

NARRATIVA DE ENFERMERÍA: CONVIRTIÉNDOSE EN UN INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO DE LAS PERSONAS

NURSING NARRATIVE: BECOMING A TOOL FOR CARING FOR PEOPLE

¹Yalena Ortiz Anaya, ²Anny Julieth Contreras Viloria, ²Yeimmy Gabriela Meléndez Álvarez, ²Sergio Alejandro Contreras Paternina, ²Adriana Sofia Pérez Argumedo, ²María Angelica Solorzano Barboza.

¹Enfermera. Especialista en Epidemiología, Magister en Enfermería. Profesor programa de enfermería Universidad de Sucre. Colombia.

²Estudiante de Enfermería. Universidad de Sucre. Colombia

¹Autor de correspondencia: yalena.ortiz@unisucrevirtual.edu.co

RESUMEN

PALABRAS CLAVE:
Narrativa personal;
Enfermería de atención
primaria; Autocuidado

Introducción. Muchas habilidades y destrezas procedimentales y cognitivas se adquieren durante la formación y la práctica de enfermería; empero, un rasgo diferenciador de la disciplina, es la construcción de una relación empática, sensible y humana con los pacientes, lo cual reclama del enfermero/a cualidades como el respeto, compromiso, compasión y sensibilidad entre otros. **Desarrollo.** La narrativa explora las expectativas y realidades de la práctica vista desde la práctica formativa de estudiantes de enfermería en un programa de prevención de riesgo cardiovascular, resalta la interacción con los pacientes y la integración del conocimiento enfermero con las competencias del ser, ligadas con la comprensión del entorno, historia y necesidades de autocuidado de los pacientes, que derivan en la formulación de planes de cuidados individualizados. Analizada mediante el Sistema Teórico Conceptual Empírico (STCE), la visión interactiva-integrativa, la teoría del déficit de autocuidado propuesta por Orem y los patrones de conocimiento enfermero. **Conclusiones.** La construcción y validación del conocimiento en enfermería se logra al reflexionar sobre la práctica en diversos entornos de cuidado. Las narrativas de enfermería ilustran las habilidades de la integración de la teoría y la práctica, entrelazando modelos, teorías y datos empíricos. La interacción convierte al enfermero en el instrumento de cuidado más valioso de la práctica de enfermería, permite reconocer todas las dimensiones del ser humano dentro de una visión holística que facilita la integración del conocimiento científico de enfermería contenida en los modelos y teorías.

ABSTRACT

KEYWORDS:
Personal narrative;
Primary care nursing;
Self-care

Introduction: A significant aspect of nursing education and practice is the acquisition of procedural and cognitive skills and abilities. However, a distinctive feature of the discipline is the establishment of an empathetic, sensitive, and humane relationship with patients. This requires nurses to possess qualities such as respect, commitment, compassion, and sensitivity. **Development:** This narrative examines the expectations and realities of practice, as observed in the formative practice of nursing students in a cardiovascular risk prevention program. It highlights the interaction with patients and the integration of nursing knowledge with the competencies of being, which are linked to the understanding of the environment, history, and self-care needs of patients. This understanding then informs the formulation of individualized care plans. The self-care deficit theory proposed by Orem was analyzed through the lens of the Empirical Conceptual Theoretical System (ECTS), the interactive-integrative view, and nursing knowledge patterns. **Conclusions:** The construction and validation of nursing knowledge is achieved by reflecting on practice in diverse care settings. Nursing narratives illustrate the skills of integrating theory and practice, interweaving models, theories, and empirical data. This interaction makes the nurse the most valuable instrument of care in nursing practice, allowing the recognition of all dimensions of the human being within a holistic vision that facilitates the integration of scientific nursing knowledge contained in models and theories.

