, el respeto, la empatía y la autenticidad. A través de los procesos (caritas processes), el cuidado se convierte en una experiencia transformadora que sana emocional, espiritual y físicamente al paciente y también al cuidador. (Watson, 2008).	El cuidado, desde la perspectiva transpersonal, es un acto ético y espiritual. En la narrativa, Mayra no solo ejecuta intervenciones clínicas, sino que se involucra emocional y existencialmente con su paciente. Escucha activa, tacto terapéutico, mirada compasiva y palabras significativas son expresiones de un cuidado que transforma, alivia y humaniza.
Elementos de una teoría, modelo o filosofía.	Desde la teoría del cuidado humano de Jean Watson, se establece que el cuidado verdadero es aquel que trasciende lo físico y permite la conexión de ser a ser. Eva María y Mayra crean una relación transpersonal que favorece la sanación integral, la transformación de la experiencia de cuidado. El proceso caritativo se evidencia en cada gesto de presencia, respeto, amor-bondad y promoción de la autonomía (Watson, 2012).

Fuente: Elaboración propia

Patrones del Conocimiento presentes en la experiencia de cuidado de Eva María.

Conocimiento empírico. En la narrativa de Eva María, el conocimiento empírico se evidencia en la ejecución precisa de intervenciones clínicas como la administración de medicamentos, el control de signos vitales, manejo de colostomía, cateter central y el monitoreo constante del estado fisiológico de la paciente. Estas acciones están fundamentadas en la observación objetiva, en la evidencia científica y en la formación técnica que respalda el saber clínico de la enfermería (Escobar & Sanhueza, 2018).

Conocimiento estético. El arte del cuidado se refleja en la capacidad de Eva María para generar un ambiente de consuelo, calma, y esperanza, no solo con la paciente, sino también con sus seres queridos. La manera en que comunica, le canta, se comunican silbando, su presencia compasiva y su sensibilidad ante el sufrimiento, manifiestan un saber estético, en el que el cuidado se convierte en un acto de profunda humanidad, más allá del deber técnico (Escobar & Sanhueza, 2018).

Conocimiento personal. La experiencia de Eva María y Mayra se fundamenta en la construcción de un vínculo genuino con la paciente y su familia. Este patrón se expresa en el reconocimiento mutuo como seres humanos, en el compartir de emociones y en la confianza recíproca que se va tejiendo a lo largo del proceso de cuidado. Esta relación transforma la vivencia de ambas partes, evidenciando un conocimiento personal que fortalece la conexión terapéutica (Escobar & Sanhueza, 2018).

Conocimiento ético. La ética del cuidado se manifiesta en cada acción de Eva María, orientada por el respeto a la dignidad de la persona, el compromiso con el bienestar del otro, y el ejercicio responsable de su profesión. La compasión, la responsabilidad moral y el amor por su labor son expresiones de un conocimiento ético

profundo que guía su toma de decisiones, especialmente en momentos de vulnerabilidad (Escobar & Sanhueza, 2018).

Conocimiento sociopolítico. Eva María reconoce el papel fundamental de la familia como parte del entorno cultural, emocional y social de la paciente. A pesar de las restricciones institucionales, la enfermera busca integrar activamente a los familiares en el proceso de atención, generando espacios de participación y contención afectiva y efectiva. Esta dimensión revela una comprensión crítica del contexto institucional y social, así como la capacidad de influir positivamente en las estructuras que rodean el cuidado (Osorio Castaño, 2016).

Conocimiento emancipatorio. De acuerdo a Chin y Kramer, su objetivo fundamebtal es promover la euidad y la justicia tanto para las personas que reciben cuidados de enfermería como para quienes los brindan. Este patrón impulsa a una visión critia y transformadora del entorno donde se ejerce el cuidado, cuestionando as estructuras que generan desigualdades (Chinn & Kramer, citados en Plata Moya et al., 2020).

En el contexto del servicio de cirugía, caracterizada por su alto grado de complejidad y normas estrictas de acceso, surge la necesidad derepensar las restricciones en torno a la presencia y visita familiar, (durante la hospitalización no permitieron la entrada de su sbrino de 16 años y no se volvieron a ver) especialmente cuando el estado de salud lo permite. Esta situación refleja la importancia del patrón emancipador como motor de reflexión crítica y potencial acción colectiva para el cambio.

Puntos clave que resuenan en la práctica enfermera.

El vínculo paciente enfermera: Aunque se nos enseña que debemos mantener una distancia emocional con los pacientes, este relato demuestra que un vínculo genuino y empático puede ser un componente esencial en la recuperación del paciente. A veces, ese lazo afectivo es tan fuerte como los cuidados técnicos, y puede ser la diferencia entre sentirse simplemente atendido o verdaderamente cuidado. En este caso, mi conexión con Eva María no solo ayudó a su bienestar emocional, sino que también contribuyó a su proceso de sanación.

La importancia de escuchar y brindar apoyo emocional: Los pacientes no solo necesitan cuidados médicos, sino también ser escuchados. El hecho de que Eva María compartiera su historia y sus deseos conmigo, y que pudiéramos reír juntas, le proporcionó consuelo en momentos difíciles. El apoyo emocional y la compañía pueden aliviar la angustia y el miedo, sobre todo cuando los pacientes enfrentan diagnósticos graves y tratamiento intensivo.

El cuidado integral del paciente; Eva María no solo era una paciente con una enfermedad física, sino una persona con una vida, historia y sentimientos. Como enfermeras, debemos tener presente que cada paciente es mucho más que un diagnóstico o un número en la hoja de trabajo. El bienestar de los pacientes debe ser abordado de manera integral, considerando sus emociones, necesidades sociales y psicológicas. Eva aprendió a cuidar de su colostomía y catéter, lo que mostró su implicación activa en su proceso de recuperación, algo que también ayudó a fortalecer nuestra relación.

La resiliencia y el duelo; A pesar de las adversidades de la vida de Eva María, su resiliencia era notable. Como profesionales de la salud, también debemos aprender a

lidar con el sufrimiento y la muerte. La pérdida de un paciente, especialmente cuando hemos formado una conexión tan fuerte, es dolorosa, pero es parte de nuestra labor. La capacidad de acompañar a los pacientes hasta el final y manejar nuestras emociones con profesionalismo es crucial en nuestra práctica.

El impacto del trabajo enfermero en la vida de los pacientes; Esta experiencia me hizo entender que el trabajo de un enfermero va más allá de los procedimientos médicos. Cada gesto de apoyo, cada palabra de aliento, tiene el poder de transformar el día de un paciente. Eva María dejó una huella en mi vida y me enseñó que el cuidado de la salud es también un acto de humanidad y compasión.

Propuesta de mejora institucional para el fortalecimiento del cuidado humanizado.

El cuidado humanizado no debe depender únicamente de la vocación individual del personal de enfermería, sino ser promovido activamente por las instituciones de salud como una política organizacional. A partir de la experiencia vivida con Eva María, se identifican oportunidades claras de mejora que podrían ser implementadas para dignificar la atención, proteger al profesional del desgaste emocional y reforzar el sentido ético y humano de la práctica enfermera.

El hospital podría mejorar para facilitar un cuidado humano a través de; Disminución de la sobrecarga asistencial. Formación continua en cuidados paliativos y humanización. Espacios físicos adaptados a la intimidad del paciente. Protocolos institucionales de acompañamiento familiar. (Melnik & Fineout-Overholt, 2015).

Podría institucionalizarse la reflexión ética o narrativa en los equipos de salud con; Círculos de reflexión ética y narrativa clínica. Incorporación de la narrativa como herramienta formativa. Creación de un Comité de Humanización del Cuidado.

Conclusiones

La enfermería no solo es ciencia, también es arte, empatía, corazón, y humanidad. Cada paciente es una historia única, y a veces, el simple hecho de brindar compañía y afecto puede marcar la diferencia en su proceso de curación. Eva María me enseñó que cuidar con el corazón es tan importante como cuidar con conocimiento, y esa es la verdadera esencia de nuestra profesión; por lo que humanizar el cuidado no es solo una aspiración idealista, sino una necesidad ética, profesional y organizacional. Transformar la cultura hospitalaria requiere voluntad institucional, escucha activa al personal clínico y apertura a nuevas formas de pensar el cuidado. Institucionalizar la reflexión narrativa y ética permitirá que historias como la de Eva María no se pierdan en el silencio, sino que se conviertan en semillas de aprendizaje, compasión y transformación, que un plan de cuidados estructurado y sensible puede transformar la experiencia hospitalaria. En el corazón de la enfermería, donde late no solo la ciencia, sino también la humanidad que da sentido a cada intervención de cuidado, el vínculo afectivo, lejos de debilitar la práctica profesional la enriquece cuando se integra a la luz del conocimiento, la teoría y la ética del cuidado. La experiencia vivida con Eva María representa una valiosa contribución al desarrollo disciplinar de la enfermería, ya que posibilita trascender una visión reduccionista del conocimiento basada exclusivamente en la técnica y la evidencia científica. Esta perspectiva abre paso a un enfoque más amplio, integrador y profundamente humano, en el que cobran relevancia dimensiones como la ética, la sensibilidad, la intuición, la experiencia vivida y la reflexión crítica. Tales cualidades permiten contextualizar y enriquecer el saber enfermero, otorgando especial importancia al valor simbólico del cuidado. Este acto expresado tanto en la palabra como en el

silencio, en los gestos, actitudes y emociones se resignifica desde una mirada guiada por los lazos de intersubjetividad, fortaleciendo la conexión auténtica entre la persona que cuida y quien es cuidado; en un lazo que trasciende, impactando el corazón de un cuidador.

Referencias

- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2024). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (8.^a ed.). Elsevier.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13–23.
- Escobar, C. B., y Sanhueza, A. O. (2018). Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: Estudio de revisión. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 7(1), 27-42. <https://doi.org/10.22235/ech.v7i1.1540>
- Fernández, E. (2016). Cuidado humanizado: una necesidad para el bienestar del paciente. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 24, e2758.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2015). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice* (3rd ed.). Wolters Kluwer.
- Moreno-Peñarroja, R., Fuentes-Pumarola, C., Ballester-Ferrando, D., & Fernández-Cano, P. (2019). La familia como unidad de cuidado en enfermería: análisis de una experiencia práctica. *Enfermería Clínica*, 29(1), 43–49.
- NANDA International. (2024). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2024-2026*. (13^a ed.) Elsevier.
- Osorio Castaño, J. H. (2016). Patrón de conocimiento socio-político en enfermería: reflexiones conceptuales. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1352–1357. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.319>
- Plata-Moya, D., Colmenares-Robles, Z., & Herrera, I. C. (2020). Desde la enfermería basada en evidencia: patrones de conocimiento: mirando su narrativa: fenómeno del cuidado. *Cultura de los Cuidados*, 24(58), 180–190. <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.58.17>

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Revised ed.). University Press of Colorado.

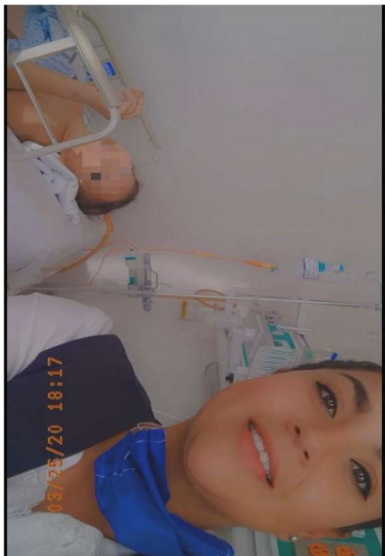
Watson, J. (2012). *Human caring science: A theory of nursing* (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.

Anexos.

1. Un hermoso regalo.



2. Mi amiga Eva Maria y yo



Capítulo III. Manos Firmes

Maricela Rodríguez Salas

Universidad Juárez del Estado de Durango

Resumen

En la profesión de enfermería, cada acción y gesto va más allá de lo puramente práctico y se convierte en un acto de humanidad profunda, donde el cuidado del cuerpo y el alma del paciente se entrelazan. No solo administramos medicamentos o nos limitamos a realizar actividades físicas, sino que involucramos una conexión emocional y un cuidado integral del paciente donde ofrecemos consuelo, esperanza y compañía, reconociendo la vulnerabilidad del ser humano frente al sufrimiento. El compromiso con la vida se manifiesta en nuestra capacidad de dar sin esperar, de ofrecer no solo manos y cuidados, sino también un corazón dispuesto a acompañar en el dolor y la incertidumbre. La presente narrativa tiene como finalidad presentar el vínculo profundo que desarrollé como enfermera con el señor Manuel, un paciente politraumatizado debido a un accidente automovilístico con pocas esperanzas de vida debido a la gravedad de su salud; se concluye que el verdadero poder de la enfermería radica en la capacidad de sanar a través de la presencia y el amor, donde "Manos firmes" simbolizan el equilibrio entre la práctica y la compasión, entre el deber y la conexión.

Palabras clave: Enfermería, Conexión emocional, Compromiso, Compañía, Consuelo.

Abstract

In the nursing profession, every action and gesture goes beyond the purely practical and becomes an act of profound humanity, where caring for the patient's body and soul are intertwined. We don't just administer medications or limit ourselves to physical activities, but rather engage in an emotional connection and holistic patient care, offering comfort, hope, and companionship, recognizing the vulnerability of human beings in the face of suffering. Our commitment to life is manifested in our ability to give without expectation, to offer not only hands and care, but also a heart willing to accompany us through pain and uncertainty. This narrative aims to present the deep bond I developed as a nurse with Mr. Manuel, a patient with multiple injuries resulting from a car accident with little hope of survival due to the severity of his health. It concludes that the true power of nursing lies in the ability to heal through presence and love, where "steady hands" symbolize the balance between practice and compassion, between duty and connection.

Keywords: Nursing, Emotional Connection, Commitment, Companionship, Comfort.

Introducción

En el mundo de la enfermería, no basta con saber cómo aplicar un tratamiento o seguir un protocolo. El verdadero arte del cuidado reside en lo invisible, en aquello que no se ve, pero se siente: la compasión y la empatía. Cada paciente que entra a un hospital no solo lleva consigo una enfermedad, sino también miedos, incertidumbres y esperanzas. Es aquí donde mi trabajo va más allá de lo clínico. Esta narrativa refleja cómo, a través de pequeños gestos cargados de humanidad con el señor Manuel, el cuidado se transforma en algo mucho más grande, algo que llega al corazón de quienes confían en

nosotros. En cada sonrisa, en cada gesto de apoyo, es posible ver el poder de la empatía, que nos recuerda que, a veces, lo que más necesita una persona ya sea el paciente o el familiar no es una cura física, sino sentirse escuchada y comprendida.

En la disciplina de enfermería coexisten tres visiones del mundo: la de reacción o particular-determinista; la de reciprocidad o interactiva integrativa; y la simultánea o unitaria transformativa. La presente narrativa se alinea principalmente con la visión de reciprocidad o interactiva integrativa, que enfatiza el intercambio dinámico entre cuerpo, mente y espíritu (Altamira, 2023).

Asimismo, esta práctica integra diversos patrones de conocimiento enfermero: el empírico, al fundamentar la atención en protocolos y evidencia; el estético, en el “arte” de los gestos compasivos; el personal, en la relación auténtica y reflexiva con el otro; el ético, en el compromiso moral de aliviar el sufrimiento; y el sociopolítico, al promover la humanización y la justicia en la atención (Rafii et al., 2021).

La perspectiva de la narrativa encuentra sustento en la Teoría del Cuidado Transpersonal de Jean Watson, que plantea que el acto de cuidar va más allá de la aplicación de técnicas y protocolos, centrando la atención en la relación humana, la empatía y la compasión como vehículos de sanación (Watson, 2020).

Esta narrativa invita a los lectores tomar consciencia y cuestionar sobre; Si el cuidado que brindamos como profesionales de la enfermería como realmente es un proceso profundamente humano, basado en el respeto, la compasión y la empatía o solo nos enfocamos en la sanación del cuerpo del paciente.

Manos Firmes

Un sábado del mes de diciembre, después de una mañana de arduo trabajo doméstico, me di un baño relajante, luego me arreglé para dirigirme hacia mi trabajo, pedí un taxi por la aplicación del celular para llegar a mi destino; al bajarme, con el cielo nublado de testigo y el viento fresco que sentía como golpeaba mi cara, caminaba hacia la entrada del Hospital 450 para verificar mi entrada, ahí me encontré con algunos de mis compañeros, luego de saludarnos nos dirigimos hacia la jefatura de enfermería donde nos asignarían a nuestras áreas de trabajo, ya que somos suplentes y nos asignan a los servicios con mayor demanda de pacientes. Esperando ansiosa, escuché mi nombre y por consiguiente mi destino; Mary diríjase a ¡Urgencias! por favor; me dijo el jefe, muy bien gracias, le contesté, apresurada llegué a mi destino. Ya en el servicio de Urgencias, segundo contacto en observación, a eso de las 18:00 horas escuché la alarma de alerta emitida por la ambulancia de la Cruz Roja; alrededor de las 18:40 llega la ambulancia presentando a un paciente en camilla politraumatizado e inconsciente, aún recuerdo como corría por su rostro la sangre, cubierto con piedritas finas y zacate, su ropa estaba totalmente desgarrada, sucia, llena de sangre con césped seco debido a un accidente automovilístico; él y su familia que se dirigía de vacaciones a Mazatlán, revisamos a los demás integrantes de la familia y solo presentaban leves golpes, nada de cuidado según comentó el paramédico; posterior al informe de los detalles del accidente, se hace entrega del paciente. El señor: Manuel G. de 48 años de edad, diabético, hipertenso, se dedicaba a la agricultura; en cuanto a sus signos vitales se observó presión arterial de 180/100mmHg, frecuencia cardiaca de 145 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 28, temperatura corporal de: 38.3°C y politraumatizado.

Al escuchar sobre el accidente, la adrenalina corrió por mis venas, era momento de entrar en acción. Lo posicionaron en la camilla del choque 2 para comenzar la monitorización.

Pude darme cuenta en esos momentos de la tensión, angustia y llanto de su esposa e hijas, indiscutiblemente lo amaban con todas sus fuerzas, su preocupación era gigantesca y desesperante. Me acerqué a ellas, cruzamos algunas palabras y toqué sus hombros con mis “Manos firmes” y les dije, “confíen en el todo Poderoso que nosotros haremos todo lo que está en nuestras manos para sacarlo adelante”.

Me atreví a decirles esas palabras de aliento ya que miré que la esposa sostenía en sus manos un rosario con fuerza, implorando a Dios por la vida y salud de su esposo, la situación hizo que mis pensamientos, acciones y cuidados de enfermería actuaran de manera inmediata. Al recibir al sr. Manuel, entramos en acción el personal médico y enfermería para brindar apoyo inmediato, preciso y de calidad, pues es nuestro deber perdurar la vida y salud de los pacientes.

El médico de turno le comentó a la esposa que el paciente se encontraba grave, con salud delicada y su vida corría peligro; era necesario intubarlo para estabilizarlo y mantenerlo con vida, por lo que se le pidió autorización y firma del consentimiento informado; la respuesta de la señora fue inmediata y dijo “doctor hagan todo lo que sea posible por el amor de Dios”. Al posicionarlo en la camilla, lo monitorizamos para obtener sus signos vitales, obtuvimos vía periférica, tomamos laboratorios e instalamos una solución de base indicada por el médico y al mismo tiempo ellos iniciaban maniobras de RCP. Al obtener el pulso del paciente procedieron a intubarlo, en ese momento la respuesta fue favorable; luego de estabilizarlo y permanecer en observación por esa noche, se le instaló sonda Foley y con mucho cuidado lo desalojamos de sus

pertenencias para colocarle su bata y dejarlo limpio. Mi turno laboral llegó a su fin, dando todo lo que correspondía de mi parte para que el señor Manuel estuviera en las condiciones óptimas para favorecer su salud. Me retiré a casa con una actitud decaída al ver aquella familia desgarrada por el dolor ante la situación grave por la que se encontraba su paciente, sin embargo, satisfecha por haber brindado cuidados oportunos y de calidad, era un shock de emociones que invadían mi interior.

A la mañana siguiente, luego de permanecer en urgencias, los médicos deciden pasarlo a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para continuar con sus cuidados. Al cabo de 3 semanas en UCI bajo la observación y estabilidad del paciente es trasladado al piso de Medicina Interna. Posterior a 3 semanas de ese accidente, como cada fin de semana, subí a jefatura para esperar el servicio a donde me asignarían, en esa ocasión me enviaron a Medicina Interna, me asignaron los pacientes a cargo; para mi sorpresa, uno de ellos era el señor Manuel, paciente que había recibido 3 semanas atrás por accidente automovilístico en urgencias. Di el buen día a la esposa quien era la que se encontraba bajo su cargo, él permanecía con su ventilador mecánico, monitoricé sus signos vitales y observé a detalle que su catéter venoso central estuviera en óptimas condiciones, al igual que su sonda vesical y nasogástrica, que sus infusiones estuvieran en tiempo y forma; al terminar de examinarlo meticulosamente, proseguí con los demás pacientes.

Posteriormente regresé con él y continué con los cuidados de enfermería, como aspiración de secreciones, administración de medicamentos, alimentación por sonda nasogástrica, cambio de infusiones y baño en cama e hidratación de la piel; al mismo tiempo pude entablar una conversación con la señora mientras yo continuaba con mis actividades; pude observar en ella un semblante triste, angustia y preocupación por la recuperación lenta de su esposo, me comentó que él era un hombre muy cariñoso,

comprometido, trabajador, buen padre y esposo. Su principal preocupación era saber cómo iba a continuar con los cuidados en casa ya que “se sentía atada de manos mencionó”, porque no se sentía capaz de brindar los cuidados que nosotros le brindábamos en el hospital; mi empatía por la señora hizo que le brindara apoyo emocional, ayudando a reconocer sus virtudes y fortalezas, motivándola a que lo haría de la mejor manera posible, lo que ayudaría a la recuperación del señor Manuel ; Ya que eran una familia muy unida y con el esfuerzo de todos los integrantes, lograrían sacar adelante la salud de Manuel. Al escuchar mis palabras de aliento sigilosamente obtuve una leve pero significativa sonrisa que mostraba esperanza en su rostro. Al terminar mis actividades me despedí de ella mostrándole toda mi admiración por su fortaleza, me dio las gracias por haberla escuchado y comprenderla en ese momento.

A la semana siguiente y como cada sábado nuevamente esperando mi servicio asignado, me atreví a pedirles a los supervisores que me enviaran de nuevo al servicio de Medicina Interna, con la esperanza de que me asignaran al señor Manuel; la respuesta fue favorable ya que los supervisores aceptaron mi propuesta. Con la emoción que sentía en el estómago caminé apresurada al servicio y sin dudarlo pregunté por Manuel, la jefa de piso me respondió que efectivamente seguía internado, le pedí que si me podía asignar nuevamente a los pacientes que me habían tocado una semana atrás por lo que me dijo que sí; mi incertidumbre era muy grande al ver el estado y recuperación en el que se encontraba el paciente, ya que había creado un vínculo especial con él y su familia desde el momento que lo recibí en urgencias. Llegué a la habitación y nuevamente saludé a la señora, logré observar la enorme sonrisa que tenía su rostro y sus ojos iluminados sin mencionar otra palabra dijo: “mira viejo es ella, la enfermera de la que te hablé, es

quien te cuida como si fueras su propio padre, y a mí ni se diga, me ha dado muchos ánimos para cuidarte cuando nos vallamos a casa”, mencionó con voz alegre.

Mi expresión facial fue de sorpresa y alegría, puesto que días atrás lo habían extubado, situación que me conmovió, después de haberlo mirado postrado en aquella cama de urgencias sin esperanza de vida alguna por la condición delicada de salud en la que se encontraba; recordé el día del accidente verlo estable y consiente después de 7 semanas, me quedó claro que, con cuidados humanos, oportunos y de calidad podemos apoyar en la recuperación parcial o total de los pacientes.

Me presenté con Manuel, le dije que era la enfermera que estaría a su cuidado durante el turno, al igual con la toma de sus signos vitales, sus medicamentos y lo que se le ofreciera durante mi turno. Con una sonrisa en sus labios, una voz baja por el dolor en su garganta que estaba lastimada por el tubo endotraqueal que perduró por varias semanas, me dio el buen día y su mano que extendía lentamente; con sentimientos encontrados e invadida de tantas emociones al mismo tiempo, cubrí su mano con mis “Manos firmes”; con lágrimas en los ojos me dio las gracias, mencionó que desde que había despertado, su esposa no hacía otra cosa más que hablarle de una enfermera que le realizaba sus cuidados con tanto esmero, cariño, medida y dedicación, que observaban el compromiso y responsabilidad que tenía como profesional; externaron sobre todo, el apoyo moral que había proporcionado y que no tenían con que agradecerlo, dado que sin conocerlos brindamos apoyo para sacarlos adelante. Con un nudo en la garganta que me impedía hablar y sin mencionar tantas palabras, con mis “Manos firmes” le di un leve pero significativo apretón de mano, le mencioné que todos los cuidados que requieren los pacientes, los realizamos con gusto y amor que lo hacemos de la misma manera que

nos gustaría que a nuestra familia o incluso a nosotros mismo, nos cuidaran, que es cuestión de ser empáticos con las personas vulnerables.