CITAR COMO:

Ortiz YO, Contreras AJ, Meléndez YG, Contreras SA, Pérez AS, Solorzano MA. Narrativa de enfermería: convirtiéndome en un instrumento para el cuidado de las personas. Cuidarte; 13 (23). doi: 10.22201/fesi.23958979e.2024.13.26.86088



Recibido: 28/06/2023

Enviado a pares: 11/09/2023

Aceptado por pares: 10/11/2023

Aprobado: 25/04/2024

Volumen: 13 Número: 26 Año: 2024 AGOSTO



CuidArte "El Arte del Cuidado" por Universidad Nacional Autónoma de México se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Basada en una obra en <http://revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/index>

ISSN: 2395-8979

INTRODUCCIÓN

La holarquía del conocimiento de enfermería comprende elementos que nos distinguen de otras disciplinas; pasando desde los niveles más abstractos hasta llegar a los indicadores empíricos, esta estructura nos ofrece diferentes perspectivas y enfoques para la práctica, terreno fértil en donde la semilla del conocimiento germina y da frutos, es además el campo para el desarrollo disciplinar, en el cual se comunica, aplica y prueba el saber de enfermería, ampliando y renovando sus horizontes, perspectivas y dominios. El cuerpo de conocimientos presente en la práctica, resalta y hacen visibles las variadas formas de cuidar¹. Cada holón de esta estructura nos conduce a la comprensión de la disciplina mediante el recorrido y visualización de cada una de sus partes, en donde podemos ver la integración armoniosa de los conceptos del metaparadigma, visiones, modelos conceptuales, teorías e indicadores empíricos.

En esta sinfonía el primer movimiento lo impone el metaparadigma, el cual resume el punto de vista y unidad en la disciplina, la empleabilidad e identificación de la misma, comunicando a la sociedad y a la ciencia quién es y qué hace enfermería². Por otro lado, las visiones del mundo o filosofías reflejan las presunciones y conocimiento de enfermería, proponiendo formas de concebir los elementos del metaparadigma y la interacción entre ellos; constituye una forma de aproximarnos a los otros y a los fenómenos presentes en sus realidades y experiencias³. Es así como su implementación en la práctica muestra una lente para abordar y comprender los fenómenos declarados como de interés⁴.

Desde los modelos conceptuales se abordan los fenómenos de interés para la disciplina bajo un conjunto de conceptos abstractos, ofreciendo un contexto general y una hoja de ruta para el desarrollo de teorías, definiendo concretamente la relación entre los conceptos de un modelo, proposiciones y relación entre ellos. Por último, se circunscriben los indicadores empíricos, los cuales trazan un sencillo camino para la generación y comprobación de teorías y modelos; los datos tanto cualitativos como cuantitativos que estos indicadores arrojan y robustecen el conocimiento de enfermería². Ubicado en este holón, los patrones de conocimiento propuestos por Barbara Carper, se convierten en un elemento esencial para el desarrollo disciplinar y práctico, complementaria a la aplicación de un enfoque holístico de cuidado, que permite identificar el patrón personal, basado en la experiencia, los valores éticos y el sentido estético, mediante la organización, elucidación, exploración y análisis de las diversas situaciones en las que la disciplina se desenvuelve⁵, incluso se afirma que los patrones se expresan de manera integrada y que en su interconexión hace sencilla y tangible la expresión teórica del cuidado en cada una las intervenciones de enfermería⁶. Por otro lado, se han incorporado a los ya conocidos patrones de Carper, el patrón sociopolítico propuesto por White⁷ y el patrón emancipatorio propuesto por Chinn y Krammer⁷.

Una de las rutas certeras y menos complejas de identificar cada uno de estos elementos la ofrece las situaciones o narrativas de enfermería, en las cuales se emplea y suscita conocimiento tácito y explícito⁸. En esta aplicabilidad teórica, la descripción, explicación e incluso predicción de los modelos y las teorías cobran relevancia, a la vez que los indicadores empíricos se conectan y expresan en cada intervención de cuidado, aproximando concreta y específicamente el mundo real y la práctica de enfermería⁹. Es así como la armonía y la sinergia entre teoría-práctica constituye el fundamento y eje gravitatorio de la epistemología de enfermería.

El análisis de cada narrativa o situación de cuidado tributa al conocimiento profundo de la situación misma, la persona, el contexto, el cuidado y momento donde este se circunscribe, delineando el camino investigativo para la generación y traslación de nuevo conocimiento desde el campo teórico al práctico, discriminando y ampliando la perspectiva y enfoques de la disciplina. De igual manera, las situaciones permiten la identificación de necesidades de cuidados, elaboración e implementación de planes de cuidado integrando las distintas dimensiones del ser humano y necesidades de este⁸. Bajo este fundamento y para alcanzar el análisis integrativo de todos y cada uno de los elementos presentes de la holarquía del conocimiento de enfermería se propone la aplicación del Sistema Conceptual Teórico Empírico (SCTE), con el objeto de mostrar a la sociedad, a la ciencia y a la disciplina misma nuestros fundamentos, horizontes y perspectivas⁹. Esta narrativa relata la experiencia de un grupo de estudiantes del programa de enfermería durante la práctica formativa en la atención a pacientes con riesgo cardiovascular, en donde se revela la importancia de incorporar el conocimiento teórico a la construcción y fortalecimiento de la relación enfermera-paciente como un vínculo transformador de la práctica del cuidado de enfermería y de la formación profesional.

Contexto de la narrativa

El proceso de cuidado tiene lugar durante el desarrollo de las prácticas formativas de un grupo de estudiantes de cuarto semestre de enfermería de una universidad pública, en el servicio de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) pública de primer nivel de atención de Sincelejo, Sucre, Colombia.

DESARROLLO

Como estudiantes del programa de enfermería, la práctica formativa por el servicio de promoción y prevención de riesgo cardiovascular, es uno de los que con seguridad quedará grabada en la mente con gratos recuerdos. Luego de las desafiantes prácticas clínicas de quirófano, la atención del adulto hospitalizado y de un corto receso, iniciábamos una

nueva práctica en el servicio de promoción y prevención de enfermedades crónicas, y nos preguntábamos, qué tipo de procedimientos allí afianzaríamos y que destrezas íbamos a adquirir.

El primer día de inducción llegamos con mucho ánimo, conocimos las instalaciones de la unidad funcional y los profesionales con los que estaríamos en contacto, la docente nos asignó unos momentos de observación para conocer cómo funcionaba el programa de la institución, al notar que el consultorio solo contaba con una camilla, silla, escritorio, báscula, cinta métrica y tensiómetro, además de los elementos de trabajo, pudimos deducir que no se realizarían procedimientos invasivos. Además de lo que era obvio a simple vista, observar el cariño, familiaridad y respeto de la relación entre los pacientes y la persona a cargo del programa, era cautivante, suponer que era por el tiempo de conocerse quedó sin piso con el transcurrir de los días.

Poco después en la inducción la docente comentó que lo único y más importante para esta rotación y aprendizaje en aquel lugar seríamos nosotros mismos, al principio no lo entendimos. Los días siguientes iniciamos con aprender a realizar tamizaje cardiovascular, diligenciamiento de registros y asignación de citas a los pacientes, aprendimos lo administrativo del servicio, hasta ese momento todo era tranquilo. Poco a poco, íbamos integrando a este requerimiento del programa otros aprendizajes, la interpretación de exámenes de laboratorios convertía la práctica más exigente e interesante, pero lo más impactante estaba por venir, lo que comenzó como una rotación sencilla se convirtió en una experiencia que dio un crecimiento personal increíble como enfermeros en formación.

Los protagonistas de este momento, tuvieron muchos nombres, consignados en los atiborrados registros del programa, eran en su mayoría adultos mayores, que llegaban solos, otros acompañados por sus esposos o esposas, hijos, sobrinos, nietos o vecinos; procedentes tanto del área rural como urbana, incluso de municipios vecinos; sin importar las distancias, el costo del transporte o el inclemente sol de la ciudad asumían el compromiso con su salud, por lo general, puntuales, elegantes y humildemente vestidos. En medio de sus amenas charlas descubrimos sus historias de vida, algunas impregnadas de tristeza por el desplazamiento forzado, el abandono de sus tierras y familiares, la vida en el campo, o en la vereda en donde aún residían; otras llevaban consigo resiliencia, la alegría y gratitud con su Dios por cada momento. Fue interesante conocer sus actividades diarias, algunos a pesar de su avanzada edad aún laboraban para su mantenimiento o para sentirse productivos, atendían labores del hogar incluso en controversia con sus cuidadores.