Me impactaron de sobremanera sus palabras, me di cuenta que tener empatía con el paciente y la familia al brindar apoyo físico y emocional cambia anímicamente el estado en el que se encuentran, ya que la comunicación, el respeto, la responsabilidad y los cuidados de calidad son fundamentales para que el paciente logre recuperar su salud o mejorarla mediante nuestros cuidados y empatía.

Ahí fue cuando mi perspectiva por la vida cambió al pensar que debemos de saber apreciar y valorar cada momento que pasamos con nuestra familia, amigos y compañeros mientras tengamos vida y salud.

Aprendí que independientemente de los cuidados que necesitan cada uno de los pacientes, necesitamos tener empatía también por la familia que los cuida y apoya, ya frecuentemente por temor a preguntar por el estado de salud de sus familiares simplemente se quedan a observar todos y cada uno de los procedimientos que les realizamos, sintiendo angustia y preocupación, confiando plenamente en nosotros como profesionales de la salud. La familia también necesita ser escuchada y comprendida, apoyándolos moralmente para continuar afrontando las circunstancias por las que se encuentran en relación a la condición de salud de sus pacientes.

Análisis de Paradigma y Visión

La narrativa está marcada por una fusión entre la competencia profesional con la dimensión humana del cuidado. Se reconoce que la enfermería es tanto una práctica clínica como una conexión emocional profunda, donde la compasión y la presencia son tan esenciales como el conocimiento médico, es la de enfermería que va más allá de lo clínico para incluir una dimensión de cuidado holístico, donde la verdadera sanación no

solo se mide por los avances clínicos, sino por la relación genuina y afectuosa establecida con el paciente, especialmente en situaciones límite.

Se alinea principalmente con la visión de reciprocidad o interactiva integrativa, que enfatiza el intercambio dinámico entre cuerpo, mente y espíritu. El paradigma de reciprocidad o interactivo-integrativa concibe al ser humano como un sistema abierto en constante, integrando las dimensiones física, emocional y espiritual en el proceso de cuidado. (Altamira, 2023). En el cuadro 1 se presenta el análisis

Cuadro 1.

Análisis de la Visión de Interacción Recíproca o Integrativa

Paradigma	Integración totalidad hombre entorno
Visión: Reciprocidad o interactiva integrativa	Enfatiza el intercambio dinámico entre cuerpo, mente y espíritu.
Persona: Watson considera la persona como una unidad: mente, cuerpo, espíritu, y naturaleza, la personalidad va unida a las ideas de que el alma posee un cuerpo que no está confinada por el tiempo y el espacio dándole la connotación de ser unitario donde los aspectos que la engloban confluyen en un todo (Figueroa, 2007).	Mi contacto con el señor Manuel G. fue crucial para proporcionar un cuidado compasivo y efectivo. Aunque la comunicación verbal no era posible debido a la sedación e intubación durante 6 semanas, pude establecer contacto a través de movimientos suaves y brindando atención física con empatía. Es esencial transmitir calma y seguridad, así como estar atenta a las necesidades del paciente, abordando tanto los aspectos físicos como los emocionales durante el proceso de atención.
Ambiente: Es el lugar que nos rodea, con sus circunstancias físicas, químicas, biológicas, antropológicas, culturales, las económicas y políticas; es una categoría que apunta a la otredad exterior que rodea a lo humano y, por lo tanto, expresa la separación moderna entre lo interno y lo externo, entre individuos y su entorno (Morales, 2016)	Mi rol como enfermera fue un papel crucial en el bienestar del paciente. En urgencias, se actuó rápidamente, manteniendo la calma y brindando apoyo emocional a la familia. Durante la transición al piso de Medicina Interna, al crear un ambiente acogedor y de confianza fue esencial. La comunicación efectiva, la empatía y el respeto contribuyeron a un entorno donde el paciente y la familia se sintieron seguros. Es importante estar atenta a las necesidades cambiantes del paciente y trabajar para establecer una relación de confianza que mejore la experiencia global de atención.
Salud: La salud se define como "la unidad y la armonía dentro de la mente, el cuerpo y el espíritu; un estado dinámico de ser y volverse", más allá de la mera ausencia de enfermedad, implicando un equilibrio integral que facilita el proceso de curación y bienestar. (Watson, 2020).	Además de brindar soporte clínico, establecí una conexión empática, transmitiendo calma y asegurándome de que el paciente se sintiera atendido emocionalmente. El contacto visual y gestos suaves, tuvieron importancia debido a las limitaciones de la comunicación verbal. La monitorización constante y ajuste de la atención según las necesidades del paciente contribuyeron a una atención integral durante la fase de intubación.
Cuidado: El ser humano puede ser cuidado y cuidar, fomentando la necesidad de cimentar conocimiento con base a las necesidades reales de los individuos que finalmente serán quienes recibirán las acciones de salud (Ramírez y Valenzuela, 2015).	Implicué una atención especializada y compasiva. Monitoricé constantemente las funciones vitales, así como la aspiración de secreciones importantísimo para que el señor M. G. tuviera una respiración mecánica eficaz, más la administración de medicamentos necesarios. Además, es esencial proporcionar apoyo emocional a la familia, ya que la intubación puede ser una experiencia estresante tanto como para ellos como para el paciente. La comunicación no verbal, como estrechar la mano y dar un leve pero significativo apretón, el contacto visual y gestos tranquilizadores, juega un papel fundamental, estuve atenta a cualquier signo de malestar y adapté el cuidado para satisfacer las necesidades específicas del señor M. G.
Enfermería: El arte del cuidado es la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado (Carlos, 2006).	Brindé cuidados e intervenciones de manera colaborativa y respetuosa, como su baño en cama e hidratación de la piel importantes para evitar úlceras por presión, cambio de posiciones, trabajé en conjunto con la familia considerando sus preferencias y valores comprendí el dolor por el que se encontraba y las emociones por las que pasaba él y la familia. El enfoque es más participativo, reconociendo la importancia de la colaboración entre nosotros como enfermeras y la persona atendida para lograr un cuidado más efectivo y centrado.
Elementos Teóricos y Filosóficos La Teoría del Cuidado Transpersonal de Watson articula un marco teórico factores que guían la práctica enfermería, y un enfoque científico que valida empíricamente dichos procesos: Elementos teóricos: 1.- Sistema de valores humanístico-altruista. 2.- Fe-esperanza 3.- Sensibilidad hacia uno mismo y los demás. 4.- Relación de ayuda-confianza. 5.- Expresión de sentimientos positivos y negativos. 6.- Resolución creativa de problemas. 7.- Enseñanza-aprendizaje transpersonal. 8.- Entorno de apoyo y protección. 9.- Satisfacción de necesidades humanas. 10.- Fuerzas existenciales-fenomenológicas-espirituales. Elementos científicos: 1.- Caring Science. 2.- Validación empírica. 3.- Evidencia basada en resultados. 4.- Integración en guías clínicas. (Watson, 2020)	Jean Watson, en su teoría del "Cuidado Transpersonal" destaca la importancia de la compasión y la conexión humana en la práctica de enfermería. Mis acciones de cuidado se conectan profundamente con las necesidades físicas y emocionales del señor Manuel, ya que se destaca el papel esencial de la compasión, la conexión humana y la presencia en la práctica de la enfermería, subrayando que la enfermería no es solo un acto clínico de intervención física, sino un proceso profundamente relacional y emocional, donde la conexión entre la enfermera y el paciente es fundamental para el proceso de sanación.

Análisis Según los Patrones de Conocimiento

Los patrones de conocimiento en enfermería son marcos que describen las distintas maneras en que las enfermeras adquieren y aplican saberes en la práctica clínica. En esta narrativa se distinguen los siguientes patrones: Empírico, basado en hechos y evidencia científica; estético, que refleja el “arte” de cuidar y la apreciación de la experiencia única de cada paciente; personal que implica la autoconciencia y la relación auténtica enfermera-paciente; ético, fundamentado en principios morales y valores profesionales y sociopolítico orientado a reconocer y corregir injusticias en el cuidado y otros factores relacionados con el contexto sociocultural. (Rafii et al., 2021). El análisis se presenta en el siguiente cuadro 2

Cuadro 2
Análisis de los patrones de conocimiento

Patrones De Conocimiento	De qué manera lo expresa la profesional
Empírico: Representa el conocimiento que se acumula de la experiencia sensorial. Los empíricos se expresan clásicamente como principios, leyes y teorías que tienen aplicabilidad general. (Muñoz, 2019).	Basada en la experiencia clínica, mi capacidad y la observación directa para proporcionar cuidado efectivo, utilicé mis conocimientos prácticos según era necesario durante el turno y así evaluar la respuesta del paciente a la intervención de enfermería, logré prevenir posibles complicaciones, tomando decisiones informadas sobre el tratamiento y ajustar la atención de manera individualizada según las necesidades específicas del señor M.G. contribuyendo así a una atención más precisa y centrada en el paciente.
Personal: Es la conciencia de sí mismo y de los demás en una relación. Eso implica encontrar y actualizar el yo. El conocimiento personal trasciende la realidad objetiva, las formas y los estereotipos, y no está mediado por los símbolos del lenguaje. (Muñoz, 2019).	Incorpore mi comprensión única basada en experiencias, valores y emociones. Reflejado en la capacidad para establecer conexiones significativas con el paciente y la familia, brindando apoyo emocional y considerando las preferencias individuales, influye en la manera como abordé la comunicación con el señor M.G. adaptando a su estilo y considerando sus necesidades específicas. La reflexión personal y la autoconciencia son clave, para reconocer las propias experiencias y perspectivas.
Estético Requiere abstraer aquello que es individual, particular y único, la integración de esos detalles en un todo equilibrado y unificado y actuando en relación con los resultados proyectados. (Muñoz, 2019).	Utilicé sabanas limpias y batas que contribuyendo a la higiene y comodidad del paciente. La disposición cuidadosa de las bombas de infusión, equipos. Estos elementos estéticos pueden tener un impacto positivo en el bienestar del paciente y contribuir a un entorno de atención más holístico.
Ético Se relaciona con asuntos de deber, derechos, obligaciones e imperativos morales. El conocimiento ético también dirige juicios y acciones que, aunque no son imperativos, obligaciones o deberes morales, pueden ser acciones buenas, nobles u honorables. (Muñoz, 2019).	Busqué proporcionar beneficios al paciente y evitar daños innecesarios. Ajustando el tratamiento y los cuidados necesarios para maximizar el bienestar, protegiendo la privacidad y confidencialidad del paciente, compartiendo información solo con aquellos involucrados directamente en su atención, demostré empatía, reconociendo la vulnerabilidad y abordando sus necesidades emocionales con compasión y sensibilidad, guiando las decisiones y acciones, asegurando que la atención se realice de manera ética y respetuosa.
Sociopolítico El patrón sociopolítico requiere habilidades de comunicación, movilización y liderazgo que se enmarcan en la participación. (Osorio Castaño, 2016).	Abogué por sus derechos y necesidades dentro del sistema de atención médica. Considerando las dinámicas culturales que pueden afectar la atención del paciente, respetando y adaptando la atención a las preferencias y creencias culturales. Abordé las disparidades de salud que lo pueden afectar, trabajando para minimizarlas y promover la equidad en la atención.

Conclusiones

Al final de este intenso y emotivo proceso, lo que más resalta es la profunda conexión que se generó entre el paciente y su familia. El señor Manuel, a pesar de estar intubado y vulnerable, no estuvo solo en su lucha, su familia, estuvo presente en cada momento de incertidumbre, fue un sistema de constante apoyo y esperanza, una presencia que, aunque silenciosa, ofreció una fortaleza inquebrantable. Como enfermera, mi rol fue más allá de la atención basada en actividades clínicas. Cada vez que ajustaba un equipo o administraba un medicamento, mi propósito era asegurarme de que, incluso en los momentos más críticos, el señor Manuel sintiera que no estaba solo. Pero también sabía

que, en esos momentos de silencio y temor, la familia era la que verdaderamente ofrecía el consuelo que el paciente necesitaba. La conexión emocional entre ellos y el cuidado que yo le brindaba fueron esenciales para su recuperación, no solo a nivel físico, sino también psicológico y emocional. El acompañamiento de la familia durante la intubación del señor Manuel fue un recordatorio de la importancia del cuidado humanizado. El hospital, muchas veces percibido como un lugar de frialdad y procedimientos, se transformó en un espacio donde prevalecieron la calidez, el afecto y la solidaridad. Hoy, al mirar hacia atrás, me doy cuenta de que, más que una simple intervención de enfermería, lo que realmente marcó la diferencia fue la empatía, la compasión y la unión entre todos los involucrados en su cuidado, fueron además reconocidas las necesidades identificadas por la enfermera y las necesidades sentidas de la persona de cuidado y su familia. El proceso de sanación del señor Manuel fue una experiencia compartida, un testimonio de lo que significa ofrecer no solo atención médica, sino también humanidad en su forma más pura. La presencia constante de su familia, la cercanía emocional y el cuidado compasivo fueron fundamentales en su recuperación. En momentos de desesperanza, la familia fue la chispa de fuerza que mantuvo la esperanza viva. Este proceso me recordó que la verdadera medicina no solo está en las manos que administran los medicamentos, sino en los corazones que acompañan, en las sonrisas que ofrecen un consuelo y en los gestos de apoyo que trascienden la enfermedad. La sanación del señor Manuel no solo fue física, sino también emocional, y es gracias a la unidad y la compasión que demostramos, como profesionales de la salud y seres humanos, que en este proceso fue exitoso. Al final, más allá de los aparatos y las intervenciones, lo que realmente curó fue el amor, la empatía y el acompañamiento inquebrantable.

Referencias

- Altamira Camacho, R. (2023). Epistemología de la enfermería: de las visiones del mundo y su adecuación al método científico. *Temperamentvm*, 19, e14221. <https://doi.org/10.58807/tmptvm20235776>
- Carlos Agustín, L. R. (2006). Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 22(4) Recuperado en 24 de marzo de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es&tlng=es.
- Figuroa García-Huidobro, R. (2007). Concepto de persona, titularidad del derecho a la vida y aborto. *Revista de derecho (Valdivia)*, 20(2), 95-130. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-09502007000200005>
- Morales Jasso, G. (2016). La categoría “ambiente”. Una reflexión epistemológica sobre su uso y su estandarización en las ciencias ambientales. *Nova scientia*, 8(17), 579-613. Recuperado en 24 de marzo de 2025, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07052016000200579&lng=es&tlng=es.
- Muñoz Angel, Y. M. (2019). Patrón de conocimiento personal identificado en narrativas de profesores de Enfermería. *Revista Cuidarte*, 10(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.688>
- Osorio Castaño, J. H. (2016). Patrón de conocimiento socio-político en enfermería: reflexiones conceptuales. *Revista Cuidarte*, 7 (2), 1352-1357. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.319>
- Rafii, F., Nikbakht, A., y Javaheri, T. F. (2021). How nurses apply patterns of knowing in clinical practice: A grounded theory study. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 31(1), 139–146. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v31i1.16>
- Ramírez Elizondo, N., y Valenzuela Suazo, S. (2015). SIGNIFICADO del concepto cuidado en dos grupos de trabajadores (as) Chilenos (as). *Revista Costarricense de Salud Pública*, 24 (1), 06-18. Recuperado el 07 de abril de 2025, de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292015000100002&lng=en&tlng=es

Watson, J. (2020). El pacto global de la enfermería con la humanidad: La ciencia unitaria del cuidado como activismo sagrado. *Journal of Advanced Nursing*, 76 (2), 699–704.
<https://doi.org/10.1111/jan.13934>

Capítulo IV. Destellos de esperanza

Evelynng Pamela Cardoza Amador
Universidad Juárez del estado de Durango

Resumen

Esta narrativa comparte una experiencia personal vivida durante la pandemia de COVID-19, enfocándose en el papel de la enfermería desde un enfoque profundamente humano. La historia relata el ingreso hospitalario del padre de la autora, diagnosticado con síndrome de Guillain-Barré como complicación del COVID-19, y cómo su hija, enfrentando el desafío de ser enfermera y familiar, vivió este proceso tan complejo. A través de esta experiencia, se evidencia la importancia del trabajo interdisciplinario, la lucha constante entre la esperanza y los pronósticos desfavorables, así como el peso emocional de acompañar a un ser querido en estado crítico. Se resalta también la fragilidad del sistema de salud en tiempos de crisis y la manera en que la intervención empática y profesional de la enfermería puede marcar una diferencia crucial en la recuperación del paciente. El relato pone en primer plano la importancia del cuidado humanizado, recordando que más allá de la técnica, la enfermería debe priorizar la empatía, la vigilancia atenta y el acompañamiento emocional. Se subraya que el bienestar integral de los pacientes depende no solo de los tratamientos médicos, sino también de la calidad humana del cuidado que reciben. Finalmente, esta vivencia reafirma que, en los momentos de mayor vulnerabilidad, el vínculo humano entre paciente y enfermero es un elemento esencial para fomentar no solo la curación física, sino también la esperanza y la dignidad, consolidando así el verdadero sentido de la práctica profesional en salud.

Palabras clave: Cuidado humanizado, enfermería, COVID-19, Guillain-Barré, atención integral.

Abstract

This narrative shares a personal experience during the COVID-19 pandemic, focusing on the role of nursing from a deeply human perspective. The story recounts the hospitalization of the author's father, diagnosed with Guillain-Barré syndrome as a complication of COVID-19, and how his daughter, facing the challenge of being both a nurse and a family member, navigated this complex process. This experience highlights the importance of interdisciplinary work, the constant struggle between hope and unfavorable prognoses, as well as the emotional burden of accompanying a loved one in critical condition. It also highlights the fragility of the healthcare system in times of crisis and how the empathetic and professional intervention of nursing can make a crucial difference in a patient's recovery. The story foregrounds the importance of humanized care, reminding us that beyond technique, nursing must prioritize empathy, attentive monitoring, and emotional support. It is emphasized that the comprehensive well-being of patients depends not only on medical treatments but also on the human quality of the care they receive. Finally, this experience reaffirms that, in moments of greatest vulnerability, the human bond between patient and nurse is an essential element in fostering not only physical healing but also hope and dignity, thus consolidating the true meaning of professional healthcare practice.

Keywords: Humanized care, nursing, COVID-19, Guillain-Barré, comprehensive care

Introducción

El cuidado de enfermería trasciende los procedimientos técnicos y se fundamenta en la empatía y la defensa del paciente. La teoría del cuidado humano enfatiza la importancia de la conexión emocional en la curación, resaltando la necesidad de una enfermería que se enfoque no solo en la técnica, sino también en el bienestar integral del paciente

(Watson, 2012). Esta narrativa describe la hospitalización de mi padre durante la pandemia, destacando cómo la atención enfermera, sustentada en principios de cuidado humanizado, influyó en su evolución clínica.

La experiencia narrada en este documento tiene un gran valor, ya que permite reflexionar sobre la importancia del cuidado humanizado en situaciones críticas como la pandemia de COVID-19, cuando los desafíos éticos, emocionales y operativos impactan directamente en la atención. Contribuye al conocimiento del cuidado enfermero al poner en evidencia cómo la conexión emocional y la defensa activa del paciente son fundamentales en su recuperación. La experiencia muestra que, más allá de la tecnología y los tratamientos, la enfermería debe ser un pilar de apoyo emocional y físico en momentos de crisis.

Por otra, parte es claro que la enfermera expresa su cuidado bajo el paradigma expresado en la filosofía del cuidado humano de Jean Watson, la cual propone que la curación no solo depende de la intervención técnica, sino también de una relación transpersonal entre el enfermero y el paciente. Según Watson (2008), la enfermería se basa en la empatía, el respeto y el compromiso que son factores esenciales para promover una curación integral. Asimismo, se apoya en los principios de la humanización de la atención, que enfatizan la dignidad y el respeto por el paciente, promoviendo una atención personalizada y centrada en la persona.

El propósito de este artículo es propiciar reflexión sobre una experiencia de cuidado, específicamente sobre cómo el cuidado humanizado y la conexión emocional influyen en la evolución del paciente, especialmente en contextos difíciles como la pandemia de COVID-19. Además, se busca sensibilizar sobre la importancia de la empatía y la defensa del paciente en el rol de la enfermería, mostrando cómo estas

acciones no solo mejoran el bienestar del paciente, sino que también enriquecen la práctica profesional de la enfermería.

Destellos de esperanza

La experiencia se desarrolló en un hospital de segundo nivel en septiembre de 2020, en el contexto de la pandemia de COVID-19. La situación era crítica, los pasillos del hospital estaban abarrotados de pacientes graves, el personal médico y de enfermería sobrecargados de trabajo, y la incertidumbre sobre el futuro de los pacientes era palpable. En medio de esta situación, mi padre fue ingresado debido a complicaciones graves del COVID-19, incluido el síndrome de Guillain-Barré. Presentaba dificultad para caminar, pero no dificultades respiratorias, lo que inicialmente parecía ser una leve ventaja. Fue inmediatamente colocado en un cuarto de aislamiento, un lugar donde el temor y la angustia se hacían aún más evidentes, pues mi padre siempre había sido reticente a ir al hospital, y esta vez no era la excepción.

Los personajes clave en esta experiencia fueron mi padre, un hombre fuerte, deportista y de gran carácter, quien de repente se vio postrado en una cama de hospital, lejos de su entorno familiar; yo, su hija y enfermera, que tuve que asumir el rol de su cuidadora y, al mismo tiempo, luchar con los dilemas emocionales y éticos que surgieron; y el equipo médico y de enfermería del hospital, compuesto por diversos profesionales que, aunque todos comprometidos con su labor, tenían dudas sobre la capacidad de mi padre para superar la situación.

El ingreso de mi padre al hospital al servicio de terapia intensiva fue inmediato, sus síntomas comenzaron a empeorar rápidamente. A pesar de que no presentaba dificultades respiratorias graves como otros pacientes, su debilidad muscular y hormigueo

se intensificaban cada día, lo que lo llevó a ser diagnosticado con Guillain-Barré, lo que requirió un tratamiento con inmunoglobulinas. Sin embargo, la respuesta a este tratamiento fue lenta, lo que obligó a colocarle una cánula endotraqueal y a inducirlo a un coma para facilitar su ventilación mecánica.

Transmitir la información a mi familia fue una de las tareas más difíciles que enfrenté. Como enfermera, comprendía el alcance de la situación, pero al ser su hija, la carga emocional era indescriptible. Los médicos comentaban entre pasillos que el pronóstico de mi padre era muy malo, y que solo saldría con una cánula de traqueostomía y una sonda de alimentación, o peor aún, que sería uno más de la lista de defunciones causadas por COVID-19. A pesar de las voces pesimistas, mi esperanza nunca se desvaneció. Sabía que mi padre era un hombre fuerte, y confiaba en que superaría este reto.

Cuando comenzó el proceso de destete de la sedación, los médicos tomaron decisiones contradictorias, a veces subiendo la sedación debido al temor de que mi padre se extubara antes de lo previsto. Como enfermera y, al mismo tiempo, hija, tuve que intervenir, pidiendo autorización a la jefa médica de la UCI para permanecer junto a él, supervisando que no se interrumpiera innecesariamente su tratamiento. Aunque sabía que podía funcionar, temía recibir una respuesta negativa, pues el equipo médico tenía la última palabra. Sin embargo, la jefa aceptó sin objeción, permitiéndome mantener una vigilancia constante sobre el proceso.

Un día, cuando mi padre comenzó a mostrar signos de mejora y despertó parcialmente de la sedación, fue un momento de emociones encontradas. Lo vi desorientado, asustado y con lágrimas en los ojos, pero se mantuvo firme. Le hablaba con palabras de aliento, diciéndole que pronto retiraría el tubo de su garganta y todo

mejoraría. Poco a poco, sus signos vitales se estabilizaron, y finalmente, recibí la llamada que tanto esperaba: iban a extubarlo. A pesar del miedo y la incertidumbre, la extubación fue un éxito; sus pulmones respondieron favorablemente, lo que permitió que no se necesitara volver a colocar la cánula.

A pesar de los avances, su recuperación fue lenta. Los músculos de sus piernas y brazos se habían debilitado por estar en cama durante tanto tiempo, pero mi padre nunca perdió la esperanza. A diario, participaba activamente en su rehabilitación, haciendo lo posible por recuperar la movilidad. Le realizaba video llamadas con la familia, le leía mensajes de apoyo, y todo esto lo impulsaba a seguir luchando. Después de una semana de intensiva rehabilitación, fue dado de alta, y el día que se fue del hospital fue un momento de alegría y alivio tanto para él como para nuestra familia.

Desafíos y dilemas éticos

Uno de los principales dilemas éticos que enfrenté durante esta experiencia fue cómo equilibrar el rol de hija y profesional de la salud. Como enfermera, tenía el conocimiento necesario para defender el bienestar de mi padre y abogar por su cuidado, pero como hija, me encontraba atrapada en la emoción de la situación. En varias ocasiones, tuve que cuestionar las decisiones médicas y las rutinas del tratamiento, enfrentando mis propios miedos sobre el bienestar de mi padre.

Además, me encontré con la resistencia del equipo médico en algunas ocasiones, que parecía haber perdido la esperanza. El dilema moral fue cómo gestionar esas diferencias de opinión sin perder el enfoque de que el bienestar del paciente debía ser lo primordial, aun cuando la situación parecía estar fuera de control.

Sin embargo, mi intervención constante y el seguimiento cercano de mi padre, asegurando que los tratamientos y la ventilación mecánica fueran correctamente ajustados, fueron clave en su recuperación. Este desafío no solo cambió mi vida personal, sino también mi perspectiva profesional sobre la importancia de brindar cuidados humanizados, personalizados y comprometidos con las necesidades emocionales y físicas de cada paciente.

Hoy, recuerdo esa experiencia con gratitud, pues me enseñó que el trabajo en equipo y la constante defensa de los derechos del paciente pueden marcar la diferencia, y que, en la enfermería, la empatía y el cuidado integral son esenciales para salvar vidas.

Reflexión y Análisis

Impacto personal y profesional

Esta experiencia fue un punto de inflexión en mi vida, tanto personal como profesionalmente. Como hija de un paciente crítico y como enfermera, me vi desbordada por la carga emocional de la situación, pero también fortalecida por la capacidad de aplicar mis conocimientos y habilidades para garantizar el bienestar de mi padre. Aprendí que la enfermería no solo es una cuestión de procedimientos técnicos, sino también de empatía, comunicación efectiva y la importancia de ser un defensor del paciente en todo momento.

Desde un punto de vista personal, esta vivencia me acercó más a la realidad de lo que sienten los pacientes y sus familias. Me permitió experimentar el proceso de cuidado de una manera completamente diferente a la que normalmente se vive desde el rol profesional. Vi de cerca el miedo, la incertidumbre y la desesperación de los pacientes, así como la fuerza interna que a menudo surge en situaciones tan extremas.

Profesionalmente, la experiencia reafirmó la importancia de ofrecer un cuidado integral, que abarque no solo los aspectos físicos del paciente, sino también su bienestar emocional y psicológico.

Relación con la literatura

Esta vivencia se alinea con varios enfoques teóricos y estudios previos en el ámbito de la enfermería. Jean Watson en su teoría del Cuidado Humano (2012), refiere que el cuidado humanizado y la conexión emocional entre enfermera y paciente son fundamentales para promover la curación integral, ya que el cuidado no es solo un acto técnico, sino un acto relacional que involucra afectividad, empatía y respeto por la dignidad del ser humano. Según la autora, el cuidado no es solo un acto técnico, sino un acto relacional que involucra afectividad, empatía y respeto por la dignidad del paciente. La relación enfermera paciente es un pilar fundamental para facilitar la curación, y esto lo viví a través de mi contacto constante con mi padre, buscando generar un entorno de confianza y apoyo.

Además, el modelo de enfermería basado en la evidencia (Benner, 2001) resalta la importancia de la evaluación continua y el ajuste de los planes de cuidado de acuerdo a las respuestas del paciente. En este caso, la flexibilidad en la intervención, como la decisión de controlar la sedación y la ventilación mecánica de acuerdo a la estabilidad del paciente, estuvo alineada con este modelo, mostrando la importancia de una evaluación constante y el ajuste de las decisiones clínicas para garantizar el mejor resultado para el paciente.

El cuidado holístico también estuvo presente durante toda la experiencia, ya que el cuidado de mi padre no se centró solo en tratar su enfermedad, sino en abordar sus

emociones y necesidades psicológicas, físicas y sociales. La literatura respalda que los cuidados holísticos pueden tener un impacto positivo en la recuperación de los pacientes, promoviendo no solo la curación física, sino también el bienestar mental.

Jean Watson (2008) resalta que el cuidado debe ser transpersonal y humanizado, considerando al ser humano como un todo, lo cual se alinea perfectamente con la noción de cuidado holístico. Esta obra es fundamental en el ámbito del cuidado holístico y respalda que atender las dimensiones física, emocional, espiritual y social del paciente mejora los resultados en salud y el bienestar general (Dossey, 2016). Este artículo analiza cómo el enfoque holístico en enfermería puede influir positivamente en la recuperación y satisfacción del paciente, al integrar aspectos emocionales y sociales en el plan de cuidados. (McEvoy, 2008).

Lecciones aprendidas

Esta experiencia me enseñó lecciones valiosas que son transferibles a cualquier situación de cuidado. Primero, aprendí la importancia de la comunicación efectiva. Informar a la familia sobre la condición de un ser querido en estado crítico es una tarea desafiante, pero esencial. La claridad y la compasión con la que se comunica la información pueden hacer una gran diferencia en el manejo emocional de los familiares y en el proceso de toma de decisiones.

En segundo lugar, entendí que, como enfermeras debemos defender al paciente, no solo en términos de tratamiento médico, sino también en cuanto a su bienestar emocional y psicológico. En ocasiones esto puede significar cuestionar decisiones o pedir cambios, como lo hice al pedir autorización para permanecer junto a mi padre y asegurarme de que se tomaran las decisiones más apropiadas para su recuperación.

Por último, la experiencia confirmó que el cuidado centrado en el paciente es fundamental. No solo se trata de administrar medicamentos y realizar procedimientos, sino de ver al paciente como un ser humano completo, con emociones, miedos y deseos, que necesita no solo atención física, sino también apoyo emocional y psicológico.

Estas lecciones son aplicables a cualquier situación en la que los pacientes estén vulnerables y enfrentando situaciones de incertidumbre. No importa si se trata de una pandemia o de un problema de salud común, las emociones, el cuidado holístico y la comunicación son elementos esenciales en cualquier proceso de cuidado de enfermería.

Conclusiones

La experiencia narrada refuerza la importancia del cuidado humanizado en la práctica enfermera, destacando que más allá de los procedimientos técnicos, el componente emocional y empático es fundamental para la recuperación y el bienestar del paciente. A través de la conexión constante y la vigilancia atenta, los enfermeros no solo proporcionan cuidados médicos, sino que también brindan apoyo emocional y psicológico, elementos cruciales para enfrentar la adversidad de enfermedades graves y complejas, como lo fue el caso de mi padre.

Esta experiencia me enseñó que, en la enfermería, la empatía y el compromiso pueden influir significativamente en el pronóstico del paciente. En situaciones críticas, la atención no solo debe centrarse en la parte física, sino también en crear un entorno seguro, lleno de comprensión y apoyo. De esta forma, el paciente no solo se siente cuidado en su cuerpo, sino también en su dignidad como ser humano.

Cada persona merece respeto, atención digna y una enfermería que trascienda lo técnico. Al integrar las competencias profesionales con la empatía y la comprensión,

podemos ofrecer una atención que no solo cure, sino que también dé esperanza y calidad de vida, incluso en momentos de incertidumbre y crisis. Esta lección es esencial en la formación y práctica de cualquier profesional de la salud, recordándonos que nuestra labor no se limita a la administración de tratamientos, sino a la creación de un vínculo humano que promueva la sanación integral del paciente.

Referencias

- Benner, P., & Wrubel, J. (2001). *Clinical wisdom and interventions in critical care: A thinking-in-action approach*. Springer Publishing Company.
- Dossey, B. M., & Keegan, L. (2016). *Holistic nursing: A handbook for practice* (7th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- McEvoy, L., & Duffy, A. (2008). Holistic practice – A concept analysis. *Nurse Education in Practice*, 8(6), 412–419.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2007.10.002>
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring*. University Press of Colorado.
- Watson, J. (2012). *Human caring science: A theory of nursing*. Jones & Bartlett Learning.

Capítulo V. Más allá del cuidado: Humanidad en la enfermería “Cuidar no solo es sanar el cuerpo, sino también aliviar el alma”

Jimena Elizabeth Maldonado Galarza
Universidad Juárez del Estado de Durango

Resumen

Don Pedro, un hombre de 61 años, ingresó al hospital con complicaciones graves por COVID-19. Aunque la enfermera que relata la historia no estaba asignada a su cuidado, decidió acompañarlo debido a su conexión con la familia del paciente. En un entorno hospitalario despersonalizado por los protocolos de seguridad, Don Pedro experimenta angustia. Para aliviar su angustia, la enfermera le leyó cartas de su familia, llenas de amor y apoyo, y le ofreció consuelo con palabras y gestos de cercanía. A través de una metáfora de su vida como chofer, lo ayudó a visualizar un destino final de reencuentro y conexión. La reflexión central de este testimonio impacta la práctica de la enfermería al evidenciar que el cuidado humanizado transforma la experiencia del paciente y del profesional. La historia de don Pedro reafirma que la enfermería es una vocación que trasciende lo técnico y abraza lo humano, brindando bienestar no solo físico, sino también emocional.

Palabras clave: Cuidado humanizado, atención emocional, acompañamiento en el final de la vida.

Abstract

Don Pedro, a 61-year-old man, was admitted to the hospital with serious complications from COVID-19. Although the nurse telling the story was not assigned to care for him, she decided to accompany him due to her connection with the patient's family. In a hospital environment depersonalized by safety protocols, Don Pedro experiences anguish. To ease his distress, the nurse read him letters from his family, full of love and support, and offered comfort with words and gestures of closeness. Through a metaphor of her life as a driver, she helped him visualize a final destination of reunion and connection. The central reflection of this testimony impacts the practice of nursing by demonstrating that humanized care transforms the experience of both patient and professional. Don Pedro's story reaffirms that nursing is a vocation that transcends the technical and embraces the human, providing well-being not only physical but also emotional.

Keywords: Humanized care, emotional attention, support at the end of life

Introducción

La práctica de la enfermería no se limita a la ejecución de procedimientos clínicos, también implica brindar un cuidado integral que atienda las dimensiones físicas, emocionales y espirituales del paciente. La narrativa del caso clínico de Don Pedro (Hoy de feliz memoria, QEPD), es un testimonio que resalta la importancia de la humanización del cuidado en enfermería.

Esta historia es valiosa porque evidencia el impacto que una enfermera puede tener en la vida de un paciente más allá de los cuidados clínicos. En el caso de don

Pedro, el acompañamiento emocional, el contacto humano y la lectura de cartas de su familia fueron elementos esenciales para brindarle confort en su proceso de enfermedad. La experiencia narrada contribuye al conocimiento del cuidado enfermero holístico, que como bien lo indica Córdoba (2024), “El enfoque holístico en la práctica de Enfermería se centra en el cuidado integral del paciente, abordando no solo sus necesidades físicas, sino también sus dimensiones emocionales, sociales, espirituales y psicológicas” (p. 1); lo que invita al profesional de la enfermería a reflexionar en su práctica diaria que, el cuidado de los pacientes no solo refiere a que las y los enfermeros sean científicos, académicos o clínicos, sino que también se constituyen en verdaderos agentes de cambio, personas con un alto sentido humano y de servicio, sirviendo además, como basamento teórico. La postura de Guillaume et al (2005), que sostiene que “el cuidado humanizado en enfermería enfatiza la conexión con el paciente y la práctica de la compasión para promover la curación y el bienestar”, anteponiendo en su teoría del cuidado humano; refiere además, que el dominio de la enfermería es la aplicación del cuidado en el mantenimiento de la recuperación de la salud, así como el apoyo en el proceso en el fin de la vida y en el momento de la muerte, su teoría guía hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas.

En este sentido, la narrativa ilustra como la enfermera ayudó a don Pedro a enfrentar la situación con serenidad, facilitando su conexión espiritual; tal como lo menciona Martins AG Sousa et.al. (2022), en su teoría del confort, es importante que enfermería mire a la persona en el centro de los cuidados para determinar si hay malestar, observar qué factores lo desencadenan, dimensiones del confort que se encuentran afectadas, y las necesidades existentes para satisfacerlas; señala que es importante proporcionar confort al paciente en cualquier dimensión, sea física, emocional o

espiritual, contribuir a su bienestar en general y facilitar el proceso de sanación o en casos terminales facilita una muerte digna.

Por otra parte, la narrativa demuestra como la enfermera pudo sentir compasión para humanizar el cuidado cuando era difícil la interacción entre pacientes y profesionales de salud ya que se tenía que hacer uso de equipos de protección; como menciona Gasull (2005) la compasión como tal, consiste fundamentalmente en percibir como propio el sufrimiento ajeno, es decir, la capacidad de interiorizar el padecimiento del otro ser humano y vivirlo como si se tratará de una experiencia propia.

La reflexión en esta narrativa se respalda en teorías del cuidado en enfermería, recientemente Zambrano et al. (2025), señala ampliamente la teoría del cuidado humano, donde el objetivo de enfermería, según el enfoque de cuidados es mejorar la atención a las personas, su dignidad e integridad. En esencia, las enfermeras tienen un compromiso social de ayudar y enseñar a los individuos a alcanzar un alto nivel de bienestar y sanación, en el texto de esta narrativa se refleja la manera en que la enfermera no solo atendió las necesidades físicas de don Pedro, sino que también le brindó apoyo emocional y espiritual a través de la lectura de cartas y la comunicación no verbal.

El objetivo de esta narrativa es reflexionar sobre la importancia del cuidado humanizado en la práctica de enfermería realizando cuidados empáticos y holísticos.

Desarrollo de la narrativa

Don Pedro, era un paciente adulto de 61 años, de oficio chofer, que, ingresó al hospital por complicaciones de Covid. Al llegar al nosocomio requería de manera urgente de aporte de oxígeno, estudios de laboratorio, de gabinete y estabilizar el patrón respiratorio.

Yo no era la enfermera que estaba en esa área directamente proporcionando la atención, sin embargo, pude colaborar ya que solicité el permiso a mis jefes y a los compañeros del servicio de estar con el señor Don Pedro porque yo no solo era una enfermera, sino que era la amiga de su hija (una compañera de primaria) en la que en ese momento de tanta angustia y necesidad vio reflejada una figura de apoyo.

Al ingresar al servicio de cuidados respiratorios el paciente tenía mucho miedo, generalmente la primera impresión que tenían los pacientes al llegar al hospital era de mucha incertidumbre, creo que también para el personal de salud todo era incierto, dado que en ese momento no se conocía mucho sobre el manejo y la atención a pacientes con dicho padecimiento. Hasta cierto punto considero que era traumático el escenario, al llegar al hospital para recorrer los pasillos y proteger a los demás, debíamos de colocar al paciente en una capsula de traslado, el personal de camillería usaba un equipo protector, de igual forma el personal de intendencia que recorría el pasillo rociaba desinfectante para dejar limpias las áreas. Al llegar a la unidad del paciente, el personal de enfermería también recibía a los pacientes con un equipo de protección completo que impedía que las personas visualizaran su rostro, solo podían escuchar su voz y en algunas ocasiones esta se distorsionaba por el uso de mascarillas de protección, por tanto, el cuidado se despersonalizaba, los y las enfermeras tenían que estabilizar a los pacientes y realizar los cuidados requeridos en un tiempo mínimo para que ellos tampoco estuvieran expuestos a contagio.

En un primer momento fue difícil controlar el patrón respiratorio de don Pedro, se usaron puntas nasales, mascarillas con reservorio, torres de alto flujo, sin embargo, una vez que se estabilizó su función respiratoria puede percatarme que una de las necesidades principales del señor Pedro era saber de su familia; estaba inquieto por que

desde su ingreso perdió la comunicación, por tanto, la familia tuvo a bien escribir cartas y eso me motivó a entrar al cuarto aislado del paciente para ayudar con los cuidados y con autorización de la familia leer las cartas que amorosamente escribían para él. Fueron cartas llenas de palabras de ánimo, de amor y reconocimiento por el excelente trabajo que realizó como papá, abuelo, esposo, tío y trabajador. El señor Pedro presentaba dificultad para comunicarse de forma oral debido a la instalación de un CPAP, sin embargo, yo tomaba su mano y ese era su modo de comunicación, además de asistirme con la mirada.

Yo sentía una conexión especial con el señor Pedro, ya que mi papá también tiene el mismo oficio que él. Al conocer el pronóstico de su enfermedad, le pregunté que, si tenía miedo, a lo que él respondió que sí, la manera de calmar su temor fue por medio de las palabras. En una de las ocasiones que tuve la oportunidad de entrar al aislado de don Pedro, observé que se encontraba ansioso y me refirió sentir temor de lo que estaba viviendo; le dije que imaginara que estaba en uno de esos viajes donde el hacía lo que más le gustaba (manejar un autobús), que se visualizara en una carretera, recorriendo un paisaje hermoso, que pensara en que al llegar al destino se encontraría con las personas que tanto amaba. Respetando sus creencias le dije que yo suponía que durante sus viajes él tuvo muchas veces la oportunidad de comunicarse con el creador, y que esta era la oportunidad perfecta para que en ese viaje imaginario retomara la conexión con él, en ese momento la ansiedad y temor de Don Pedro disminuyeron y a su manera me agradeció por estar ahí.

Yo salí del cuarto aislado y pude comunicarle a la familia que don Pedro se encontraba delicado pero estable, como profesional al principio tuve temor, primero porque sabía que tal vez al entrar no era ético, porque era probable que mis jefes me

negarían el permiso de entrar, sin embargo me llegué a cuestionar: ¿podiera yo omitir el darle la oportunidad de saber por última ocasión todo el cariño que le enviaban a través de las cartas escritas?, si él tiene la oportunidad de no solo ser visto a través de un vidrio de aislado y poder tomar la mano de alguien para sentirse acompañado, ¿podiera yo negarle esa oportunidad?.

Pensé que una manera de dignificar a aquel paciente era verlo más allá de su condición de enfermedad, mirarlo como un todo y procurar su bienestar psicoemocional.

Finalmente, la situación de salud de don Pedro se complicó y trascendió de este mundo terrenal a el mundo espiritual un día sábado cuando yo no me encontraba laborando, la noticia de su partida sin duda causó un sentimiento de tristeza porque para mí era un apersona significativa.

Como enfermera rompió mi paradigma, al no haberme enfrentado antes a una situación como esta pensaba que el propósito de una enfermera era solo hacer cuidados orientados en la solución de problemas o resolver diagnósticos, sin embargo la oportunidad de ser la enfermera de don Pedro, me permitió ir más allá de las rutinas, logré darle cuidados que fomentaron el confort, seguridad y paz; él pudo darse cuenta que somos seres que trascendemos y el periodo de la enfermedad no solo fue de sufrimiento, sino la puerta en su recorrido al cielo a través del amor que estaba en cada una de las palabras que había en las cartas de los seres que más amaba.

No puedo hacer más que tener sentir gratitud por la satisfacción del deber cumplido con mi función como profesional, por haber elegido la carrera más bonita del mundo: la enfermería, que da la oportunidad de cuidar en todos los aspectos, no solo a quien está necesitado de resolver un problema sino también de poder modificar el entorno que los genera.

Reflexión y análisis

La experiencia narrada sobre el cuidado brindado a Don Pedro en el contexto de la pandemia de COVID-19 es una vivencia profundamente significativa, que resalta la importancia del cuidado holístico en enfermería. Este relato no solo evidencia la complejidad de cuidar a pacientes en situaciones críticas, sino que también exponen la dimensión humana y emocional del cuidado, un aspecto fundamental en la práctica.

El encuentro que tuve con Don Pedro, marcó un punto de inflexión en la concepción del cuidado enfermero. En un principio, como autora de la narrativa tenía una visión reduccionista de la enfermería, centrada en la resolución de problemas y la aplicación de intervenciones técnicas. Sin embargo, el acompañamiento a Don Pedro me permitió comprender que el cuidado enfermero va más allá de las intervenciones biomédicas. Se trata también de brindar apoyo emocional, confort y acompañamiento espiritual, respetando la individualidad del paciente y sus necesidades psicoemocionales.

Es importante mencionar que, en la narrativa que se presenta, se destaca que las intervenciones de comunicación con el paciente aislado, tales como cartas de familiares o video llamadas, mejoran la estabilidad emocional y reducen la ansiedad, como el caso de Don Pedro.

La principal lección aprendida en esta experiencia es que la enfermería no solo trata con enfermedades, sino con personas en su totalidad: cuerpo, mente y espíritu. Se evidencia la importancia de la empatía, la comunicación terapéutica y el acompañamiento emocional, especialmente en momentos de vulnerabilidad extrema.

Los elementos clave que pueden ser transferibles a otras situaciones de cuidado incluyen, en palabras de Rocha (2013, p. 88) , el hecho de que las enfermeras perciben

y entienden la comunicación verbal y no verbal como elemento clave no solamente para desarrollar el cuidado en sus aspectos técnicos, sino también para promover la relación enfermera-paciente. Demuestran que la oferta de palabras de confort, tranquilidad y apoyo emocional favorece el sentimiento de confianza explicitado en la Teoría Interaccionista y la formación del vínculo enfermera-paciente.

Por otra parte, otro tópico relevante, lo constituye la utilización de la inteligencia emocional que se expone en Watson (como se citó en Izquierdo, 2015), donde refirió que el objetivo de la enfermería consiste en facilitar la consecución por la persona de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma, que engendre procesos de autoconocimiento, respeto a uno mismo, auto curación y autocuidados. Finalmente, en cuanto al desarrollo profesional y personal, como lo refiere Carrillo (2013), “la enfermera(o) que desarrolla su labor en el área asistencial, cada vez que afronta una situación realiza un aprendizaje”, (p.342).

Conclusiones

Esta experiencia demuestra que la enfermería es una profesión que trasciende lo técnico y lo clínico, a incluir también el acompañamiento en los momentos más críticos de la vida de los pacientes. Don Pedro no solo recibió cuidados médicos, sino que fue visto, escuchado y acompañado, lo que le permitió encontrar paz en su proceso final. Esta vivencia transformó mi visión sobre la enfermería y reafirmó que las y los enfermeros tenemos el poder del cuidado humano en su práctica profesional.

Referencias

- Carrillo, A. (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Revista electrónica trimestral de enfermería. Enfermería Global*.
<https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/revisiones5.pdf>
- Córdoba Ruiz, E., Venegas Santistevé, C., Ibargüen Isaac, K., Sebastián y Buil, G., Piedrafita Erdociain, C., & García Bascuas, C. (2024). El enfoque holístico en la práctica de enfermería. *Ocronos: Revista Médica y de Enfermería*, 7(8), 1284. <https://revistamedica.com/enfoque-holistico-practica-enfermeria/>
- Gasull Vilella, M. (2005). *La ética del cuidar y la atención de enfermería* (Tesis de licenciatura, Universitat Oberta de Catalunya). Universitat Oberta de Catalunya.
<https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/1242/1/31802tfc.pdf>
- Izquierdo Machín, E. (2015). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(3).
<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/686>
- Martins, A. G., Sousa, P. P., & Marques, R. M. (2022). Confort: Contribución teórica a la enfermería. *Cogitare Enfermagem*, 27, e87724.
<https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.87724>
- Rocha Oliveira, T., & Faria Simões, S. M. (2013). La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: Una interpretación en Travelbee. *Enfermería Global*, 12(30), 76–90.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200005
- Zambrano Requelme, J. F. (Ed.). (2025). *Cuidado humanizado: La esencia de la enfermería*. Mawil Publicaciones de Ecuador.
https://mawil.us/repositorio/index.php/academico/catalog/book/146?utm_source=chatgpt.com

Anexo A

Con cariño y, un profundo respeto, comparto las imágenes del gran hombre que fue Don Pedro. (Con autorización de su hija)



Capítulo VI. La paradoja del cuidado: soy enfermera y olvide cuidar de mí. Narrativa introspectiva

Dulce Carolina Guzmán Pérez
Anyela Amaranhta Sosa Pérez
Universidad Juárez Del Estado De Durango

Resumen

La enfermería es más que una profesión: es un compromiso social basado en el amor y el cuidado. Sin embargo, los enfermeros a menudo olvidan su propia humanidad, priorizando siempre el bienestar del paciente sobre el propio. Esta narrativa refleja una vivencia personal y pone en evidencia la paradoja del cuidado: una contradicción entre la vocación de cuidar a otros y la tendencia a descuidarse a sí mismos. Aunque estamos formados para brindar atención de calidad, ese compromiso puede afectar nuestra salud física y mental. Es importante recordar que quienes cuidan también necesitan ser cuidados. Este mensaje busca generar conciencia entre los profesionales de la salud: el autocuidado no es egoísmo, sino una necesidad fundamental. Solo cuidándonos a nosotros mismos podremos seguir ejerciendo con amor, entrega y verdadero compromiso hacia los demás.

Palabras clave: Cuidado de enfermera, Autocuidado, Vocación en enfermería.

Abstract

Nursing is more than a profession: it is a social commitment based on love and care. However, nurses often forget their own humanity, always prioritizing the patient's well-being over their own. This narrative reflects a personal experience and highlights the paradox of caregiving: a contradiction between the vocation to care for others and the tendency to neglect oneself. Although we are trained to provide quality care, this commitment can affect our physical and mental health. It is important to remember that those who care also need to be cared for. This message seeks to raise awareness among healthcare professionals: self-care is not selfishness, but a fundamental need. Only by taking care of ourselves can we continue to practice with love, dedication, and true commitment to others.

Kerbords: Nursing Care, Self-Care, Nursing Vocation.

Introducción

La enfermería es una profesión que trasciende lo técnico y lo clínico; es un acto de entrega, vocación y amor por el cuidado. Sin embargo, en su ejercicio diario, los profesionales de enfermería suelen enfrentar una paradoja: cuidar con dedicación a los demás mientras descuidan su propio bienestar. Esta narrativa surge de la necesidad de visibilizar esa realidad, resaltando la importancia del autocuidado en quienes dedican su vida a la salud de otros.

Desde una perspectiva teórica, este relato se fundamenta en la teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, la cual destaca que el acto de cuidar debe ser recíproco y que

el bienestar del profesional es esencial para brindar un cuidado de calidad. Asimismo, se relaciona con la humanización en la atención en salud, que enfatiza la necesidad de reconocer a los enfermeros como seres humanos con límites, emociones y necesidades propias.

El objetivo de esta narrativa es generar una reflexión profunda sobre la cultura del sacrificio en la enfermería, sensibilizando a los profesionales sobre la importancia de equilibrar su compromiso con los pacientes y su propia salud física y emocional. Al compartir esta experiencia, se busca no solo visibilizar una problemática común en el ámbito de la salud, sino también fomentar cambios en la práctica profesional que permitan un ejercicio más sostenible del cuidado.

Desarrollo de la Narrativa

El compromiso social de enfermería es la obligación o la responsabilidad hacia la población y su bienestar. Siempre se nos ha enseñado que la enfermera debe estar dispuesta a el cuidado del paciente, priorizar, sobre todo, ser capaz de sobreponer al paciente sobre su vida, ser la persona que acompaña desde que inicia la vida hasta que está termina, estar en el primer y último aliento, acompañar en la risa de un niño y tomar la mano en el dolor de otro.

Por qué la enfermería es amor, es vocación y cuidado, Aunque en ocasiones se olvide que también somos personas y también necesitamos cuidados, infravaloramos nuestro dolor por cuidar el dolor de alguien más, tratamos de ocultar nuestra tristeza y siempre damos una sonrisa al que está mal, dedicamos nuestra vida al bienestar de alguien más, porque más que un compromiso social es el amor por el cuidado, sin importar sexo, edad, raza o religión, vamos a cuidar con el mismo amor.

Al elegir enfermería siempre te preguntan: ¿por qué decidió estudiar esta carrera? Y siempre existen vagas respuestas, la mía es sencilla; al estar parada en una cirugía no existe nada más, desaparece el mundo fuera de la sala, no existo yo, ni hay problemas, y mi mente no piensa en nada más, es el momento en que solo importa cuidar a mi paciente, ya que para alguien más es; un papá, una mamá, un esposo, un hermano o un hijo.

Yo sé que al entrar a una sala quirúrgica todos nos volvemos tan vulnerables y necesitamos a alguien que nos haga saber que estamos cuidados, que no estamos solos, y que todo va a estar bien, por eso elegí enfermería para ser esa persona, que se asegure que todo esté bien.

Pero hay días que no todo puede ir tan bien... ¿dolor? Me duelen mis piernas, claro estoy mucho tiempo de pie, claro que me duele mis piernas, eso no es importante estoy bien, claro que es más importante mi paciente que está en la mesa de cirugía luchando por sobrevivir. tomaré algún analgésico y seguiré. Al llegar a casa el dolor continúa y aumenta, debe ser el agotamiento después de una guardia de 12 horas, por que como una buena enfermera no es suficiente un solo trabajo, así que... sonrió y continuamos, buen día mi nombre es Anyela... y seré su enfermera el día de hoy ¿Cómo se siente? ¿de qué la vamos a operar? Tranquila yo estaré en su cirugía y no la voy a dejar solo, siempre acompañado a mis pacientes.

Pero el día continúa y nuevamente despertar 5:00 am, intentar levantarme ¿dolor? Pero ahora también me duelen mis manos, no me puedo concentrar en eso, -voy a bañarme ya me tengo que apurar intento abrirla, pero no puedo, es como si me hubiera quedado sin fuerza, no entiendo que pasa, lloro un poco y con dificultad me preparo para irme a trabajar. 7:00 am hora de entrar, como siempre mis dedos blancos por el frío, pero

estoy acostumbrada a eso. Con una sonrisa saludo a mis compañeros, me cambio para ingresar a quirófano, “¿todo bien?” me preguntan al ver que se me dificultan cosas cotidianas, pero la respuesta que todo enfermero dice es “tuve guardia pesada, pero todo bien, (aunque se me dificulta si quiera cargar mi charola), pero no importa no debo pensar en mí, mi paciente me necesita, la esperan en casa, debe ser que he cargado mucho instrumental pesado, pero todo está bien, no tengo tiempo de estar mal, debo estar concentrada y anticiparme al cirujano.

Al llegar a casa a las 22:00 hrs. después de dos jornadas laborales y quitarme el súper traje, digo súper traje por qué al usar uniforme la gente y uno mismo olvida que es humano. Así que volví a ser humano y comencé a sentir dolor nuevamente, caí rendida en mi cama, y solo intenté dormir. Al despertar noté ronchas por todo mi cuerpo, no entendía que pasaba, con mucho dolor y algo confundida, y nuevamente fui a el hospital. ¿Por qué? el poder de ser enfermera, aunque en momentos el dolor me alcanzaba sabía que alguien me necesitaba más. Aunque ahora el dolor se acompaña de temblor en mi mano y nauseas, sabía que algo no estaba bien, pero debe ser algo pasajero, “soy enfermera yo no me enfermo” ... o al menos eso creía.

El dolor me invadía cada día más, hubo días en los que no podía ocultar tal mal me sentía, cada paso como si mis piernas no pudieran sostenerme, mis manos eran un desastre no podía sostener si quiera un vaso de agua sin tener que poner mi máximo esfuerzo, tenía roncha en mi cuerpo, y cara, ya no estaba bien ni física, ni emocionalmente. Hasta que alguien me dijo “no, no puedes cuidar de otros, sin antes cuidar de ti misma” me gustaría decir que eso sucedió en una o dos semanas, pero no dure 4 meses con síntomas progresivamente, días malos y algunos no tanto, pero siempre siendo una buena enfermera. y es que conozco a muchos enfermeros que

caemos en la paradoja del cuidado, queremos cuidar a todo el mundo, por qué estamos en la línea de la vida y la muerte, bajo las sombras siempre acompañado, brindando una palabra de aliento, cuidando hasta el último respiro. Cómo no va a ser importante si eso es enfermería. Pero que no se nos olvide que también debemos cuidarnos, los enfermeros podemos estar enfermos y aun así cuidamos con el mismo amor y respeto, cuantas veces ni siquiera podemos caminar, pero si mi paciente me necesita correré hacia él. Pero tocó correr a salvarme a mí, me atendí médicamente y resulta que él “estoy bien” no era cierto, entendí eso, me cuido para poder cuidar a los demás, tengo Lupus Eritematoso sistémico, Artritis Reumatoide y Síndrome de Raynaud, y aunque es difícil, entendí que puedo ser ambos paciente y enfermera y que para ser enfermera debo estar bien como paciente, porque, aunque el hospital es mi segunda casa, pasamos la mayor parte del día en el hospital, muchas veces descuidamos nuestra vida personal, olvidando el autocuidado en nosotros mismo, las jornadas agotadoras, y el agotamiento mental, lo veo en mí y muchos más enfermeros.

Compañero enfermero, enfermera, te comparto un poquito de mi proceso, para que entiendas que está bien sentirse mal, que, aunque seas una luz para muchos, a veces necesitas ser una luz en tu vida, el tener el peso de enfermería es algo desgastante como gratificante, lo importante es no descuidar tu salud física y emocional.

“Las enfermeras tienen esa manera única e insaciable de cuidar de otros, lo que es una gran fortaleza y a la vez una debilidad” - Dr. Jean Watson.

Reflexión y Análisis

Impacto Personal y Profesional

La experiencia narrada refleja una realidad común en la práctica enfermera: el profundo compromiso con el cuidado de los demás, muchas veces a costa del propio bienestar. Este testimonio resalta el desgaste físico y emocional que puede generar la vocación de cuidar, evidenciando la necesidad de un equilibrio entre la entrega profesional y el autocuidado. En el plano personal, esta vivencia ha sido una lección de resiliencia, mostrando que incluso quienes dedican su vida al bienestar ajeno también necesitan ser cuidados. A nivel profesional, la historia enfatiza la importancia de reconocer los límites del cuerpo y la mente para garantizar un servicio de calidad sin comprometer la salud del cuidador.

Relación con la Literatura y Enfoques Teóricos

Desde una perspectiva teórica, esta experiencia se enmarca en la *Teoría del Cuidado Humano* de Jean Watson (2008), que considera el cuidado como una relación transpersonal y bidireccional. Esta visión sostiene que el bienestar del profesional es un componente fundamental para ofrecer una atención genuinamente compasiva y humanizada. El autocuidado, entonces, no es un acto de egoísmo, sino una necesidad ética y profesional.

Una interacción concreta que ilustra esta bidireccionalidad ocurrió mientras acompañaba a un paciente oncológico en etapa avanzada. En medio del silencio, él me dijo: “*A veces me pregunto quién cuida a quienes nos cuidan*”. Esa frase me conmovió profundamente, despertando conciencia sobre mi propio estado físico y emocional. En

ese momento, entendí que el vínculo terapéutico no solo es un canal de atención hacia el otro, sino también un espejo que nos invita a reconocernos y cuidarnos.

Este tipo de encuentros refleja lo planteado por Boykin y Schoenhofer (2001), quienes sostienen que el cuidado auténtico solo puede darse cuando ambas personas son reconocidas en su humanidad. Así, el espacio de cuidado se convierte en un proceso de crecimiento mutuo, donde el profesional también se transforma.

Por otra parte, desde la enfermería basada en la evidencia, se ha identificado que el agotamiento profesional o *burnout* representa una amenaza real para quienes trabajan en contextos asistenciales. Maslach y Jackson (1981) describen este síndrome como un estado de desgaste emocional, despersonalización y baja realización personal, que impacta negativamente tanto en el trabajador como en la calidad del cuidado que ofrece. Según Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), la falta de estrategias de autocuidado genera un círculo vicioso de sobrecarga, deterioro emocional y desconexión con el paciente.

Por ello, promover el autocuidado no solo favorece el bienestar del profesional, sino que garantiza la continuidad de una atención centrada en la persona, sustentada en la empatía, la presencia y la reciprocidad emocional.

Lecciones Aprendidas y Aplicabilidad

La historia relatada deja valiosas lecciones que pueden ser transferidas a múltiples contextos de cuidado, resaltando la importancia de una práctica más consciente, humanizada y sostenible:

1. **Autocuidado como prioridad** para ofrecer una atención de calidad, es esencial que los profesionales de enfermería reconozcan la importancia de su propio bienestar físico, mental y emocional. Watson (2008) sostiene que el cuidado auténtico requiere

una conexión profunda con uno mismo, y que el autocuidado es un acto ético necesario para sostener la capacidad de cuidar a otros con compasión. Estrategias como el descanso adecuado, el apoyo emocional y los hábitos saludables deben ser promovidos como prácticas regulares dentro de la profesión.

2. **Conciencia sobre el síndrome de burnout** El agotamiento profesional constituye una amenaza real en contextos de alta exigencia. Según Maslach y Jackson (1981), el burnout se manifiesta a través del desgaste emocional, la despersonalización y la disminución del logro personal. Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) indican que identificar precozmente estos síntomas y desarrollar programas institucionales de bienestar y salud mental son estrategias clave para prevenir este síndrome y proteger tanto al profesional como a la calidad de la atención.
3. **Cambio en la cultura del cuidado** La cultura tradicional del cuidado, centrada en la abnegación y la sobre entrega, requiere una transformación profunda. Boykin y Schoenhofer (2001) proponen una visión de la enfermería como un acto de cuidado mutuo, en el que se reconozca también la humanidad del profesional. Esta perspectiva impulsa una cultura donde se normalice el pedir ayuda, expresar emociones y reconocer los límites personales sin que ello sea interpretado como debilidad.
4. **Balance entre vocación y salud personal** La pasión por la enfermería no debe implicar el sacrificio de la salud individual. Watson (2008) remarca que solo cuidándose a sí mismo el profesional puede brindar un cuidado compasivo y sostenido. Lograr un equilibrio entre la entrega vocacional y el autocuidado es fundamental para sostener una trayectoria profesional saludable y evitar el desgaste temprano. En conclusión, esta reflexión destaca la importancia de replantear la

paradoja del cuidado en la enfermería, promoviendo una cultura donde el autocuidado sea un pilar esencial para garantizar una atención de calidad. Cuidar a otros no debe implicar descuidarse a uno mismo; al contrario, el bienestar del profesional de la salud es una condición necesaria para ejercer la enfermería con amor, entrega y excelencia.

Conclusiones

La experiencia narrada en este testimonio pone de manifiesto una de las paradojas más profundas de la práctica enfermera: el compromiso por cuidar puede transformarse en una fuente de desgaste si no se acompaña de estructuras que promuevan el bienestar del cuidador. Es fundamental comprender que el **autocuidado no puede recaer exclusivamente en la responsabilidad individual**, sino que debe ser **respaldado por una cultura organizacional saludable** y consciente.

Desde una perspectiva sistémica, es necesario repensar cómo las instituciones de salud organizan el trabajo del personal de enfermería, generando condiciones que prevengan el agotamiento físico y emocional, y favorezcan la sostenibilidad del rol profesional.

A continuación, se proponen algunas **recomendaciones clave**:

1. **Promover una cultura organizacional centrada en el bienestar del equipo** Las organizaciones de salud deben adoptar un enfoque que valore la salud emocional y física del personal como un recurso estratégico para la calidad asistencial. Esto implica normalizar el descanso adecuado, fomentar entornos psicológicamente seguros, y reconocer el sufrimiento emocional como parte del quehacer cotidiano (Gómez-Urquiza et al., 2017).

2. **Implementar políticas de prevención del burnout desde una perspectiva institucional** El síndrome de burnout en enfermería no es solo un problema individual, sino una consecuencia del modelo organizacional. Los hospitales deben incorporar programas permanentes de prevención del estrés laboral, acompañamiento psicológico, y reducción de cargas excesivas (Maslach & Leiter, 2016).
3. **Transformar la formación profesional y los liderazgos clínicos** Es imprescindible que tanto la formación inicial como la continua en enfermería integren contenidos relacionados con el autocuidado, el manejo emocional, y la resiliencia. Además, los liderazgos clínicos deben ejercer desde una lógica empática, promoviendo la escucha activa, la validación emocional y el apoyo entre pares (Cummings et al., 2018).
4. **Fomentar redes de apoyo y espacios de diálogo emocional** La creación de espacios regulares para el intercambio de experiencias, la expresión de emociones y el acompañamiento grupal favorece la contención mutua y previene el aislamiento profesional. Estos espacios fortalecen la cohesión del equipo y legitiman la necesidad de cuidado entre colegas (Boykin & Schoenhofer, 2001).
5. **Redefinir la vocación: de la entrega incondicional al equilibrio saludable** La narrativa heroica de la enfermería debe ser reemplazada por una ética del cuidado que incluya al profesional como sujeto merecedor de atención. Cuidar no debe implicar sacrificarse, sino encontrar un equilibrio entre compromiso y salud personal (Watson, 2008; Orem, 2001).

En suma, **el bienestar del personal de enfermería no debe entenderse como un privilegio, sino como una condición esencial para una atención segura, humanizada y sostenible**. La cultura hospitalaria debe evolucionar hacia modelos que

reconozcan la vulnerabilidad del cuidador como parte de su humanidad, promoviendo entornos donde cuidar y ser cuidado sean dos dimensiones igualmente valoradas.

Referencias

- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001). *Nursing as caring: A model for transforming practice*. Jones & Bartlett Learning.
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M., & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19–60.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.05.005>
- Gómez-Urquiza, J. L., De la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Prevalencia del burnout en enfermería de urgencias: una revisión sistemática con metaanálisis. *Revista Española de Salud Pública*, 91, e201703034.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Burnout at work: A psychological perspective*. Psychology Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.

Capítulo VII. Acompañamiento mutuo

María Cristina Corral Montoya
Universidad Juárez del Estado de Durango

Resumen

La enfermería es mucho más que una disciplina técnica; es un arte de conexión profunda con el ser humano. Cada día, nos enfrentamos a momentos en los que no solo ofrecemos cuidados físicos, sino que nos convertimos en portadores de esperanza, consuelo y humanidad. Cada gesto, cada palabra, cada acción, por pequeña que parezca, tiene el poder de transformar el día de un paciente, de darle luz en sus momentos más oscuros. En esta narrativa, se relata la experiencia con Isis, una niña que se encontraba en el área de pediatría quien nos enseña que el verdadero regalo que nos dan los pacientes no es material, sino emocional: nos enseñan a ser mejores seres humanos, a ser más empáticos, más atentos y más sensibles, y en el caso de una estudiante quien se encontraba angustiada, le brinda la seguridad y confianza que ella necesitaba.

Palabras clave: Enfermería, conexión profunda, consuelo, humanidad, empatía.

Abstract

Nursing is much more than a technical discipline; it is an art of deep connection with human beings. Every day, we face moments in which we not only provide physical care, but also become bearers of hope, comfort, and humanity. Every gesture, every word, every action, no matter how small, has the power to transform a patient's day, to bring light to their darkest moments. This narrative recounts the experience with Isis, a girl in the pediatrics ward who teaches us that the true gift patients give us is not material, but emotional: they teach us to be better human beings, to be more empathetic, more attentive, and more sensitive. In the case of a student who was distressed, they provide the security and confidence she needed.

Keywords: Nursing, deep connection, comfort, humanity, empathy.

Introducción

El contexto de esta narrativa radica en la experiencia de una estudiante de enfermería durante sus prácticas en el área de pediatría. En ella, se muestra la importancia del cuidado integral que va más allá de lo físico, abordando el aspecto emocional y psicológico de los pacientes, en este caso, una niña llamada Isis. La historia resalta la conexión profunda que se puede establecer entre un paciente y su cuidador, incluso en situaciones difíciles como las que vivía Isis, quien enfrentaba no solo su recuperación física, sino también preocupaciones familiares y emocionales.

La importancia de esta narrativa radica en cómo, a través de un simple gesto de empatía y apoyo, se puede marcar una diferencia significativa en la vida de un paciente. El impacto de la enfermería no se limita a curar el cuerpo, sino que también involucra la

comprensión y el acompañamiento emocional. Además, la historia subraya cómo un paciente puede influir positivamente en el profesional de la salud, proporcionando motivación y enseñanzas valiosas sobre la importancia de la conexión humana.

El testimonio de Isis, años después, al expresar su deseo de estudiar enfermería, resalta el poder de la influencia positiva que un cuidador puede tener en la vida de un paciente, incluso en un corto periodo de tiempo. Esta experiencia dejó una huella en la estudiante de enfermería, confirmando que la profesión no solo se trata de técnicas y conocimientos, sino también de humanismo, empatía y la capacidad de inspirar a otros a seguir el camino del cuidado y la sanación.

La teoría del Cuidado Humano de Jean Watson es una de las claves para lograr este desempeño. Su teoría guía hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas. Este compromiso ha de ser un factor motivador esencial en el proceso de cuidado. Según ella, la calidad de las intervenciones de la enfermera se basa en la participación de la enfermera-persona y del paciente-persona y en el conocimiento amplio del comportamiento humano, sus respuestas, sus necesidades, sus fuerzas y límites. Un saber reconfortar, tener compasión y empatía. (Mustard L W., *Caring and competency*, 2002)

Narrativa de enfermería

En mi cuarto semestre como estudiante de enfermería, tuve la oportunidad de realizar prácticas en el área de pediatría. Era diciembre, y el aire frío recorría los pasillos del hospital. En uno de mis recorridos por el área, conocí a Isis, una niña de 9 años, que, aunque parecía tranquila y cooperadora con el tratamiento, estaba atravesando por un momento difícil en su vida. Ella se encontraba en recuperación después de una

apendicetomía, y estaba acompañada de su mamá, quien la apoyaba constantemente, brindándole amor y seguridad.

Al acercarme a su cama, pude percibir una ligera tristeza en su rostro. Decidí acercarme con cautela, preguntándole si todo estaba bien o si necesitaba algo. Fue entonces cuando Isis compartió conmigo sus preocupaciones. Le dolía no poder estar en la escuela, ya que amaba estudiar y no quería retrasarse en sus clases. También le preocupaba no poder ver a su hermanito de un año, ya que su mamá estaba completamente dedicada a ella, mientras su papá trabajaba fuera de la ciudad. Las dificultades económicas y familiares pesaban sobre sus hombros, y se sentía culpable por ser una carga más para su familia. Su angustia se veía reflejada en sus ojos, llenos de inquietud y temor. Isis no solo temía por su salud, sino también por el bienestar de su familia.

Como estudiante, continuamente me sentía con miedo, insegura sobre si mis intervenciones eran suficientes o lo hacía bien. Mi papel en ese momento era ofrecer apoyo, pero me preguntaba si lo estaba haciendo correctamente. Estaba cansada, pues por la mañana trabajaba y por la tarde asistía a clases, y temía que los pacientes o el personal del hospital pudieran notar mi agotamiento. Sin embargo, traté de dejar a un lado esas dudas y enfocarme en lo que realmente importaba: Isis y su bienestar.

Con una voz suave y reconociendo sus temores, intenté tranquilizarla con ayuda de la madre. Le expliqué el motivo de mi presencia, asegurándole que estaba allí para brindarle todo el apoyo que necesitaba. Le dije que lo que había sucedido no era su culpa y que, aunque estaba en un proceso de recuperación, estaba rodeada de amor: su mamá la cuidaba con devoción y su hermanito estaba en buenas manos con su abuelita. También le hablé sobre cómo cuidar su herida y la importancia de moverse con

precaución, pero sin dejar de hacer pequeños movimientos que ayudaran a su recuperación. La animé a ponerse de pie, le enseñé los movimientos que podía hacer y, juntas, dimos algunos pasos por la habitación.

Al día siguiente, al volver a verla, noté un cambio. Su rostro ya no reflejaba tanto miedo, y al verme, sonrió. Esa pequeña sonrisa me llenó de satisfacción, pues sabía que mi intervención había tenido un impacto positivo en ella. Continué cuidando de Isis durante el resto del día, y al siguiente, fue dada de alta. Aunque me dio pena no haber podido despedirme, su partida me dejó una sensación cálida de haber hecho algo significativo.

Días después, un amigo me comentó que Isis era su prima y que, después de nuestra conversación, ella había hablado de mí, le mencionó mi nombre y me describió, y él supo que hablaba de mí. Isis le había pedido mi número de teléfono. Con gusto accedí a que se lo proporcionara. Me sentí muy contenta al saber que mi presencia había sido significativa para ella y que, a pesar de lo breve que había sido nuestro encuentro, había dejado una huella en su vida, y ella en la mía, pues me dio la confianza y seguridad de seguir con mis prácticas y mis estudios en la facultad.

Han pasado seis años desde ese día en pediatría, y a lo largo del tiempo hemos mantenido contacto. Isis me ha contado que ahora su sueño es estudiar enfermería, ya que a través de la atención y los cuidados que ella recibió, se dio cuenta del poder que tiene la enfermería en la recuperación de los pacientes. Me emocionó escuchar sus palabras, porque vi cómo de una experiencia difícil nació una motivación genuina para seguir el camino que ella ahora desea recorrer. La conexión que formamos en aquel frío diciembre parece haber dejado una impresión duradera, tanto en su vida como en la mía.

Aquella experiencia en pediatría no solo me brindó habilidades prácticas, sino que me permitió comprender más profundamente el impacto emocional que la enfermería puede tener en la vida de los pacientes y sus familias. La memoria de Isis, con su valentía y su lucha, sigue siendo un recordatorio constante de la importancia de la empatía, el cuidado y el apoyo emocional en el ámbito de la salud. Esos pequeños gestos de amor y comprensión, aunque a veces parezcan simples, son los que realmente marcan la diferencia en la vida de las personas. Y a través de ellos, aprendí que, como enfermera, no solo se trata de sanar el cuerpo, sino también de acompañar y aliviar el alma de quienes confían en nosotros.

Paradigma de Enfermería y la Visión del Mundo

Paradigma y visión	Transformación o simultaneidad hombre/entorno
Persona: holística unitaria y se identifica por sus patrones	Se refiere a Isis, la niña de 9 años a la que se proporcionó cuidados durante la práctica en pediatría. En este caso, la "persona" es el individuo que está recibiendo atención de enfermería, con sus necesidades físicas, emocionales y sociales.
Ambiente: ilimitado, es el conjunto del universo	En este caso, el entorno incluye el hospital, los pasillos fríos, la presencia de otros pacientes y personal médico, así como la situación familiar de Isis. La preocupación de Isis por no poder asistir a la escuela, las dificultades económicas y familiares, así como la presencia amorosa y constante de su mamá, son elementos que conforman el entorno que influye en su bienestar y en la atención que requiere.
Salud: valor, experiencia de cada persona. La enfermedad no existe como algo negativo	En esta situación donde la enfermedad o la lesión ya están presentes, la enfermera trabaja para facilitar la recuperación, no solo desde una perspectiva física, sino también considerando los aspectos emocionales y sociales de Isis
Cuidado	1. Bienestar físico: La enfermera se preocupa por el estado físico de Isis, asegurándose de que entienda cómo cuidar su herida y fomentando movimientos adecuados para su recuperación. 2. Bienestar emocional: Se aborda la preocupación emocional de Isis sobre su ausencia en la escuela y las responsabilidades familiares. La enfermera brinda apoyo emocional y establece un vínculo de confianza para aliviar sus inquietudes. 3. Contexto social: La historia revela los desafíos económicos y familiares de Isis, integrando el entorno social en la atención de enfermería. La enfermera reconoce la importancia del apoyo familiar y se asegura de que Isis se sienta respaldada. 4. Promoción de la salud a largo plazo: El impacto de la enfermería va más allá de la hospitalización, ya que la conexión establecida influyó en la elección futura de carrera de Isis, quien decide estudiar enfermería después de experimentar el impacto positivo de los cuidados enfermeros.
Enfermería: se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. La intervención supone respeto e interacción del que ambos se benefician para desarrollar el potencial propio.	La enfermera, en este caso la estudiante, juega un papel clave al proporcionar cuidado físico y apoyo emocional a Isis. La narrativa destaca la importancia de establecer un vínculo de confianza y proporcionar orientación tanto a la paciente como a su familia.
Elementos teóricos y filosóficos:	Teoría del cuidado Humano de Jean Watson. Jean Watson indica que el trabajo de enfermería se enmarca en tres aspectos; la protección, la mejora y la preservación de la dignidad humana. En su teoría transpersonal, habla de un cuidado que busca el equilibrio entre la mente, el cuerpo y el alma, para que los procesos de cuidado se den de manera integrada (Guerrero R., 2016)

Patrones de conocimiento

Empírico	Las intervenciones y el apoyo emocional que se proporcionaron, así como la enseñanza práctica sobre el cuidado de la herida y la importancia del movimiento. (Escobar, Sanhueza, 2018).
Personal	La inseguridad y dudas como estudiante de enfermería, hizo comprender al paciente como un todo, como si se tratara de una situación catártica creando una relación de confianza brindándole seguridad. (Duran de Villalobos, 2005).
Estético	Significa hacer lo que se debe hacer, en el momento preciso, logrando que el paciente y la enfermera tengan certeza de la bondad de la intervención, involucrando la habilidad de comunicar y conectar con Isis. (Duran de Villalobos, 2005)
Ético	Al establecer una relación de respeto, al considerar a Isis en su integridad y totalidad, mostrar sensibilidad en su situación y establecer un vínculo también con su mamá. (Escobar, Sanhueza, 2018).
Sociopolítico	El considerar el ambiente en el que se desenvuelve y a su familia, siendo esencial para entenderla en su totalidad. (Escobar, Sanhueza, 2018).
Integrativo	El ser humano es holístico, integrado, organizado y no reducible a sus partes, conllevando a que enfermería brinde atención a las personas de una manera integral porque no sólo cuidan un cuerpo enfermo físicamente, sino que reconocen la importancia e identifican los demás aspectos que pueden estar afectados como el psicológico, social y espiritual. (Bueno Robles, 2011).

Conclusiones

La práctica de la enfermería se puede entender como un acto profundamente humano, donde la relación entre el paciente y el profesional de la salud no solo se basa en la técnica, sino en una conexión emocional y ética que permite un cuidado integral del ser humano. La historia de Isis ilustra claramente la importancia del cuidado humanizado en enfermería, en el que no solo se atiende el cuerpo, sino que también se contempla la dimensión emocional y psicológica del paciente. Este tipo de atención es coherente con la filosofía de cuidado holístico que aboga por tratar al paciente en su totalidad, reconociendo no solo sus necesidades físicas, sino también sus preocupaciones emocionales, familiares y existenciales.

La enfermería, desde esta óptica, está estrechamente vinculada con el concepto de empatía, entendida como la capacidad de ponerse en el lugar del otro y comprender su sufrimiento. La enfermera o enfermero, al ofrecer apoyo emocional y escuchando activamente, ayuda a restaurar la dignidad del paciente, algo que se refleja claramente

en la relación entre la estudiante de enfermería e Isis. A través de la conversación, el consuelo y la enseñanza, la enfermera no solo está cuidando una herida física, sino también ayudando a sanar las emociones y el espíritu de Isis, lo que refuerza la idea de que la enfermería es un acto de amor y compasión.

Referencias

- Bueno Robles, Luz Stella. (2011). Ontological and epistemological aspects of the nursing views immersed in the professional work. *Ciencia y enfermería*, 17(1), 37-43. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000100005>
- Altamira-Camacho, Ramiro. (2023). Epistemología de la enfermería: de las visiones del mundo y su adecuación al método científico. *Temperamentvm*, 19, e14221. Epub 10 de abril de 2024. <https://dx.doi.org/10.58807/tmptvm20235776>.
- Durán de Villalobos, María Mercedes. (2005). La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichan*, 5(1), 86-95. Retrieved March 24, 2025, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100009&lng=en&tlng=es.
- Escobar-Castellanos¹, Blanca, & Sanhueza-Alvarado², Olivia. (2018). Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: estudio de revisión. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 7(1), 27-42. <https://doi.org/10.22235/ech.v7i1.1540>
- Guerrero R, Meneses M y Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015. *Rev enferm Herediana* 2016; 9(2):127-136.
- Mustard LW. Caring and competency. *JONAS Healthc Law Ethics Regul*. 2002 Jun;4(2):36-43. doi: 10.1097/00128488-200206000-00006. PMID: 12042678.

CASOS CLINICOS DE ENFERMERIA.

Capítulo VIII. Intervención de enfermería a mujer post-operada de histerectomía abdominal.

Lorena Berenice Amparan Ochoa
María de los Ángeles Alarcón Rosales
Martha Cecilia Ramírez Ochoa

Universidad Juárez del estado de Durango (FAEO)

RESUMEN

La histerectomía abdominal total es una cirugía terapéutica, tiene por objeto la ablación del útero en totalidad o parcialmente por abdomen, existen referencia de dicho procedimiento que datan desde el año 120 a.c., sin embargo, es hasta 1988 que el Dr. H. Reich realizara la primera histerectomía laparoscópica; el procedimiento quirúrgico se elige dependiendo de factores y diagnósticos que presenten las pacientes. En el caso de enfermería, una de las funciones sustantivas es el cuidado de las personas en situaciones de salud o enfermedad, la práctica gira en torno a la valoración, diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas de las personas utilizando el proceso de enfermería como herramienta metodológica, en este sentido se presenta el caso de una mujer con miomatosis uterina cuya cirugía electiva para la resolución del diagnóstico es la histerectomía total abdominal. Bajo la visión del cuidado holístico y humanizado se aplicó el proceso de atención de enfermería para proporcionar cuidados y en colaboración con el equipo de salud se dio intervención a las respuestas fisiopatológicas, mismas que influyeron en resolución de problemas tales como dolor y deterioro de la integridad tisular y la prevención de otros como infección, caídas y hemorragias.

Palabras clave: Histerectomía, Miomatosis, proceso de enfermería, respuestas humanas.

ABSTRACT

Total, abdominal hysterectomy is a therapeutic surgery, its purpose is the ablation of the uterus in whole or in part by the abdomen, there are references of this procedure dating back to 120 BC, however, it is until 1988 that Dr. H. Reich performed the first laparoscopic hysterectomy; the surgical procedure is chosen depending on factors and diagnoses presented by patients. In the case of nursing, one of the substantive functions is the care of people in situations of health or disease, the practice revolves around the assessment, diagnosis and treatment of human responses of people using the nursing process as a methodological tool, in this sense the case of a woman with uterine myomatosis whose elective surgery for the resolution of the diagnosis is total abdominal hysterectomy is presented. Under the vision of holistic and humanized care, the nursing care process was applied to provide care and in collaboration with the health team, intervention was given to the pathophysiological responses, which influenced the resolution of problems such as pain and deterioration of tissue integrity and the prevention of others such as infection.

Key words: Hysterectomy, Myomatosis, nursing process, human response.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía una intervención quirúrgica cuyos primeros registros relacionados con dicho procedimiento datan en el año 120 a. c. con Sorano de Efeso; sin embargo, es importante destacar que no fue hasta el año de 1988 que H. Reich realizara la primera histerectomía por vía laparoscópica (Arcos, Arcos y Flores, 2018).

En la actualidad la histerectomía ocupa el segundo lugar dentro de la cirugía mayor que se efectúa a las mujeres, y el tercero entre todos los procedimientos quirúrgicos, en Norteamérica en el 2017 se reportan más de 600 000 casos anuales, la mayoría relacionado a patologías benignas como dismenorrea, endometriosis, hiperplasia endometrial atípica prolapso uterino, entre otras. Si bien la mayoría de estas enfermedades no representan peligro para la vida de las mujeres, si puede afectar significativamente su calidad de vida, por lo tanto, los especialistas en ginecología optan por realizar algún tipo de histerectomía ya sea la vaginal, abdominal o la histerectomía laparoscópica (Clarke-Pearson & Geller, 2013; Monet, et. al, 2020). En Estados Unidos, estadísticamente se encuentra registrada como la cirugía no obstétrica en mujeres con una distribución del 56% vía abdominal, 20% vía laparoscópica, 19% vía vaginal y 5% mediante técnica robótica en patologías benignas (Cohen et al., 2014); en México se describe que la primera técnica laparoscópica se realizó a partir de 1989, sin realmente contar con una cifra total a nivel nacional. (Arcos, Arcos & Flores, 2018).

Aunque actualmente se han descrito diferentes subtipos para la realización de cada una de las técnicas que han sido bien documentados en el 2005 por Mettler, Ahmed y Schollmeyer (como citó Herraiz, 2015), es importante señalar que este tipo de procedimiento quirúrgico también es indicado en diagnósticos de patologías no benignas tales como el cáncer de endometrio, cáncer de ovario y cáncer de cérvix en estadio I (Arcos et al., 2018), no obstante, otros autores mencionan indicaciones distintas a las ya descritas tales como: cáncer de mama, miomatosis uterina con paridad satisfecha, torsión de útero grávido de grado avanzado, algunos casos de corioamnionitis graves, enfermedad concomitante que haga suprimir la función menstrual (Vega, et. al 2017);

entre los diversos factores que se encuentran asociados con el trans y posoperatorio están: el tamaño y el peso del útero, el índice de masa corporal y las comorbilidades, así como complicaciones se clasifican en trans y postoperatorias (Aurioles et al., 2024).

Li, Shen, Wang y Chu (2023), resaltan que aun con los beneficios que se pueden obtener con la histerectomía, es importante señalar que no solo pueden existir complicaciones fisiológicas durante el peri-operatorias si no también algunas alteraciones emocionales psicológicas al evento quirúrgico, de tal manera que es importante valorar previo, durante y posterior a la cirugía la experiencia de vida de estas mujeres para comprender sus emociones y necesidades y, de esta manera los cuidadores clínicos y sus familias tendrán bases orientadoras para mejorar sus estado de salud y calidad de vida.

Sin embargo, se puede resaltar que la mayoría de las pacientes se recupera por completo de la histerectomía. El periodo promedio de permanencia en el hospital después de la realización de la histerectomía es un promedio regular de 5 a 7 días refiriendo que la recuperación completa puede llegar a ser de dos semanas a dos meses (MedlinePlus, 2024).

Una de las funciones importantes de enfermería es el cuidado de las personas en situaciones de salud o enfermedad, cuya práctica enfermería gira en torno a la valoración, diagnóstico y el abordaje de las respuestas humanas de las personas familias y comunidades a problemas de salud o procesos vitales; utiliza el proceso de atención de enfermería (PAE) como herramienta metodológica y marco reflexivo para la aplicación de los conocimientos de enfermería, el cual abarca cinco etapas, valoración, diagnóstico, planeación, ejecución (implementación) y evaluación (NANDA Internacional, 2024).

En este sentido, se presenta un caso clínico de enfermería de una mujer a la cual se le realizó una histerectomía abdominal, el propósito es mostrar el cuidado de enfermería bajo una visión integral y humanizada del cuidado, aplicando proceso de enfermería como instrumento metodológico y científico de la práctica profesional. A través de la exposición del caso, se analizó la situación de la paciente desde una perspectiva holística, considerando aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales; se aplicaron las cinco etapas del proceso: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Se consideraron las taxonomías NANDA, NIC y NOC, como marco de referencia fundamental para la práctica de enfermería, lo que permitió identificar de manera precisa tanto las necesidades reales y potenciales de la paciente. A partir de esta evaluación, se logró la formulación estructurada de diagnósticos de enfermería específicos, garantizando un abordaje integral y personalizado. Asimismo, se diseñaron e implementaron intervenciones de enfermería fundamentadas en evidencia científica disponible, asegurando que cada acción estuviera alineada a estándares de calidad y seguridad en el cuidado de la salud. Finalmente, se llevó a cabo un proceso sistemático de evaluación de los resultados obtenidos, con el propósito de medir el impacto de los cuidados brindados, identificar oportunidades de mejora y proponer ajustes según la evolución clínica y las necesidades individuales de la mujer, promoviendo así una atención continua y efectiva.

Descripción del caso clínico

Mujer de 47 años edad, procedente de la ciudad de Durango, Dgo., con escolaridad secundaria, divorciada y religión católica. Se encuentra hospitalizada desde 06 octubre 2024, con 3 días de hospitalización en el servicio de ginecología y obstetricia.

Antecedentes Heredofamiliares

Carga genética para DM2 y HTA por parte de sus padres y abuelos.

Antecedentes personales no patológicos

Refiere vivir en casa donde se tiene acceso a todos los servicios básicos, cuenta con tres habitaciones compartidas para tres personas, como actividad económica refiere ser encargada de un negocio de comida y al cuidado de los hijos; su higiene es adecuada, se baña y cambia de ropa diariamente; cepillado de dientes tres veces por día. En cuanto a su alimentación, comenta que consta de tres comidas fuertes, en ocasiones son únicamente dos por la carga laboral; considera su dieta adecuada en cantidad y calidad; consumo de carne cuatro veces por semana, frutas y verduras diariamente, legumbres y cereales diariamente y azúcares y gaseosas se limita de 2 a 3 veces por semana.

Antecedentes personales patológicos

Hipertensa desde hace tres años, tratamiento farmacológico con losartan; niega tomar algún otro medicamento y manifiesta cumplir su régimen terapéutico.

Como antecedentes ginecológicos de importancia refiere dos cesáreas, la primera por placenta previa y la segunda por ruptura prematura de membranas.

Padecimiento actual

La paciente acude al servicio de tococirugía por episodios de hiperpolimenorrea desde febrero del presente año, con periodos de duración de 30 días sin descanso, se intensifica sintomatología en junio del mismo año con necesidad de legrado hemostático-biopsia y administración de paquete globular; continua manejo en el servicio de ginecología con Medroxiprogesterona de depósito con lo que se consigue mejoría parcial; actualmente se detecta miomatosis uterina refractaria a tratamiento hormonal por lo que se decide tratamiento quirúrgico definitivo.

Al momento del ingreso se encuentra asintomática, refiere escaso sangrado transvaginal, sin alguna otra sintomatología. Durante su estancia hospitalaria actual su tensión arterial se muestra elevada en algunas ocasiones, por lo que se sigue plan terapéutico prescrito con anterioridad, el resto de los signos vitales se encuentran dentro de parámetros normales; estudios de laboratorio normales.

En cuanto al tratamiento médico actual se administra por vía endovenosa solución fisiológica 1000 cc para 6 hrs; Medicamentos: Losartan 50mg vía oral (VO) cada 24 horas, Cefotaxima 1gr. Intravenosa y dosis única (IV-DU), Omeprazol 40 mg. IV DU, Metoclopramida 10 mg. IV DU.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

La valoración representa la primera etapa del PAE, constituye la base del cuidado holístico ya que desde que se recolecta la información de la persona se logra identificar

las necesidades y respuestas humanas y por consiguiente tomar decisiones para implementar intervenciones. Es importante resaltar que en la actualidad existen diversos modelos o perspectivas de cuidado holístico que son utilizados como guía para la recolección y organización de los datos (González y Castañeda, 2024). Para este caso en particular se utilizó como guía de recolección y organización de datos la perspectiva que utiliza la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA, 2021) para clasificar los diagnósticos enfermeros (Dominios y clases de la Taxonomía II de NANDA-I), los cuales se describen a continuación:

DOMINIO I. PROMOCION DE LA SALUD

Clases: Toma de conciencia y gestión de la salud

La Sra. considera su estado de salud regular, menciona conocer los signos de alarma por los cuales acudir al servicio de urgencias e intenta mantener los síntomas de la enfermedad dentro de los límites esperados, por lo que accedió a la cirugía y expresa atención especial en los cuidados postquirúrgicos para que su recuperación sea exitosa. Niega toxicomanías o alguna adicción; en cuanto a sus hábitos de higiene, refiere baño diario, y manifiesta que es parte del cuidado de la herida quirúrgica, de igual manera refiere cepillando de dientes tres veces al día.

DOMINIO II. NUTRICIÓN

Clases: Ingestión, Digestión, Absorción, Metabolismo e Hidratación

Actualmente la dieta prescrita es indicada para persona con hipertensión, refiere que se esfuerza por comer todo lo que se le ofrece en el hospital y mantenerse, hidratada bebiendo mínimo 1lt de agua diario. Al examen físico se observa: mucosas se encuentran hidratadas, sonrosadas, piezas dentales completas sin presencia de caries.

DOMINIO III. ELIMINACION

Clase 1 Sistema Urinario

Genitales íntegros con adecuado aseo; durante la cirugía se instaló sonda vesical la cual fue retirada si complicación; micción de 4 veces por día, orina de color amarillo paja, con olor característico.

Clase 2 Sistema Gastrointestinal

En un día refiere de 2 a 3 evacuaciones de color café, pastosas sin signos de infección, sin dificultad para evacuar, peristaltismo presente y canalización de gases.

Clase 3 Sistema Tegumentario

Su temperatura se encuentra dentro de parámetros normales.

Clase 4 Sistema Pulmonar

Respiración eupneica, campos pulmonares limpios y bien ventilados, adecuado intercambio de gases (saturación de oxígeno dentro de los parámetros normales)

DOMINIO IV. ACTIVIDAD Y REPOSO

Clase 1 Reposo y Sueño

La paciente comenta no tener dificultad para conciliar el sueño, duerme entre 6-8 horas, menciona estar durmiendo en pausas por encontrarse dentro de un ámbito hospitalario y que la cama le parece incomoda, además de tener presencia de dolor al moverse.

Clase 2 Actividad / Ejercicio

Deambula de forma lenta debido a la cirugía; en cuanto a las actividades de autocuidado ella toma sus alimentos por sí misma; el baño lo realiza en regadera con apoyo, de igual manera el vestido de ropa.

Clase 4 Respuestas Cardiovasculares/Respiratoria

Se utilizó anestesia por bloqueo regional, sin ninguna complicación, sale con puntas nasales con oxígeno suplementario a 3lts/min como recuperación. Actualmente no utiliza ningún soporte ventilatorio. Frecuencia cardiaca de 90 por minuto, rítmica; respiración de 20 por minuto, rítmica y abdominal. Llenado capilar 2 seg., presión arterial de 120/80mmHg.

DOMINIO V. PERCEPCION COGNITIVO

Clase 2 Orientación

Paciente consciente, tranquila y orientada en tres esferas, sin signos deterioro neurológico.

Clase 3 Sensación / Percepción

Refiere dolor moderado, con una intensidad de 6/10 en la escala de EVA, relacionado con el procedimiento quirúrgico realizado. Pupilas isocóricas, normo reflectas, reactivas a la luz.

Clase 4 Cognición

Memoria a corto y largo plazo normal; reconoce los cuidados de la herida. Escala de Glasgow 15

Clase 5 Comunicación

Se comunica de manera clara sin presencia de algún problema en el habla, lenguaje fluido y congruente con un tono tranquilo y una velocidad normal.

DOMINIO VI. AUTOPERCEPCION

Muestra una actitud positiva (alegría y aceptación) ante la enfermedad y el procedimiento quirúrgico que se le realizó; sin embargo, en ocasiones menciona sentirse triste y un poco

ansiosa, con la autoestima un poco baja por que no va a poder tener su útero funcional, además refiere miedo de presentar complicaciones como hemorragias o inicio de síntomas de menopausia temprana.

DOMINIO VII. ROL/RELACION

Existe coherencia en su comportamiento con relación a su edad, sexo y escolaridad.

Al ser jefa de hogar, está en trámite para su incapacidad laboral. Comunicación asertiva con el personal de salud.

DOMINIO VIII. SEXUALIDAD

Su menarca fue a la edad de 12 años, comenta que por ciclo sangra 4 días de manera normal, su último papanicolaou fue realizado en octubre de 2023 con resultados sin alteraciones, su fecha de última menstruación fue el 02/10/2024; refiere dos embarazos los cuales fueron por cesárea.

DOMINIO IX. AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS

Clase 1 Respuesta postraumática

La paciente ha tenido una buena respuesta física y mental ante la situación que la llevo a la cirugía, presta especial atención en las explicaciones de los cuidados que tendrá que hacer en su domicilio, su familiar acompañante también está recibiendo información acerca de los datos de alarma y cuidados postquirúrgicos y los cuidados posteriores al alta médica.

DOMINIO X. PRINCIPIOS VITALES

Sus prácticas religiosas no interfieren en ninguno de los cuidados ni procesos que ha tenido durante su estancia hospitalaria.

DOMINIO XI. SEGURIDAD /PROTECCIÓN

Presencia de herida quirúrgica en abdomen la cual se encuentra limpia y sin datos de infección, Sin embargo, presenta riesgo de diversas complicaciones postquirúrgicas, entre ellas: riesgo de caídas, debido a posibles efectos secundarios de la anestesia o analgesia, riesgo de infección de la herida quirúrgica, asociada a la exposición de los tejidos y la manipulación quirúrgica y riesgo de sangrado por la posible alteración en los mecanismos de coagulación.

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de enfermería es la segunda etapa del PAE, implica la identificación de las respuestas que presenta la persona ante la situación de salud o enfermedad. Las respuestas humanas (es decir los diagnósticos de enfermería) ocupan un lugar destacado como elemento único de la profesión de enfermería en un contexto interdisciplinario representado en el juicio clínico de las enfermeras (González y Castañeda, 2024). En el cuadro 1 se resalta el proceso que se realizó para el razonamiento diagnóstico.

Cuadro 1. Razonamiento diagnóstico

Datos significativos Agrupados (evidencia)	Identificación del diagnóstico de enfermería y/o PI	Análisis deductivo (patrones o dominios y clases involucrados)
Presencia de herida quirúrgica en abdomen	Deterioro de la integridad tisular Riesgo de infección	Dominio II Nutrición Dominio III Eliminación
Presencia de dolor por procedimiento quirúrgico	Dolor agudo Fatiga	Dominio VIII Sexualidad Dominio V Percepción / Cognitivo
Presencia de sangrado transvaginal de leve a moderado	Riesgo de shock	Dominio XI Seguridad / protección
Tensión arterial por encima de parámetros normales	Riesgo de deterioro de la función cardiovascular	Dominio IV Actividad/ reposo

Fuente: elaboración propia.

PLANEACIÓN

La etapa de planeación es la tercera etapa del proceso de enfermería, consiste en establecer prioridades, resultados de enfermería e intervenciones de enfermería, es decir diseñar un plan de cuidados específicos para resolver, prevenir o disminuir los problemas encontrados emitidos a través del diagnóstico de enfermería (González y Castañeda, 2024). A continuación, se presenta en los cuadros 3, 4 y 5 un resumen de los planes de cuidado.

Cuadro 2. Plan de cuidado de enfermería 1

Nombre: C D A M Edad: 47 Años Diagnóstico de enfermería 00239 Riesgo de deterioro de la función cardiovascular relacionado con hipertensión y sangrado transvaginal leve a moderado. Intervención 1.- 6680 Monitorización de los signos vitales 2.- 2380 Manejo de la medicación Actividades a) Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda. b) Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial. c) Monitorizar la presión arterial después de que el paciente tome las medicaciones. d) Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales. e) Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente. 2. a) Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. b) Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. c.) Controlar el cumplimiento del régimen en la medicación. d) Animar al paciente a realizarse análisis para determinar los efectos de la medicación. Criterio de resultado: Según los indicadores que se utilizaron para la evaluación NOC, se observa un resultado positivo ya que después de las intervenciones y realizar las siguientes evaluaciones el valor de las escalas fue en aumento cumpliendo con los criterios de resultados. 0401 Estado circulatorio Indicadores: 040146 Fuerza del pulso radial izquierdo 040137 Saturación de oxígeno 040151 Relleno capilar 040101 Presión arterial sistólica 040102 presión arterial diastólica EVALUACIÓN La primera evaluación se realiza el 07/10/2024 con una puntuación en escala de LK de 20 puntos, el resultado esperado con esta intervención es de 25 puntos, se realizan evaluaciones subsecuentes hasta el día del alta médica
--

Fuente: elaboración propia

CUADRO 3. *Plan de cuidado de enfermería 2*

Nombre: C D A M Edad: 47 Años
Diagnóstico de enfermería 00044 Deterioro de la integridad tisular relacionado con procedimiento quirúrgico manifestado por destrucción tisular.
Intervención 3660 Cuidados de las heridas Actividades a) Desplegar los apósitos y el esparadrapo. b) Monitorizar las características de la herida incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. c) Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario. d) Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida. e) Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida. f) Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. g) Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje. h) Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. i) Ayudar al paciente y a la familia a obtener material. j) Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida. k) Enseñar al paciente los signos y síntomas de infección Criterio de resultado: Según los indicadores que se utilizaron para la evaluación NOC, se observa un resultado positivo ya que después de las intervenciones y realizar las siguientes evaluaciones el valor de las escalas fue en aumento cumpliendo con los criterios de resultados. 1102 Curación de la herida: por primera intención Indicadores 110201 Aproximación cutánea 110204 Secreción sanguinolenta de la herida 110208 Eritema cutáneo circundante 110210 Aumento de la temperatura cutánea 110211 Olor de la herida Evaluación: La primera evaluación se realizó el 07/10/2024 con una puntuación en escala de LK de 9 puntos, el resultado esperado con esta intervención es de 25 puntos, se realizan evaluaciones subsecuentes hasta el día del alta médica.

Fuente: elaboración propia

CUADRO 4. Plan de cuidado de enfermería 3

Nombre: C D A M Edad: 47 Años
Diagnóstico de enfermería 00132 Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos manifestado por cambio en parámetros fisiológicos, autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas.
Intervención 1.-1400 Manejo del dolor 2.- 2210 Administración de analgésicos Actividades a) Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. b) Explorar con el paciente los factores que alivian/ empeoran el dolor. c) Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos. d) Seleccionar y desarrollar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor, según corresponda. e) Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. 2. a) Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. b) Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. c) Comprobar el historial de alergias a medicamentos. d) Elegir la vía IV en lugar de IM para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor, cuando sea posible e) Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor intenso. Criterio de resultado: Según los indicadores que se utilizaron para la evaluación NOC, se observa un resultado positivo ya que después de las intervenciones y realizar las siguientes evaluaciones el valor de las escalas fue en aumento cumpliendo con los criterios de resultados. 1605 Control del dolor Indicadores 160501 Reconoce factores causales 160502 Reconoce el comienzo del dolor 160503 Utiliza medidas preventivas 160507 Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario 160511 Refiere dolor controlado Evaluación: La primera evaluación se realiza el 07/10/2024 con una puntuación en escala de LK de 21 puntos, el resultado esperado con esta intervención es de 25, se realizan evaluaciones subsecuentes hasta el día del alta médica.

Fuente: elaboración propia.

EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

La ejecución es la cuarta etapa del PAE implica la implementación de las intervenciones establecidas en el plan de cuidado; la evaluación corresponde a la quinta etapa del PAE y es una fase continua de cada una de las etapas del PAE, específicamente, continua a las intervenciones implementadas y de la consecución de los resultados identificados (NANDA, 2024).

CONCLUSIÓN

Debido a los diagnósticos previamente mencionados en el presente trabajo, resulta de suma importancia destacar que el cuidado de las respuestas humanas es la base del

quehacer profesional, si bien es importante como profesionales considerar el diagnóstico médico y en este caso la intervención quirúrgica, no hay que perder de vista que enfermería tiene un enfoque de cuidado holístico

Como se logró observar en esta situación, el utilizar el Proceso de Atención Enfermería, como instrumento metodológico permitió, valorar a la mujer considerando los aspectos físicos, emocionales y sociales, identificar las principales respuestas humanas a través de los diagnósticos enfermeros, permitiendo priorizar las intervenciones considerando metas previas (criterios de resultado) y finalizar con una evaluación objetiva que determinó a través de diversos indicadores la resolución, prevención o disminución de los problemas encontrados.

Es necesario contar con un plan seguimiento en los cuidados de enfermería en casa, así como mantener continuidad clínica y postoperatoria de las pacientes en quienes se realiza histerectomía, debido a que la mayoría de ellas posterior al procedimiento abandonan el seguimiento y los cuidados mediatos de enfermería, recurriendo a consulta solo cuando presenta complicaciones.

Por ello, es fundamental fortalecer estrategias de seguimiento y educación en cuidados postoperatorios, asegurando que las pacientes reciben una atención integral y continua.

Referencias

- Arcos, B., Arcos, D., y Flores, G. A. (2018). Histerectomía total laparoscópica por miomatosis uterina. Diferencias entre la cirugía abierta frente a laparoscópica. A propósito de un caso. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Vol. 61, n.o 2.
- Auriolos, L. D., Pedraza, L. A., López, J. C., y Gómez, P. F. (2024). Epub 04-Oct-2024. Tendencias de la histerectomía y riesgo de complicaciones. Ginecol. obstet. Méx. vol.92 no.7

- Arcos, B., Arcos, D., Flores, G. A., Flores, R., y Gustavo, A. (2018). Histerectomía total laparoscópica por miomatosis uterina. Diferencias entre la cirugía abierta vs laparoscópica. A propósito de un caso. *Rev. Fac. Med. (Méx.)* [online], vol.61, n.2, pp.29-36. ISSN 2448-4865.
- Bulechek, G., y Butcher, H. (2020). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* 7 ed. ELSEVIER España..
- Clarke-Pearson, D. L., y Geller, E. J. (2013). Complications of hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology*, 121(3), 654–673.
- Fernández, M., Yadiel, E., Cora, A., Hernández, C., y Fundara, M. (2020). Histerectomía video laparoscópica. *Revista Cubana de Cirugía*, 59(3) de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932020000300002&lng=es&tlng=es.
- González-Quirarte, NH., y Castañeda-Hidalgo, H., (2024). *Proceso de enfermería*. ELSEVIER. España.
- Herraiz, J. L., Lluca, J. A., Colecha, M., Catala, C., Oliva, C., Serra, A., y Calpe, E. (2015). Histerectomía total laparoscópica: estudio descriptivo de la experiencia en el Hospital Universitario General de Castellon. *Prog Obstet Ginecol.*; 58(10):441-445.
- Li, N., Shen, C., Wang, R., y Chu, Z. (2023). The real experience with women's hysterectomy: A meta-synthesis of qualitative research evidence. *Nurs Open*. 10(2):435-449. doi: 10.1002/nop2.1348. Epub 2022 Sep 7. PMID: 36071582; PMCID: PMC9834517.
- Martínez LaQuita, MD, Emory Johns Creek Hospital, Alpharetta, GA, Also reviewed by C. Dugdale David, MD. Department of Obstetrics and Gynecology, 3/31/2024 Medical. Histerectomía - Serie—Cuidados postoperatorios. https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_presentations/100029_4.htm
- Moorhead, S. y Swanson, E. (2018). *Clasificación de resultados enfermería (NOC)* 6ª ed. ELSEVIER. España.
- MedlinePlus en español Bethesda Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) (2024, 31 mar).Histerectomía - Serie—Cuidados postoperatorios Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_presentations/100029_4.htm
- NANDA Internacional, Inc. (2021). *Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2021-2023*. 12ª edición. ELSEVIER. España.
- NANDA Internacional, Inc. (2024). *Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2024-2026*. 13ª edición. ELSEVIER. España.
- Vega, G., Bautista, L. N., Rodríguez, L. D., Loredó, F., Vega, J., Becerril, A., y Barros, S. (2017). Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México. *Rev. chil. obstet. ginecol.* vol.82 no.5

Capítulo IX. Manejo Integral de un Paciente con Choque Séptico en Terapia Intensiva

Benjamín Algarate Serrano
Mónica Gallegos Alvarado

Universidad Juárez del Estado de Durango

RESUMEN

Dentro de la enseñanza clínica se atendió el caso de una persona adulta en estado crítico en la unidad de terapia intensiva, con diagnóstico médico de choque séptico y postoperatorio de neumonectomía, atendido en el Hospital Nuevo Gómez Palacio. Se aplicó la valoración por clases y dominios, siguiendo las fases del proceso enfermero mediante NANDA-I, NOC y NIC, lo que permitió formular diagnósticos, establecer resultados, definir intervenciones y medir indicadores de atención. El juicio clínico del personal de enfermería es fundamental para evaluar las necesidades del paciente, priorizándolas con base en la pirámide de Maslow y resaltando el papel esencial de la enfermera en el manejo del paciente crítico. Los diagnósticos prioritarios identificados fueron: disminución del gasto cardíaco, limpieza ineficaz de las vías aéreas y exceso de volumen de líquidos. El perfil de la enfermera especialista en medicina interna y terapia intensiva se basa en el desarrollo de criterio clínico para el diagnóstico y control de funciones fisiológicas de soporte vital en pacientes inestables, permitiendo manejar crisis y proporcionar medidas de confort al paciente crítico. Las principales intervenciones de enfermería incluyeron manejo de líquidos, monitorización de signos vitales, terapia intravenosa, aspiración y manejo de vías aéreas, así como vigilancia de la integridad cutánea. El shock séptico representa una condición potencialmente mortal caracterizada por una disfunción orgánica profunda, en la que la atención de enfermería especializada es esencial para la pronta identificación de complicaciones y la optimización integral de las intervenciones centradas en el paciente, como lo respalda la evidencia actual.

Palabras clave: choque séptico, proceso enfermero, cuidado de enfermería, plan de cuidados.

ABSTRACT

Within the clinical teaching, the case of an adult in critical condition was treated in the intensive care unit, with a medical diagnosis of septic shock and postoperative pneumonectomy, treated at the Nuevo Gómez Palacio Hospital. The assessment by classes and domains was applied, following the phases of the nursing process using NANDA-I, NOC and NIC, which made it possible to formulate diagnoses, establish results, define interventions and measure indicators of care. Clinical judgment by nurses is critical to assessing patient needs, prioritizing them based on Maslow's pyramid and highlighting the essential role. The priority diagnoses identified were: decreased cardiac output, ineffective airway clearance, and excess fluid volume. The profile of the specialist nurse in internal medicine and intensive care is based on developing clinical judgment for the diagnosis and monitoring of vital support physiological functions in unstable patients, allowing them to manage crises and provide comfort measures to the critically ill patient. The main nursing interventions included fluid management, vital sign monitoring, intravenous therapy, aspiration and airway management, as well as monitoring skin integrity. Septic shock represents a life-threatening condition characterized by profound organ dysfunction, in which specialized nursing care is essential for the prompt identification of complications and the comprehensive optimization of patient-centered interventions, as substantiated by current evidence.

Keywords: septic shock, nursing process, nursing care, care plan.

INTRODUCCIÓN

Durante más de dos décadas, la sepsis se definió como una infección microbiana que produce fiebre (o hipotermia), taquicardia, taquipnea y cambios en los leucocitos de la sangre. Ahora se considera cada vez más que la sepsis es una respuesta inflamatoria e inmunitaria sistémica desregulada a la invasión microbiana que produce daño orgánico, por lo que las tasas de mortalidad están disminuyendo al 15-25%. (Hotchkiss, y otros, 2016)

El shock séptico se define como sepsis con hipotensión que requiere tratamiento vasopresor para mantener una presión arterial media superior a 65 mmHg y un nivel de lactato sérico superior a 22 mmol/L (18 mg/dL) tras una reanimación con líquidos adecuada. La pseudosepsis se define como fiebre, leucocitosis e hipotensión debidas a causas distintas a la sepsis. (Bokhari & Stuart, 2024)

El choque séptico es una complicación grave y potencialmente fatal de la sepsis, que ocurre cuando una infección desencadena una respuesta inflamatoria generalizada en el cuerpo, afectando la circulación sanguínea y la función de los órganos vitales. Desde la perspectiva de la enfermería, el manejo del choque séptico es un desafío multidisciplinario que requiere una intervención rápida, precisa y constante para salvar la vida del paciente.

El personal de enfermería juega un papel esencial en la detección temprana de los signos y síntomas de la sepsis y el choque séptico, así como en la monitorización continua del estado del paciente, la administración de tratamientos y la coordinación con otros profesionales de salud. Además, la educación y el apoyo emocional a los pacientes y sus familias son aspectos fundamentales en el proceso de atención, ya que el choque séptico no solo impacta al individuo, sino también a su entorno cercano. La capacidad

para reconocer y actuar de manera oportuna es crucial para mejorar los resultados y reducir la mortalidad asociada.

Para el desarrollo de este estudio de caso se utilizó una guía de valoración integral estructurada con base en la taxonomía II de la NANDA-I por dominios y clases, y adaptada al contexto clínico hospitalario. Esta herramienta fue elaborada por profesionales de enfermería con doctorado y maestría en ciencias de enfermería con especialidad en medicina interna y terapia interna que se desempeñan en el cuidado de enfermería al paciente crítico en terapia intensiva y/o área de medicina interna, trabajos dirigidos por J. Ernesto Rodríguez y Loreto (Grupo SOSAE), trabajo sin publicar. Lo que garantiza su validez clínica y pertinencia para el abordaje de pacientes críticos. La guía contempla los 13 dominios y sus respectivas clases, permitiendo una evaluación sistemática, objetiva y centrada en las necesidades reales y potenciales del paciente.

Dado que el paciente con choque séptico presenta alteraciones significativas en múltiples dimensiones del cuidado —como la perfusión tisular, el equilibrio de líquidos, la función neurológica, la integridad cutánea, el afrontamiento y la seguridad fisiológica—, esta valoración resulta fundamental. Su aplicación permite identificar oportunamente los diagnósticos de enfermería y priorizar las intervenciones de forma personalizada, con un enfoque holístico orientado tanto a la recuperación funcional como al bienestar emocional del paciente en estado crítico.

El propósito de este estudio es describir y analizar las intervenciones de enfermería basadas en evidencia que se aplicaron en el manejo del choque séptico en la terapia intensiva con la meta de mejorar la calidad de la atención.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente del sexo femenino, de 45 años de edad, con escolaridad de nivel medio superior (preparatoria) y estado civil casado. Su entorno familiar refiere la práctica de la religión católica. En los antecedentes heredofamiliares destaca la presencia de diabetes mellitus tipo 2 en su madre. Dentro de los antecedentes personales no patológicos, la paciente niega consumo de tabaco y sustancias psicoactivas. Refiere exposición crónica al humo doméstico durante su infancia y adolescencia, al utilizar estufa de petróleo y posteriormente leña como combustible para cocinar.

Su esquema de vacunación está incompleto y no cuenta con inmunización reciente contra la influenza. En cuanto a los antecedentes personales patológicos, su esposo refiere que la paciente presenta secuelas de tuberculosis pulmonar, con fibrosis pulmonar del lado derecho. Actualmente se encuentra bajo tratamiento médico con salmeterol/fluticasona (dos inhalaciones cada 12 horas) y acetilcisteína (600 mg cada 12 horas).

El padecimiento actual se remonta al mes de agosto de 2024, cuando inició con sintomatología respiratoria persistente. Posteriormente, fue diagnosticada con neumonía adquirida en la comunidad y tuberculosis pulmonar activa, que derivó en una neumonectomía derecha como medida terapéutica. El día viernes 14 de febrero del presente año, la paciente ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva en condición crítica, posterior al procedimiento quirúrgico.

A su ingreso, se encontraba bajo sedación profunda con infusión continua de propofol y midazolam, con una puntuación de -5 en la escala RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale), correspondiente a sedación no respondiente. El diagnóstico médico

actual incluye neumonía adquirida en la comunidad, tuberculosis pulmonar y estado postoperatorio de neumonectomía derecha.

Proceso de atención de enfermería

Resumen de la Valoración por dominios y clases.

- Dominio 1 Promoción de la salud

La pareja de la paciente nos comenta que las actividades que solía practicar la paciente era la caminar al menos 4 días a la semana para ayudar a mantener la salud, negando toxicomanías, alcohol y tabaco, refiriendo contar con el hábito de baño diario y aseo bucal como medidas personales higiénicas, no contando con un esquema de vacunación completa debido a no contar con la vacuna de la influenza, La casa donde reside es rentada y refiriendo contar con un entorno higiénico, tranquilo y contar con 2 perros con los que conviven.

- Dominio 2 Nutrición

La talla actual es de 1.55 mts, un peso actual de 91kg, un Índice de Masa Corporal de 37.9 contando con obesidad, en la actualidad la paciente cuenta con ayuno, al realizar una exploración física se observa la presencia de un estado dental deteriorado por la falta de higiene así como halitosis, en la dentadura se observa la presencia de 2 coronas en las piezas incisivas superiores, las encías se encuentran enrojecidas, la lengua con poca hidratación, los labios se encuentran agrietados por la poca hidratación, la piel la encontramos pálida con una temperatura fría y una turgencia deshidratada.

También podremos hacer énfasis en el edema en miembros superiores e inferiores con una escala de Godet II, cuenta con un drenaje torácico derecho y un acceso vascular de tipo Catéter de Inserción Central-Central (CICC) 7 fr.

- Dominio 3 Eliminación

Las características de la orina son de color amarillo pálido, olor imperceptible con una cantidad de 1800 ml en 24 horas teniendo una filtración de 0.8ml/kg/hr esto al cuantificarlo puesto que cuenta con una sonda vesical 16fr con un recambio de 15/02/25. Presentando estreñimiento al no evacuar durante 6 días, en la exploración física se puede percibir un abdomen blanco y una peristalsis disminuido. Presenta una temperatura de 36.8°C contando con una sudoración normal y unas pérdidas insensibles de 65.5 ml/hr en el momento de la entrevista. La paciente presenta a la auscultación pulmonar sonidos respiratorios adversos (Estertores), presencia de esputo, alteración en niveles de urea (47.8) y nitrógeno urémico (22).

- Dominio 4 Actividad y Reposo

Se encuentra bajo Sedación el paciente al momento de la entrevista. Cuenta con una limitación de movimiento y presenta reflejos tusígenos, así como dolorosos. La paciente cuenta con ventilación mecánica en la modalidad de asisto controlado por volumen con parámetros de Volumen tidal 380ml, FiO2 de 40%, PEEP de 5 y frecuencia respiratoria de 18 rpm, una temperatura de 36.8°C, tensión arterial 122/64 mmHg, presión arterial media 77mmHg, saturación de oxígeno 97% y un llenado capilar por superior a los 3 segundos.

- Dominio 5 Percepción / Cognición

Se encuentra sedada no es valorable las capacidades perceptuales

- Dominio 6 Auto percepción

No es valorable por la sedación de la paciente.

- Dominio 7 Rol / Relaciones

La información proporcionada por su esposo nos comenta que desempeña con el rol de cuidadora teniendo independencia física y psicosocial, pero dependiendo completamente de su esposo, en la estructura y rol familiar suele convivir con su esposo y sus hijos, al cuestionar sobre el ambiente familiar nos comenta que es bueno y su ocupación es de ama de casa teniendo congruencia de edad, sexo, peso, escolaridad, comportamiento y talla.

- Dominio 8 Sexualidad

Contando con un desarrollo adecuado en sus genitales no se cuenta con más información.

- Dominio 9 Afrontamiento tolerancia al estrés

Por el estado del paciente no se puede responder este dominio.

- Dominio 10 Principios vitales

Sus prácticas religiosas o ideas culturales no interfieren con su enfermedad.

- Dominio 11 Seguridad / Protección

Presenta riesgos de sufrir lesiones en: mucosas orales, integridad cutánea, asfixia, limpieza de vías aéreas y caídas.

- Dominio 12 Confort

No presenta evidencias de dolor. De acuerdo a la opinión del entrevistador cuenta con buenas características de ventilación, iluminación, amplitud y privacidad

- Dominio 13 Crecimiento / Desarrollo

El paciente pesa 91Kg, una talla de 1.55 mts y una edad de 30 años contando con congruencia entre edad, peso y talla. Su estado nutricional de acuerdo al IMC se encuentra con 37.9 teniendo con ello obesidad de grado II de acuerdo a la OMS.

Razonamiento diagnóstico de enfermería

- Dominio 2: Nutrición Clase 5 Hidratación

00026 exceso de volumen de líquidos relacionado con desviaciones que afectan la eliminación de líquidos manifestado por edema, sonidos respiratorios adventicios y azotemia.

- Dominio 3: Eliminación e intercambio Clase 2 Función gastrointestinal

00011 Estreñimiento relacionado con hábitos de estreñimiento inadecuado manifestado por incapacidad para defecar, disminución en la frecuencia deposicional y disminución del peristaltismo.

- Dominio 3: Eliminación e intercambio Clase 4 Función respiratoria

00030 Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con despeje de vía aérea manifestado por taquipnea, presencia de hipoxemia y color anormal de la piel

- Dominio 4 Actividad/Reposo Clase 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares

00029 Disminución de gasto cardíaco relacionado con alteración de la precarga y poscarga manifestado por aumento de peso, edema y prolongación del tiempo de relleno capilar

- Dominio 11: Seguridad/Protección Clase 2 Lesión física

00031 Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado con secreciones retenidas y mucosidad excesiva manifestado por ausencia de tos, presencia de hipoxemia y exceso de esputo.

00039 Riesgo de aspiración relacionado con reducción de conciencia y deterioro de la deglución

00046 Deterioro de la integridad cutánea relacionado con paciente en la unidad de cuidados intensivos manifestado por superficie alterada en la piel, hematoma y edema.

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada con edema y desequilibrio hidroelectrolítico.

Intervenciones de enfermería

En la planificación del cuidado, se priorizó el diagnóstico de enfermería **Disminución del gasto cardíaco** (NANDA-I), debido a que, aunque la paciente mantiene cifras tensionales dentro de rangos normales, se encuentra bajo tratamiento con vasopresores (norepinefrina), lo que indica compromiso hemodinámico.

En este contexto, las intervenciones de enfermería se centraron en la vigilancia continua del estado cardiovascular a través de la **monitorización de signos vitales (NIC 6680)**, el **manejo de líquidos (NIC 4120)** y la **terapia intravenosa (NIC 4200)**. Se realizó control riguroso del balance hídrico, con especial atención al desarrollo de edema relacionado con la administración de líquidos parenterales. Además, se efectuó auscultación respiratoria periódica para detectar la presencia de ruidos anormales que pudieran evidenciar sobrecarga de volumen o complicaciones pulmonares (ver Anexo 1).

El segundo diagnóstico priorizado fue **Limpieza ineficaz de las vías aéreas**, asociado al uso de una vía aérea invasiva. La intervención central en este caso fue el **manejo de la vía aérea artificial (NIC 3180)**, la cual se realizó bajo estrictas medidas de bioseguridad, incluyendo el lavado de manos y el uso de precauciones estándar. Se efectuaron aspiraciones de secreciones mediante sistema cerrado, con monitoreo

constante de la saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria y características de las secreciones. Estas acciones permitieron mantener la permeabilidad de la vía aérea y prevenir complicaciones respiratorias (ver Anexo 2).

El tercer diagnóstico abordado fue **Exceso de volumen de líquidos**, una condición relevante en pacientes críticos con múltiples infusiones intravenosas. La enfermería tiene un rol central en el control y administración de medicamentos diluidos en soluciones parenterales. Las intervenciones se orientaron al **manejo de la hipervolemia (NIC 4170)**, la **monitorización del equilibrio hídrico (NIC 4130)** y la **vigilancia de la integridad cutánea (NIC 3590)**. Se realizó pesaje diario de la paciente a la misma hora, monitoreo preciso de ingresos y egresos, y una valoración física dirigida a detectar la presencia de edemas, principalmente en zonas de declive. La integridad de la piel fue evaluada regularmente, considerando que el edema puede predisponer a lesiones por presión (ver Anexo 3).

Consideraciones Éticas

El presente estudio de caso fue desarrollado bajo principios éticos de respeto, confidencialidad y consentimiento informado. Se obtuvo la autorización verbal del familiar directo (esposo de la paciente), quien aprobó el uso de la información clínica para fines académicos y profesionales, con la condición de no incluir evidencia fotográfica de la paciente. Esta petición fue respetada en su totalidad, garantizando el anonimato y la privacidad conforme a lo establecido en la Ley General de Salud en Materia de Investigación y los lineamientos éticos de la profesión de enfermería.

Contexto del Caso

El caso clínico se desarrolló en el área de terapia intensiva del Hospital General Nuevo Gómez Palacio, ubicado en el estado de Durango, México. La atención se brindó específicamente en el cubículo de aislamiento número 3. Aunque se trata de un espacio reducido, cumple con las especificaciones establecidas por la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, que regula las condiciones de infraestructura y equipamiento necesarias para la atención de pacientes en unidades de cuidados intensivos.

Evolución del Paciente

Durante el desarrollo del proceso enfermero, se evaluaron los resultados esperados en función de los tres diagnósticos prioritarios previamente establecidos. La evolución clínica del paciente fue favorable, observándose mejoras significativas en los indicadores relacionados con la estabilidad hemodinámica, el equilibrio hídrico y la permeabilidad de la vía aérea.

En relación con el diagnóstico de **Disminución del gasto cardíaco**, la paciente presentó inicialmente una puntuación diana de 8 sobre 15 en los indicadores establecidos. Tras la implementación de intervenciones centradas en la monitorización hemodinámica, administración de líquidos y vigilancia del estado cardiovascular, se alcanzó una mejora con una puntuación final de 11 sobre 15 (véase Anexo 1).

Respecto al diagnóstico de **Limpieza ineficaz de la vía aérea**, al ingreso se identificó una puntuación diana de 4 sobre 10, asociada al uso de asistencia ventilatoria mecánica. Las intervenciones de enfermería, que incluyeron la aspiración de secreciones, la monitorización del patrón respiratorio y el manejo de la vía aérea artificial, permitieron una mejora a una puntuación de 6 sobre 10 (véase anexo 2).

Por último, en el diagnóstico de **Exceso de volumen de líquidos**, un problema crítico en estados de choque, se observó inicialmente una puntuación de 4 sobre 10. Las acciones implementadas —como el monitoreo estricto de ingresos y egresos, evaluación del edema y vigilancia del estado cutáneo— contribuyeron a una mejora documentada de 6 sobre 10 al término del turno de observación (véase anexo 3).

Estos resultados coinciden con hallazgos recientes sobre la atención de pacientes con choque séptico, que destacan la importancia de la intervención enfermera oportuna y sistematizada para favorecer la recuperación hemodinámica, respiratoria y metabólica (Ozen, 2024).

Discusión

El abordaje del choque séptico exige una comprensión profunda de la fisiopatología de la sepsis, así como de las herramientas diagnósticas actualizadas. En este sentido, es indispensable que el personal de enfermería se mantenga en formación continua para actualizar sus conocimientos sobre escalas clínicas como la transición de la valoración SOFA a qSOFA, la cual permite una detección rápida y oportuna de disfunción orgánica en pacientes con sospecha de sepsis (Dugar et al., 2020).

El manejo clínico del choque séptico es complejo e involucra diversas estrategias simultáneas. Como señala Teja et al. (2023), el tratamiento debe centrarse en la vigilancia de la presión arterial media, la administración adecuada de vasopresores y el monitoreo constante de la respuesta hemodinámica. En este contexto, el papel del profesional de enfermería es crucial para la implementación y supervisión de dichas medidas terapéuticas.

Por su parte, Acevedo et al. (2009) destacan la importancia de establecer diagnósticos de enfermería basados en las manifestaciones clínicas específicas del paciente, subrayando el rol activo del personal en la vigilancia de complicaciones y la toma de decisiones fundamentadas en la evaluación continua. Este enfoque permite brindar un cuidado más preciso, oportuno y seguro. Todo esto se destaca en el presente estudio de caso.

Conclusiones

La observación clínica sistemática constituye una de las funciones esenciales del profesional de enfermería en el contexto del paciente crítico. En este caso, el desarrollo del juicio clínico permitió identificar una **hipotensión compensada** por el uso de vasopresores, con una dosis elevada de norepinefrina (0.29 mcg/kg/min), lo cual representó un signo de alarma que requirió vigilancia intensiva.

Durante la valoración física cefalocaudal, se detectó **edema grado II** según la escala de Godet, así como la presencia de **estertores basales** en el pulmón derecho. Estas manifestaciones clínicas indicaron la necesidad de intervenir con aspiración de secreciones y monitoreo respiratorio. Dichas acciones contribuyeron a reducir la acumulación de secreciones y a mejorar el patrón ventilatorio de la paciente.

El **manejo hídrico** en pacientes con choque séptico representa un aspecto crítico debido a las alteraciones hemodinámicas propias del cuadro clínico. Si bien se logró un control parcial del estado de volumen, es fundamental mantener una supervisión constante, dado que la sobrecarga de líquidos es una complicación frecuente y potencialmente grave.

En resumen, el choque séptico es una condición clínica de alta complejidad caracterizada por disfunción orgánica progresiva. Su atención requiere cuidados de enfermería altamente especializados, enfocados en la detección temprana de signos de deterioro, la administración segura de líquidos y vasopresores, y la implementación de intervenciones oportunas. Este caso evidenció cómo la vigilancia, el juicio clínico y el enfoque holístico de la enfermería contribuyen a mejorar el pronóstico del paciente en estado crítico.

Referencias

- Acevedo Gamboa, F. E., Ortiz Suárez, C., & Díaz Álvarez, J. C. (2009). Intervención de enfermería en el paciente con shock séptico. *redalyc.org*. <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145220480003.pdf>
- Bokhari, A. M., & Stuart, M. (2023, February 3). Sepsis bacteriana: Fundamentos prácticos, antecedentes y etiología. *Medscape Reference*. Consultado el 29 de marzo de 2023. <https://emedicine.medscape.com/article/234587-overview#a1?form=fpf>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC) (6th ed.)*. Elsevier.
- Dugar, S., Choudhary, C., & Duggal, A. (2020). Sepsis and septic shock: Guideline-based management. *Cleveland Clinic Journal Of Medicine*, 87(1), 53–64. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.18143>
- Hotchkiss, R., Moldawer, L., Opal, S., et al. (2016). Sepsis and septic shock. *Nature Reviews Disease Primers*, 2, 16045. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.45>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2010). Diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/084GRR.pdf>
- Martin, P. (2024). 6 Sepsis nursing care plans. *Nurseslabs*. https://nurseslabs.com/sepsis-nursing-care-plans/#google_vignette
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes (6th ed.)*. Elsevier.
- NANDA International. (2021). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2021–2023 (12th ed.)*. Editorial Elsevier.
- Ozen, Z. (2024). Septic shock: Nursing diagnosis & interventions. *Nurse.com*. <https://www.nurse.com/clinical-guides/septic-shock/>

Teja, B., Bosch, N. A., & Walkey, A. J. (2023). How we escalate vasopressor and corticosteroid therapy in patients with septic shock. Chest. [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(22\)03887-9/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(22)03887-9/fulltext)

Anexos

Cuadro 1		UNIVERSIDAD JUAREZ DEL ESTADO DE DURANGO FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE DURANGO			
PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA/ Diagnóstico Médico: Neumonía Adquirida en la comunidad, Tuberculosis pulmonar y Postoperadas de Neumonectomía derecha.					
NOMBRE: A F Ana María			EDAD: 45 años		
1. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA					
00029 Disminución de gasto cardíaco relacionado con alteración de la precarga y poscarga manifestado por alteración de la presión arterial, edema y prolongación del tiempo y relleno capilar.					
2. RESULTADO ESPERADO			5. INTERVENCION		
0603 Severidad de la sobrecarga de líquidos Dominio 2: Salud fisiológica Clase G: Líquidos y electrolitos			1.- 4120 Manejo de líquidos 2.- 4200 Terapia intravenosa (i.v) 3.- 6680 Monitorización de los signos vitales.		
3. INDICADORES			6. ACTIVIDADES		
1.- Edema de manos 2.- Edema de pierna 3.- Estertores			1.- a) Realizar un registro preciso de entradas y salidas. b) Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial ortostática). c) Monitorizar signos vitales. d) Evaluar la ubicación y extensión de edema.		
4. ESCALA LK. 4.1 PONDERACION C DE R Puntuación Diana.			2.- a) Seleccionar y preparar la bomba de infusión. b) Vigilar el flujo intravenoso y el sitio de punción i.v durante la infusión. c) Observar si hay sobrecarga de líquidos y reacciones físicas.		
1	Grave				
2	Sustancial	1			
3	Moderado	2,3	1		
4	Leve		2,3		
5	Ninguno				
7. EVALUACION					
Fecha y hora	20/02/25 8:00	20/08/24 15:00			3.- a) Monitorización la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio. b) Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos. c) Monitorizar ruidos respiratorios. d) Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.
LK	8/15	11/15			
Evaluación Inicial: 8/15			Evaluación subsiguiente: 11/15		

Cuadro 2		UNIVERSIDAD JUAREZ DEL ESTADO DE DURANGO FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE DURANGO						
PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA/ Diagnóstico Médico: Neumonía Adquirida en la comunidad, Tuberculosis pulmonar y Postoperadas de Neumonectomía derecha.								
NOMBRE: A F Ana María			EDAD: 45 años					
1. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA								
00031 Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado con mucosidad excesiva manifestado por tos ineficaz, exceso de esputo y sonidos respiratorios adversos (Estertores)								
2. RESULTADO ESPERADO			5. INTERVENCION					
0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias Dominio 2: Salud fisiológica Clase E: Cardiopulmonar			1.- 3180 Manejo de las vías aéreas artificiales. 2.- 4130 Aspiración de las vías aéreas. 3.- 3140 Manejo de la vía aérea.					
3. INDICADORES			6. ACTIVIDADES					
1.- Ruidos respiratorios patológicos. 2.- Acumulación de esputos.			1.- a) Realizar el lavado de manos. b) Emplear precauciones universales. c) Comprobar la presión del globo cada 4-8 horas durante la espiración mediante una llave de tres vías, jeringa calibrada y un manómetro. d) Auscultar la presencia de sonidos pulmonares bilaterales después de la inserción y de cambiar la sujeción del tubo endotraqueal/de traqueostomía. 2.- a) Utilizar aspiración de sistema cerrado. b) Seleccionar una sonda de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal, cánula de traqueostomía o vía aérea del paciente. c) Monitorizar el estado de oxigenación del paciente, estado neurológico y estado hemodinámico inmediatamente antes durante y después de la succión. e) Comprobar el color, cantidad y consistencia de las secreciones. 3.- a) Eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante succión. b) Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal. c) Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación.					
4. ESCALA LK. 4.1 PONDERACION C DE R Puntuación Diana.								
1	Grave							
2	Sustancial	1,2						
3	Moderado					1,2		
4	Leve							
5	Ninguno							
7. EVALUACION								
Fecha y hora	20/02/25 8:00	20/02 /25 15:00						
LK	4/10	6/10						
Evaluación Inicial: 4/10			Evaluación subsiguiente: 6/10					

Cuadro 3				UNIVERSIDAD JUAREZ DEL ESTADO DE DURANGO FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE DURANGO						
PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA/ Diagnóstico Médico: Neumonía Adquirida en la comunidad, Tuberculosis pulmonar y Postoperadas de Neumonectomía derecha.										
NOMBRE: A F Ana María				EDAD: 45 años						
1. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA										
00026 Exceso de volumen de líquidos relacionado con desviaciones que afectan la eliminación de líquidos manifestado por edema y sonidos respiratorios adventicios										
2. RESULTADO ESPERADO				5. INTERVENCION						
0601 Equilibrio hídrico Dominio 2: Salud fisiológica Clase L: Líquidos y electrolitos				1.- 4170 Manejo de la hipervolemia 2.- 4130 Monitorización de líquidos 3.- 3590 Vigilancia de la piel						
3. INDICADORES				6. ACTIVIDADES						
1.- Ruidos respiratorios patológicos 2.- Edema periférico				1.- a) Pesar a diario al paciente a la misma hora y monitorizar las tendencias. b) Monitorizar la presencia de sonidos pulmonares adventicios. c) Monitorizar el edema periférico. 2.- a) Observar si hay manifestaciones de desequilibrio electrolítico. b) Monitorizar las entradas y salidas. c) Explorar las mucosas bucales, la esclera y la piel del paciente por si hubiera indicios de alteración del equilibrio hidroelectrolítico. 3.- a) Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. b) Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel c) Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.						
4. ESCALA LK. 4.1 PONDERACION C DE R Puntuación Diana.										
1	Grave									
2	Sustancial	1,2								
3	Moderado		1,2							
4	Leve									
5	Ninguno									
7. EVALUACION										
Fecha y hora	21/02/25 8:00	21/02/25 15:00								
LK	4/10	6/10								
Evaluación Inicial: 4/10				Evaluación subsiguiente: 6/10						

Capítulo X. Atención Primaria de Enfermería en Salud Mental a Persona con Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio de Caso

*Fatima A. Pulido Torres
María del Rosario Bernardo Constante
Universidad Juárez del Estado de Durango*

Resumen

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una condición psiquiátrica caracterizada por una marcada inestabilidad emocional, impulsividad y dificultades en las relaciones interpersonales, con una prevalencia estimada entre el 1.6 % y el 5.9 % en la población general. Las personas con este diagnóstico suelen mostrar una elevada dependencia de los servicios de salud mental, lo que pone de relieve el rol fundamental del profesional de enfermería para su abordaje terapéutico. Este estudio de caso clínico tiene como propósito describir la implementación de un Plan de Cuidados de Enfermería en una paciente de 21 años con diagnóstico de TLP. La intervención se orientó a promover la estabilidad emocional, el manejo de la ansiedad, el control de los impulsos y la reducción de ideación suicida, así como al fortalecimiento del apoyo familiar y social como componentes esenciales para la recuperación integral. La valoración enfermera, basada en los patrones funcionales de salud, permitió identificar alteraciones relevantes como antecedentes de consumo de sustancias, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, afrontamiento ineficaz, conductas autolesivas recientes e ideación suicida latente. Los resultados evidenciaron que las intervenciones de enfermería, adaptadas a las necesidades psicoemocionales de la paciente, promovieron estabilidad emocional, disminuyeron la ansiedad y redujeron conductas impulsivas y autolesivas. Además, la participación del entorno familiar fortaleció la red de apoyo, favoreciendo la adherencia al tratamiento y la prevención de recaídas. Estos hallazgos resaltan el papel fundamental de la enfermería en la atención de personas con trastornos mentales, destacando un enfoque integral, empático y continuo en el cuidado.

Palabras clave: Plan de Cuidados de Enfermería, Enfermería de Atención primaria, Trastorno Límite de la Personalidad.

Abstract

Borderline Personality Disorder (BPD) is a psychiatric condition characterized by marked emotional instability, impulsivity, and interpersonal difficulties, with an estimated prevalence ranging from 1.6% to 5.9% in the general population. Individuals diagnosed with BPD often exhibit high dependence on mental health services, highlighting the essential role of nursing professionals in their therapeutic management. This clinical case study aims to describe the implementation of a Nursing Care Plan in a 21-year-old female patient diagnosed with BPD. The intervention focused on promoting emotional stability, anxiety management, impulse control, and the reduction of suicidal ideation, while also strengthening family and social support as key components of comprehensive recovery. The nursing assessment, based on functional health patterns, identified relevant issues such as a history of substance use, low self-esteem, hopelessness, ineffective coping, recent self-injurious behaviors, and latent suicidal ideation. The results demonstrated that nursing interventions tailored to the patient's psycho-emotional needs effectively promoted emotional stability, reduced anxiety, and minimized impulsive and self-harming behaviors. Furthermore, family involvement strengthened the support network, enhancing treatment adherence and relapse prevention. These findings underscore the critical role of nursing in the care of individuals with mental health disorders, emphasizing an integral, empathetic, and continuous approach to care.

Keywords: Nursing Care Plan, Primary Care Nursing, Borderline Personality Disorder

Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una alteración psiquiátrica grave caracterizada por un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, la afectividad y el control de impulsos. Según el *DSM-5*, estos rasgos emergen en la adultez temprana y se manifiestan en distintos contextos de la vida diaria (American Psychiatric Association, 2013). La prevalencia del TLP oscila entre el 1.6 % y el 5.9 % en la población general, afectando predominantemente a mujeres, quienes representan cerca del 75 % de los diagnósticos. Su abordaje clínico se complejiza por la expresión sintomática cambiante y su impacto funcional.

Diversas investigaciones han documentado la alta comorbilidad del TLP con trastornos afectivos, alimentarios y por consumo de sustancias, los cuales tienden a manifestarse en la edad adulta (Herrera Huerta et al., 2022; Shah & Zanarini, 2018). La coexistencia de múltiples diagnósticos agrava el pronóstico y exige planes terapéuticos integrales, centrados en la persona. Bajo esta perspectiva, el involucramiento activo del paciente cobra relevancia. Sin embargo, persiste una tendencia en la práctica clínica a limitar su voz, bajo la premisa de una supuesta incapacidad para comprender o tomar decisiones informadas sobre su tratamiento.

Tradicionalmente, la atención psiquiátrica se ha enfocado en intervenciones dirigidas por el profesional, priorizando la reducción de síntomas y aplicando medidas de contención, lo que deja al paciente en un rol pasivo. En contraste, el enfoque contemporáneo en salud mental promueve un modelo de recuperación en el que la persona asume un papel protagónico en su proceso de cuidado. Este modelo propone la corresponsabilidad del paciente en la planificación del tratamiento, la definición de

objetivos terapéuticos y el desarrollo de habilidades de afrontamiento (Zaraza Morales & Contreras Moreno, 2020).

Algunos modelos, como la Teoría de la Marea (Tidal Model) de Phil Barker y el Modelo de Relación Persona a Persona de Joyce Travelbee constituyen referentes teóricos fundamentales para el ejercicio de la enfermería en salud mental. El Tidal Model plantea que la recuperación se construye a través del diálogo y la escucha activa, otorgando valor a la narrativa personal como herramienta terapéutica. En entornos comunitarios, este modelo permite abordar crisis emocionales como la ideación suicida desde un enfoque integral y humanista (Zaraza Morales & Contreras Moreno, 2020).

Por su parte, el Modelo de Travelbee enfatiza la relación interpersonal auténtica como base del cuidado terapéutico. La enfermera, mediante un vínculo humano y empático, ayuda al paciente a encontrar sentido en su experiencia de sufrimiento, ofreciendo acompañamiento, esperanza y validación emocional (Galvis López, 2015). Esta relación facilita la adherencia al tratamiento y potencia el proceso de recuperación, especialmente en personas con trastornos graves como el TLP.

Alineado con este marco conceptual, la valoración inicial constituye un elemento clave para comprender de manera integral el estado actual del paciente. Para ello, en el presente estudio de caso se empleó la guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, reconocida por facilitar una exploración holística del estado de salud. Según Arroyo Lucas et al. (2018), esta herramienta permite recopilar de forma lógica e interrelacionada información biológica, psicológica, social y espiritual tanto del paciente como de su familia y entorno, favoreciendo intervenciones más efectivas y centradas en las necesidades humanas esenciales, ya que ello y su concepción influyen en la calidad de vida, la salud enfermedad y el logro de su potencial humano a lo largo del tiempo. La

aplicación de esta metodología no solo permitió identificar alteraciones relevantes, sino también establecer un plan de cuidados individualizado que responda a la complejidad del TLP.

Con base en lo anterior, el presente estudio de caso tiene como propósito describir la implementación de un Plan de Cuidados de Enfermería aplicado en atención primaria a una persona con diagnóstico de TLP. Dicho plan se centra en la estabilidad emocional, el control de impulsos, la prevención de la ideación suicida, el fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento y el apoyo familiar y social. Se espera que esta intervención estructurada y fundamentada en teorías del cuidado y en una valoración integral favorezca una recuperación sostenible, mejorando la calidad de vida del paciente desde un enfoque centrado en la persona.

Descripción del Caso

Historia clínica

L.E.G. es una femenina de 21 años con Trastorno Límite de la Personalidad, la cual el día 09 de agosto 2024, es acompañada por personal de centro de rehabilitación a un Hospital de Salud Mental en Jalisco donde fue hospitalizada por manifestar cuadro depresivo persistente que ha evolucionado durante al menos 3 meses, exacerbado por estresores psicosociales y dinámica familiar complicado, presenta múltiples tentativas suicidas en el centro (ahorcamiento) y cortes en el antebrazo. Egresa el día 30 de agosto del 2024 con Fluoxetina 60 mg al día, Olanzapina 30 mg al día, clonazepam 8 mg al día.

Patrón de comportamiento

Desde la infancia, ha mostrado un comportamiento desadaptativo caracterizado por baja tolerancia a la frustración, impulsividad y conductas autolesivas. Ha sufrido acoso escolar

y abuso sexual, lo que ha influido en su salud mental significativamente. Sus relaciones interpersonales han estado marcadas por violencia física y psicológica.

Antecedentes Personales

L.E.G. Tiene un hijo de 4 años que vive actualmente con sus abuelos maternos, es la segunda de 3 hijos, padre y madre vivos con nula conciencia de situaciones patológicas evidentes, antecedentes de trastornos mentales y suicidio en familia materna. Con múltiples ingresos al centro de rehabilitación, enfrentando un historial de consumo de sustancias y conductas delictivas.

Salud: Traumatismo craneoencefálico graves a los 20 años por violencia familiar, abuso sexual en la infancia y negligencia parental. Uso prolongado de alcohol, tabaco, cristal (metanfetaminas), desde los 13 años. Atención en servicios de salud mental desde hace 9 meses.

Resumen de Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales de Salud

Patrón 1. Percepción- Manejo de la salud,

Tiene un historial significativo de consumo de sustancias: metanfetaminas y alcohol desde los 10 años aproximadamente. Aunque tiene un conocimiento parcial sobre su condición mental, muestra interés por aprender técnicas de autocontrol y se identifica con un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad del cual desconoce bastante información.

Patrón 2. Nutricional- Metabólico

L.E.G. pesa 65.4 kg, talla de 1.53 m, índice de masa corporal elevado; IMC de 27.8, lo que indica sobrepeso. Su alimentación consiste en tres comidas diarias (sin equilibrio nutricional adecuado), anteriormente ha experimentado atracones y vómitos, lo que

sugiere problemas relacionados con la ingesta y la regulación de su alimentación.

Patrón 3. Eliminación

Refiere características normales en micciones, evacuaciones blandas y lisas en referencia a escala Bristol, solo una vez al día.

Patrón 4. Actividad- Ejercicio

En términos de actividad y ejercicio, realiza una hora de ejercicio de lunes a viernes, sin embargo, se detecta que no se describe un objetivo específico para dicha actividad.

Patrón 5. Sueño- Descanso

Reporta 9 horas de sueño continuo, pero experimenta cansancio al despertar, somnolencia diurna y pesadillas nocturnas relacionadas con abuso sexual, lo que puede interferir con su bienestar general.

Patrón 6. Cognitivo- Perceptual

L.E.G. Se encuentra orientada en persona, tiempo y situación. Ha experimentado anteriormente voces de comando que la incitan al suicidio, aunque actualmente no se manifiestan alteraciones sensorio-perceptivas, refiere presencia de pensamientos intrusivos de vivencias traumáticas durante el día. Alteración en la memoria reciente, sin alteración en lenguaje, sin dificultad para la comprensión, ni expresión verbal y escrita. Sin alteración en escala PAINAD.

Patrón 7. Autopercepción – Autoconcepto

Durante su infancia (en la escuela) fue objeto de burlas por su apariencia física, lo que ha afectado su autoimagen. Actualmente, se autodescribe como "chaparrita, de pelo corto, gordita y bonita", pero revela una percepción negativa de su cuerpo, manifestando no sentirse cómoda con su imagen, lo cual sugiere insatisfacción y baja aceptación corporal, signos de inferioridad. Aunque no refiere presiones externas

significativas, muestra preocupación constante por su hijo, lo que contribuye en su estado emocional. Experimenta baja autoestima y antecedentes de episodios depresivos, anhedonia.

Patrón 8. Rol - Relaciones

Persona con dependencia económica y una relación familiar tensa y disfuncional debido a la falta de comprensión sobre el padecimiento de L.E.G. caracterizada por conflictos frecuentes e invalidación emocional. Alteración en escala social percibida y resultado de disfunción familiar en la Escala Apgar Familiar. Los miembros de la familia presentan frustración emocional. Cuenta con amistades que también enfrentan problemas de adicción, lo que genera preocupación sobre la percepción que su familia tiene de ella.

Patrón 9. Sexualidad – Reproducción

Con de abuso sexual en la infancia y edad adulta, antecedentes de abortos sin atención médica. Su ciclo menstrual es irregular y no utiliza métodos anticonceptivos, antecedentes de prácticas sexuales sin protección y estado de intoxicación.

Patrón 10. Adaptación – Tolerancia al Estrés

Con ansiedad moderada de acuerdo con la Escala Hamilton, enfrenta desencadenantes relacionados con pensamientos negativos y preocupaciones sobre su hijo. Conductas autolíticas recientes, habiendo presentado un intento de suicidio durante la última semana, con control parcial de los impulsos. Teniendo como resultado ideación suicida activa, con planificación y comportamiento suicida previo en Escala de Severidad Suicida (Columbia). Utiliza estrategias como “mojarse la cara, para controlar su ansiedad”, aunque su efectividad es parcial. Los sentimientos de culpa, miedo y baja autoestima son relevantes en situación actual.

Patrón 11. Valores – Creencias

L.E.G. se identifica con creencias relacionadas con la Santa Muerte y manifiesta sus metas personales, como terminar la preparatoria y desarrollar un negocio de uñas sin embargo tiene dificultad para la toma de decisiones y estructurar planes a corto, mediano o largo plazo. Reconoce su enfermedad como depresión y trastorno límite de la personalidad, lo que indica una cierta orientación de su condición sin embargo manifiesta no conocer detalles de esta.

Diagnósticos de Enfermería

00146. Ansiedad. Relacionado con estresores, necesidades no satisfechas. Manifestado por: expresar ansiedad por los cambios en los eventos de la vida, expresa angustia, verbaliza hormigueo en las extremidades.

NOC

1402. Autocontrol de la ansiedad. Valoración en la escala tipo Likert (siendo 1 nunca demostrado y 5 siempre demostrado)

Indicadores con Puntuación Diana:

Obtiene información para reducir la ansiedad: Mantener a: 1. Nunca demostrado.

Aumentar a: 3. A veces demostrado

Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad: Mantener a: 1. Nunca demostrado.

Aumentar a: 3. A veces demostrado

Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad: Mantener a: 1. Nunca demostrado. Aumentar a: 3. A veces demostrado

Controla la respiración cuando está ansiosa: Mantener a: 1. Nunca demostrado.

Aumentar a: 3. A veces demostrado

NIC

5820. Disminución de la ansiedad.

Actividades: Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad, tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante, animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos, identificar los cambios en el nivel de ansiedad. (Escala de ansiedad Hamilton), instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

6160. Intervención en caso de crisis.

Actividades: Proporcionar un ambiente de apoyo, determinar si el paciente presenta riesgo de seguridad para sí mismo o para otros, ayudar en la identificación de factores desencadenantes y de la dinámica de la crisis, ayudar en la identificación de habilidades pasadas/presentes para afrontar la crisis y su eficacia, ayudar en la identificación de sistemas de apoyo disponibles, ayudar en el desarrollo de nuevas habilidades de afrontamiento y de solución de problemas, si resulta necesario.

1460. Relajación muscular progresiva.

Actividades: Explicar el propósito y el procedimiento de la técnica al paciente, instruir al paciente para que asuma una actitud pasiva centrándose en lograr la relajación en músculos específicos del cuerpo y evite enfocarse en cualquier otro pensamiento, indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos cuando están tensos, indicar al paciente que respire profundamente y que expulse lentamente el aire y con ello la tensión, dar tiempo para que el paciente exprese sus sentimientos acerca de la intervención, animar al paciente a que practique entre las sesiones regulares con la enfermera.

4920. Escucha activa.

Actividades: Mostrar interés por el paciente, mostrar conciencia y sensibilidad hacia sus emociones, estar atento al tono, ritmo, volumen, entonación e inflexión de la voz,

identificar temas predominantes, aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.

5210. Orientación anticipatoria.

Actividades: Ayudar a la paciente a identificar posibles apariciones de crisis y los efectos que tal crisis podrían traer a su vida personal y familiar, ayudar a la paciente a identificar recursos y opciones disponibles, según corresponda, proporcionar a la paciente una referencia preparada (material educativo), involucrar a allegados.

5606. Enseñanza: individual.

Actividades: Valorar el nivel actual de conocimiento y comprensión de contenidos de la paciente, seleccionar los materiales educativos adecuados, corregir las malas interpretaciones de la información, incluir a la familia.

00151. Automutilación. Relacionado con: Impulsos irresistibles de autolesionarse, sentimientos negativos, requiere una rápida reducción del estrés. Manifestado por: laceración de la piel, arañarse el cuerpo, removerse heridas.

Población en riesgo: Personas con antecedentes de maltrato infantil

Condiciones asociadas: Trastorno límite de la personalidad.

NOC

1405. Autocontrol de los impulsos: Valoración en la escala tipo Likert (siendo 1 nunca demostrado y 5 siempre demostrado)

Indicadores con Puntuación Diana:

Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas: Mantener a: 1 nunca demostrado. Aumentar a: 3. A veces demostrado.

Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas: Mantener a: 2. Raramente demostrado. Aumentar a: 4. Frecuentemente demostrado

Mantiene el autocontrol sin supervisión: Mantener a: 2. Raramente demostrado.

Aumentar a: 4. Frecuentemente demostrado

Obtiene ayuda cuando presenta impulsos: Mantener a: 3. A veces demostrado. Aumentar

a: 5. Siempre demostrado

NIC

4370. Entrenamiento para controlar los impulsos.

Actividades: Enseñar al paciente a (detenerse y pensar) antes de comportarse impulsivamente, instruir al paciente a reflexionar sobre sus propios pensamientos y sentimientos antes de actuar impulsivamente, proporcionar un refuerzo positivo, animar a la paciente a recompensarse a sí mismo por los resultados satisfactorios.

5390. Potenciación de autoconciencia.

Actividades: Animar a la paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos, ayudar a la paciente a identificar el efecto de la enfermedad sobre el autoconcepto, ayudar a la paciente a la paciente a identificar las situaciones que precipitan su ansiedad, explorar con la paciente la necesidad de control, ayudar a la paciente a identificar atributos positivos de sí misma.

4350. Manejo de la conducta: autolesión.

Actividades: Determinar el motivo, la razón o la dinámica subyacente de los comportamientos, comunicar el riesgo de autolesión a otros profesionales de la salud, identificar los indicios que anteceden al comportamiento de automutilación, ayudar a la paciente a identificar estrategias de afrontamiento más apropiadas y sus consecuencias, explicar y reforzar las conductas efectivas para enfrentar la situación y expresar adecuadamente los sentimientos, sugerir conductas alternativas, como buscar apoyo entre las personas o participar en una actividad que reduzca la ansiedad adaptativa,

proporcionar enseñanza de la enfermedad al paciente o allegados si el comportamiento auto dañino está basado en la enfermedad.

5880. Técnica de relajación.

Actividades. Mantener el contacto visual con el paciente, reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad, permanecer con el paciente, sentarse y hablar con el paciente, facilitar la expresión de ira por parte del paciente de una manera constructiva, instruir a la paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad: relajación muscular progresiva, técnicas de respiración.

4680. Biblioterapia.

Actividades: Identificar las necesidades emocionales, cognitivas y situaciones de la paciente, Consultar a un experto y fuentes para recomendar literatura para la terapia.

00289. Riesgo de Conducta Suicida. Relacionado con: Control de impulsos ineficaz, conducta autolesiva, ansiedad, síntomas depresivos, ideación suicida.

Población en riesgo: Personas con antecedentes de intentos de suicidio, personas con antecedentes de violencia.

Condiciones asociadas: Desorden mental.

NOC

1408. Autocontrol del impulso Suicida: Valoración en la escala tipo Likert siendo: (1 nunca demostrado y 5 siempre demostrado)

Indicadores con Puntuación Diana:

Expresa sentimientos: Mantener a: 3. A veces demostrado. Aumentar a: 4. Frecuentemente demostrado.

Verbaliza ideas de suicidio: Mantener a: 4. Frecuentemente demostrado. Aumentar a: 2.

Raramente demostrado.

No intenta causarse lesiones graves: Mantener a: 3. A veces demostrado. Aumentar a:
1. Nunca demostrado.

Expresa esperanza: Mantener a: 2. Raramente demostrado. Aumentar a: 4.
Frecuentemente demostrado.

Obtiene tratamiento para la depresión: Mantener a: 5. Siempre demostrado

NIC

5230. Mejorar el afrontamiento.

Actividades: Ayudar a la paciente a resolver los problemas de forma constructiva, proporcionar un ambiente de aceptación, proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico, explorar éxitos anteriores de la paciente, animar a la paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades, estimular la implicación familiar.

6340. Prevención del suicidio.

Actividades: Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio, determinar si la paciente dispone de medios para llevar adelante el plan de suicidio, implicar a la paciente en la planificación de su propio tratamiento, enseñar al paciente estrategias de afrontamiento, acordar con la paciente “que no se autolesionará” durante un periodo específico de tiempo, ayudar a la paciente a identificar a las personas y recursos de apoyo, iniciar precauciones contra el suicidio.

5440. Aumentar los sistemas de apoyo.

Actividades: Observar la situación familiar actual y la red de apoyo, determinar los puntos fuertes y débiles de los recursos comunitarios y aconsejar cambios necesarios, remitir a programas de prevención y tratamiento, implicar a la familia y comunidad en los cuidados

y la planificación, explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.

00215. Salud deficiente de la comunidad. Relacionado con: Los programas abordan de manera incompleta los problemas de salud, experiencia inadecuada dentro de la comunidad. Manifestado por: Programas no disponibles para aumentar el bienestar de un grupo o población, Riesgo de manifestaciones psicológicas a un grupo o población
NOC

2704. Resiliencia de la comunidad: Valoración en la escala tipo Likert (siendo 1 escasa y 5 excelente)

Indicadores con Puntuación Diana:

Disponibilidad de los servicios de salud mental: Mantener a: 1. Escasa. Aumentar a: 3. Buena.

Información proporcionada puntualmente: Mantener a: 1. Escasa. Aumentar a: 3. Buena

Acceso a los recursos externos: Mantener a: 1. Escasa. Aumentar a: 2. Justa.

NIC

5510. Educación para la salud.

Actividades: identificar los factores internos y externos que pueden mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables, determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida del individuo, familia, priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del paciente, habilidades de la enfermera, recursos disponibles y probabilidades de éxito de la consecución de metas.

8500. Fomentar la salud de la comunidad.

Actividades: proporcionar un entorno en el que se creen situaciones donde los individuos y los grupos se sientan seguros a la hora de expresar sus puntos de vista, aumentar las redes de apoyo a la comunidad, hacer que la comunidad se comprometa, mostrándole

cómo su participación influirá en la vida de cada individuo y en la mejora de los resultados.

5515. Mejorar el acceso a la información sanitaria.

Actividades: Utilizar una comunicación clara y adecuada, evitar la jerga médica y el uso de acrónimos, proporcionar materiales escritos comprensibles, animar a utilizar medidas efectivas para afrontar la alteración del acceso a la información sobre salud.

00074. Afrontamiento familiar comprometido. Relacionado con: Desorganización familiar, Comprensión inadecuada de la información por parte de la persona de apoyo, información disponible inadecuada para la persona de apoyo. Manifestado por: El paciente se queja por la respuesta de la persona de apoyo al problema de salud, Comunicación limitada entre la persona de apoyo y el paciente, La persona de apoyo verbaliza un inadecuado conocimiento.

NOC

1803. Conocimiento: proceso de la enfermedad: Valoración en la escala tipo Likert (siendo 1 ningún conocimiento y 5 conocimiento extenso)

Indicadores con Puntuación Diana:

Características de la enfermedad: Mantener a: 2. Conocimiento escaso. Aumentar a: 4. Conocimiento sustancial.

Factores de riesgo, signos y síntomas de las complicaciones de la enfermedad: Mantener a: 2. Conocimiento escaso. Aumentar a: 4. Conocimiento sustancial.

Beneficios del control de la enfermedad. Mantener a: 1. Ningún conocimiento. Aumentar a: 4. Conocimiento sustancial.

1862. Conocimiento. manejo del estrés. Valoración en la escala tipo Likert (siendo 1 ningún conocimiento y 5 conocimiento extenso)

Indicadores con Puntuación Diana:

Factores que aumentan el estrés: Mantener a: 2. Conocimiento escaso. Aumentar a: 3. Conocimiento moderado.

Beneficios del manejo del estrés: Mantener a: 1. Ningún conocimiento. Aumentar a: 4. Conocimiento sustancial.

Beneficios de las modificaciones del estilo de vida: Mantener a: 1. Ningún conocimiento. Aumentar a: 4. Conocimiento sustancial.

Enfoques de resolución de problemas: Mantener a: 1. Ningún conocimiento. Aumentar a: 3. Conocimiento moderado.

NIC

5270. Apoyo emocional.

Actividades: Ayudar a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza, animar a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza, explorar qué ha desencadenado las emociones, realizar afirmaciones empáticas o de apoyo, remitir a servicios de asesoramiento.

5520. Facilitar el aprendizaje.

Actividades; comenzar la instrucción sólo después de que la persona demuestre estar preparado para aprender, identificar claramente los objetivos del aprendizaje y en términos mensurables, ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión, establecer la información en una secuencia lógica, asegurarse de que el material de enseñanza está actualizado.

5440. Aumento de los sistemas de apoyo.

Actividades: Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo, determinar las barreras de uso de los sistemas de apoyo no utilizados o infrautilizados, remitir a un grupo de autoayuda, proporcionar los servicios con actitud de

aprecio y de apoyo, explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.

7040. Apoyo al cuidador principal.

Actividades: Determinar el nivel de conocimientos del cuidador, aceptar las expresiones de emoción negativa, admitir las dificultades del rol del cuidador principal, realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador, proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas de teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios, enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés, animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente, apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.

Aspectos éticos

El presente caso clínico se ajustó a las disposiciones establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y en la Norma Oficial Mexicana SSA-012-SSA12, que establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación en seres humanos.

Artículo 14, Fracciones V y VI: Se obtendrá el consentimiento informado y por escrito de todos los participantes.

Artículo 16: Se garantizará el anonimato de los sujetos.

Artículo 21, Fracciones I, VII y VIII: Se asegura que la participación es voluntaria y se explicará el derecho de retirar el consentimiento y cesar la participación en el estudio en cualquier momento.

Artículo 17, Fracción II: El presente estudio se consideró de riesgo mínimo.

Asimismo, se cumplirá con la NOM-019-SSA3-2013, que regula la práctica de la enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Esta norma establece el compromiso de los

profesionales de la salud para actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos, éticos y humanísticos de acuerdo con su ámbito de competencia.

Contexto del caso

La selección de la paciente para el caso de estudio se llevó a cabo mediante la identificación de sus reingresos mediante revisión manual de la bitácora de ingresos y egreso de pacientes en el periodo comprendido de noviembre 2023 a agosto 2024. Una vez que se establece contacto con familiares se programa una visita domiciliaria, en la cual se llevó a cabo la firma del consentimiento informado, garantizando que comprendieran la naturaleza del estudio y la intervención que se llevaría a cabo, posteriormente se da inicio con la valoración integral del entorno familiar y social, compartieron información relevante y haciéndonos saber que en ese momento ella se encontraba en un centro de rehabilitación, al cual se trasladó desde su egreso hospitalario. Donde se nos autorizó el ingreso para continuar con la valoración de enfermería por patrones funcionales de salud, aplicando a su vez escalas para medir grado de ansiedad, apoyo social percibido, severidad suicida. Lo cual nos permitió identificar las necesidades específicas tanto de su entorno personal, familiar y social, para así diseñar un plan de cuidados individualizado mediante la utilización sistemática de los Planes de Cuidado de Enfermería, la evidencia científica y la Práctica Basada en Evidencia (PBE) a través de la interrelación con el uso de las Taxonomías de Diagnósticos de la NANDA 2021 - 2023, de Nursing Outcomes Classification (NOC) y de Nursing Intervention Classification (NIC), (Taxonomías NNN) para así homologar el lenguaje de enfermería y disminuir la variabilidad en la práctica. (S.S, 2023).

Resultados observados

El proceso enfermero contribuye la metodología central sobre la cual se fundamenta la práctica profesional de enfermería, al integrar el método científico en la atención clínica y permitir la toma de decisiones fundamentales. En el contexto del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), esta herramienta adquiere especial relevancia, ya que proporciona un marco estructurado y empático para la planificación e implementación de cuidados efectivos.

Diversos autores respaldan la utilidad del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como herramienta clave para mejorar los resultados clínicos en personas con TLP. Anadón Ruiz et al. (2023) destacan que el PAE, mediante las intervenciones como la psicoeducación estacan que el PAE, mediante intervenciones como la psicoeducación favorece la motivación para el cambio, la formulación de metas realistas y la disminución de la ideación autolítica. Este enfoque muestra cómo una intervención bien dirigida puede modificar conductas de riesgo e instaurar cambios positivos en la percepción del futuro.

De forma complementaria, Llallio Navarro et al. (2023) aplican los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, junto con las taxonomías NANDA, NOC y NIC, evidenciando avances significativos en el ámbito emocional, relacional y de autoestima en sus pacientes. Estos resultados refuerzan la necesidad de valorar integralmente las dimensiones funcionales de la persona para lograr una atención verdaderamente centrada en el paciente.

En el presente caso de estudio, los hallazgos se alinean con estas investigaciones al demostrar la efectividad de las intervenciones enfermeras en la gestión de la ansiedad y el fortalecimiento del autocontrol emocional. Técnicas como la relajación muscular progresiva, la intervención en crisis y la escucha activa han permitido reducir conductas

autolesivas y facilitar una autorregulación más adaptativa. La aplicación de instrumentos validados, como la escala de Hamilton para la ansiedad y la Escala Columbia para la ideación suicida, aporta objetividad y evidencia a los cambios observados.

Asimismo, la enseñanza individualizada emergió como un recurso clave para empoderar a la paciente en la gestión de sus síntomas, en la prevención de recaídas y en la proyección de metas personales orientadas al bienestar. Este componente educativo refuerza la autonomía y la responsabilidad compartida en el proceso terapéutico.

Otro hallazgo relevante fue el impacto de las intervenciones dirigidas a la familia y a la comunidad. La capacitación y el apoyo emocional al entorno familiar incrementaron la comprensión del TLP, disminuyendo el estrés y mejorando la calidad del cuidado. En el ámbito comunitario, la promoción de la salud mental y la identificación temprana de riesgos contribuyeron a crear un entorno más inclusivo y sensible, favoreciendo la continuidad del proceso terapéutico.

Finalmente, este abordaje integrado reafirma el papel esencial de la enfermería como agente de cambio en la recuperación de personas con TLP. La combinación de estrategias clínicas, educativas y comunitarias no solo potencia la recuperación individual, sino que también genera un impacto positivo en el entorno familiar y social del paciente. Estos resultados abogan por la necesidad de continuar fortaleciendo la implementación de planes de cuidados personalizados como herramienta indispensable en la atención integral en salud mental.

Conclusiones

Debido a la naturaleza del Trastorno Límite de la Personalidad, brindar atención a pacientes con este diagnóstico representa un desafío para el personal de salud. En particular, para el equipo de enfermería ya que mantiene un contacto continuo con el paciente. La impulsividad, la inestabilidad en las relaciones interpersonales y la desregulación emocional son síntomas que pueden llevar a la persona a situaciones de alto riesgo y sin retorno, como la conducta suicida.

Los resultados obtenidos en este caso, respaldados por estudios previos, refuerzan la necesidad de un enfoque holístico en el cuidado de enfermería. Este enfoque integral, que considera las dimensiones emocionales, familiares y sociales del paciente, es clave para mejorar la calidad de vida y prevenir recaídas en conductas autolíticas.

Además, se corrobora la relevancia de aplicar el modelo de atención de enfermería basado en el proceso de atención enfermero (PAE), como se señala en la literatura revisada. Este modelo permite la personalización de los cuidados y contribuye a una mejoría significativa en la salud mental de los pacientes con trastornos complejos como el TLP.

Por otra parte, es importante hacer notar que los modelos de enfermería se encuentran presentes de manera implícita en la práctica de enfermería por ejemplo la intervención de Escucha activa está fuertemente relacionada con el modelo de Tidal Model donde se plantea que la recuperación se construye a través del diálogo y la escucha activa, otorgando valor a la narrativa personal como herramienta terapéutica.

Establecer una relación interpersonal con personas que viven con TLP es particularmente desafiante por las características propias de este trastorno ya que la inestabilidad emocional juega un papel importante por lo que el Modelo Travelbee cobra

relevancia al fomentar una relación interpersonal auténtica como base del cuidado pues de esto dependerá que los usuarios encuentren en nosotros un lugar seguro donde recibir el acompañamiento, esperanza y la validación emocional que tanto necesitan.

Referencias

- Anadón Ruiz, L., Morcillo Martínez, S., Grimalt López, M., Dalda Navarro, V., Hernández Vicente, N. y Herrera Alegre, R. (2023, diciembre 13). *Plan de cuidados de enfermería a paciente diagnosticado de trastorno límite de la personalidad y consumo de tóxicos (patología dual)*. Unirioja.es. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9233309>
- Ardila Suárez, E. F., Moreno Ríos, M. M., Mosquera Valencia, D., Saldarriaga Moreno, K. Y., & Correa Pérez, M. (2023). Cuidando la salud mental en pandemia desde la teoría de la marea: Una experiencia de cuidado. *CES Enfermería*, 4(1), 31–38.
- Arroyo, L. S., Vásquez, C. R., Martínez, B. M., & Nájera, O. M. P. (2018). Patrones funcionales: Una experiencia en el camino de la construcción de conocimiento. *Revista Mexicana de Enfermería*, 6(3), 97–102.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*. Médica Panamericana. 663-667.
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) (7ª ed.)*. Elsevier Health Sciences.
- Galvis López, M. A. (2015). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Revista CUIDARTE*, 6(2), 1108. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172>
- Llallio Navarro, L., Pereyra Rodriguez, M. K., Ramo Maucaylla, R. R., Torres Contreras, N. K., Vergaray Bardales, G. E., & Arevalo Marcos, R. A. (2023). Cuidados de enfermería a pacientes con trastorno límite de personalidad, un estudio de caso en un Hospital Psiquiátrico. *Investigación E Innovación: Revista Científica De Enfermería*, 3(3), 99–111. <https://doi.org/10.33326/27905543.2023.3.1863>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Medición de resultados en salud (6ª ed.)*. Elsevier Health Sciences.

- Nanda International. (2021). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2021-2023. Edición Hispanoamericana* (Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. Eds.). Elsevier Health Sciences.
- Ripoll Padilla, B., Sanz García, D., Jiménez Carbonell, M., Sebastián Gracia, P., Maulin García, E., & Sobreviola Juste, C. (2023). Cuidados de enfermería en un paciente con trastorno límite de la personalidad. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(2), 13
- Shah, R., & Zanarini, M. C. (2018). Comorbidity of borderline personality disorder: Current status and future directions. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 583–593.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.009>
- Zaraza Morales, D. R., & Contreras Moreno, J. R. (2020). El modelo de recuperación de la salud mental y su importancia para la enfermería colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English Ed)*, 49(4), 305–310. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.10.002>

Semblanzas de los Coordinadores



D. C. E. Mónica Gallegos Alvarado. <https://orcid.org/0000-0001-9241-1015>,

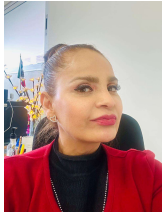
Maestro en ciencias de enfermería, Por Universidad de Guanajuato y Doctorado en ciencias de enfermería. Por Universidad Nacional de Trujillo Perú en convenio con la Universidad Autónoma de México (UNAM). Certificación internacional en atención de linfedema por la escuela de drenaje linfático de Bruselas. *Miembro Activo de la Asociación Linfática de México, como profesor certificado en educación de tratamiento de linfedema. Creador y responsable del programa de cuidado de enfermería a la mujer mastectomizada (PROCUDEM), instalado en la Facultad de enfermería y obstetricia de Durango desde 2013, ampliado para el centro estatal de cancerología y la escuela nacional de enfermería en la ciudad de México. Miembro del sistema nacional de investigadores (SIN) de ene. 2006 a Dic 2020 y del 2024 al 2028, miembro honorífico del Sistema Estatal de Investigadores (SEI) de 2020, académico/investigador de tiempo completo en la Universidad Juárez del estado de Durango, (UJED). Con la línea de investigación en; "Educación y cuidado en procesos crónicos no transmisibles y procesos quirúrgicos" Enfermera especialista en el centro estatal de cancerología de Durango. Perfil Deseable como profesor desde 2004 a la fecha. Tutor externo de la escuela nacional de enfermería universidad autónoma de México (UNAM), *Responsable de algunos proyectos de investigación dentro de la universidad, *Autor de algunos libros y algunos artículos científicos internacionales y nacionales. *Miembro activo de la Red Mexicana de Enfermería en la prescripción A.C.



Isabel Beristáin García. CVU: 163148.

Docente en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado de Durango. Profesor con Perfil Deseable, PRODEP 2023- 2026 coordinadora de vinculación. Licenciada en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado de Durango UJED, Maestra en Ciencias de Enfermería en la Universidad de Guanajuato. Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Guanajuato. Enfermera docente certificada por el Colegio Mexicano

de Certificación de Enfermería COMCE 2021-2025 Con calificación de excelencia en la recertificación de docente en enfermería. Miembro de la mesa directiva de la Academia Mexicana de Fenomenología e Investigación Cualitativa en Enfermería y Salud, A.C (AMFICES). Miembro de la mesa directiva de la Red Latinoamericana de Educación en Enfermería (RELEDEN). Miembro del Sistema Estatal de Investigadores Nivel C 2023 a 2027. Investigador Estatal 2023 -2025



M. C. E. Martha Cecilia Ramírez Ochoa

Es Licenciada en Enfermería, enfermera especialista en pediatría, Maestra en Ciencias de Enfermería y Doctorante en Educación. Con una sólida trayectoria en la práctica clínica y en la docencia universitaria, ha contribuido significativamente al fortalecimiento disciplinar de la enfermería. Se ha desempeñado como docente por más de una década, así como coordinadora académica, integrante de comisiones curriculares, de plan desarrollo y actualmente es Secretaria Académica de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UJED. Su vocación humanista y filosófica se refleja en su interés por la epistemología de la enfermería, los modelos teóricos y el Proceso de Atención de Enfermería. Su enfoque se sustenta en teorías como las de Jean Watson, Madeleine Leininger y Callista Roy, promoviendo una práctica del cuidado humanizada, culturalmente competente y basada en evidencia. Convencida de que la educación transforma, ha participado activamente en publicación de artículos, como ponente, tallerista, y formadora en diversos espacios académicos, impulsando la narrativa clínica, la humanización del cuidado y la innovación educativa. En esta obra, además de ser autora, funge como coordinadora editorial, liderando con ética, visión integradora y un firme compromiso con la calidad académica. Su labor busca dignificar el ejercicio del cuidado y formar profesionales sensibles, éticos y críticos. Su compromiso con el conocimiento, la formación y el cuidado hacen de su trayectoria una valiosa aportación a la enfermería contemporánea y a la formación de profesionales de pregrado y posgrado.

Actualmente trabaja en la formación de nuevas generaciones de profesionales de enfermería en pregrado y posgrado, impulsando procesos de innovación académica, ética profesional y cuidado integral. Además, ha sido promotora de la investigación disciplinar, el fortalecimiento de la identidad profesional y la integración del conocimiento filosófico en la práctica del cuidado.



D. C. E. Rocío Castillo Díaz

Es Doctora en Ciencias de la Educación y Maestra en Ciencias de Enfermería.

Cuenta con la Certificación de Calidad como Enfermera

Docente con calificación de Excelencia por el Consejo

Mexicano de Certificación de Enfermería, A.C. del 2008 al 2025.

Recibió la Distinción de Investigador Honorífico en el Sistema Estatal de Investigadores del Estado de Durango.

Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Candidato.

Reconocida con el Perfil Docente por PRODEP.

Es autora de más de 20 publicaciones de investigación entre artículos, capítulos y libros en revistas indexadas.

Es integrante de la Red Durango de Investigadores Educativos, ReDIE.

Ha sido Jurado en Congresos Nacionales e Internacionales.

Actualmente es profesora de tiempo completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado de Durango y es Integrante del Cuerpo Académico Consolidado Cuidado Social de la Salud.