Cada consulta era distinta, ellos marcaban la diferencia, la interacción era por lo general empática, en esos momentos integramos la interpretación de laboratorios y lo primordial de conocer y comprender las condiciones de vida y situaciones particulares, ya que algunos a pesar de las recomendaciones no podían seguirlas por sus limitaciones física, o su situación económica y familiar. Esto era un condicionante para mantener su bienestar y salud, sin embargo, en su gran mayoría eran optimistas, ellos o sus acompañantes recibían la educación y se hacían participe de las recomendaciones dadas entorno a la práctica de ejercicio, alimentación saludable entre otros estilos de vida.

Todo este panorama se iba contrastando con lo que conocíamos de la situación del adulto mayor, las enfermedades propias de este ciclo de vida, así como las limitaciones impuestas por los años, la patología hipertensiva y metabólica de la diabetes con sus complicaciones, sin embargo, verlas representadas en cada una de estas personas hacía más real la situación, supimos en ese momento que ellos no serían el registro de un informe estadístico, sino personas cuya complejidad los hacía únicos y hermosos. La paciencia y tranquilidad que nos trasmitían sus voces, energía y bendiciones que al llegar y despedirse nos daban por la labor, despertaban más amor a la carrera que escogimos; empezamos a comprender la relación que tenían con quien llevaba el programa, en esta coyuntura, asimilamos que sería insensible e impropio de un enfermero, burlarnos de la credulidad que los pacientes, que debíamos ir más allá de lo evidente para conocer sus necesidades de salud y cuidado, así poder brindarles educación, recomendaciones adaptadas a su realidad y a sus limitaciones, para lo cual su charla era esencial, pues conduciría a conocer su contexto y sus posibilidades, de esta manera ubicar un rápido y certero diagnóstico, de igual modo un idóneo plan de cuidados para el hogar adaptado a sus necesidades.

Conversar durante esos pocos minutos hacia la rotación más ligera, en esos breves momentos de interacción podíamos percibir el agrado que significaba para ellos la consulta al sentirse escuchados, comprendidos, los hacia salir de la rutina, compartir sus vidas y enseñanzas los hacía sentir vivos, mientras agendábamos su cita y los escuchábamos, íbamos identificando el déficit y necesidades de cuidado y la forma de como orientarlos en los horarios de toma de medicamentos, laboratorio y de cómo mejorar su salud, momentos de oro como nos decía la docente, tal vez nunca los volveríamos a ver, más ellos regresarían a sus controles y para ello era perentorio el éxito de la relación enfermera-paciente que afincaría la adherencia a las recomendaciones, tratamiento y continuidad en el programa.

Hacernos conscientes de la exigencia que demanda el cuidar a otro ser humano requería integrar a los conocimientos

adquiridos de asignaturas de las ciencias naturales y sociales cursadas en los primeros semestres, y las recientes enfocadas al cuidado que fundamentan el quehacer de enfermería; lo cual no sería posible sin la transformación que deviene en la interacción propia de la práctica. Notábamos un cambio como personas, como estudiantes y futuros enfermeros, esta experiencia trascendió el aspecto biológico, lograr las competencias formativas y otras también importantes para llegar a ser el buen profesional que tan noblemente pretendíamos, tales como la empatía, comunicación, atenta escucha, respeto por el otro y el amor mismo a la profesión; no solo nos permitió enseñar autocuidado y convertir a cada uno de los pacientes en un agente de cambio para sus vidas, sino que nos convertía paulatinamente en el instrumento de cada acto de cuidado.

Cada uno de los pacientes dejaron una huella indeleble, se convirtieron en la mayor motivación para ser mejor persona y profesional, sustrajeron los valores y capacidades que forjaron el carácter para hacer de esta experiencia una situación memorable, protagonizando un giro positivo en la formación. Así mismo, la perspectiva y enfoque personal de enfermería fue cambiando y creciendo, entendimos que este momento de la formación, se trataba de aprehender a construir y comprender que la relación enfermera paciente se basa en la comunicación, confianza y el conocimiento que construimos mutuamente con los pacientes, que un momento de educación puede trascender y cambiar la vida de ellos y la propia, que tenemos el compromiso moral de dar lo mejor como estudiantes y profesionales en cada encuentro con ellos, nos enseñó a agudizar la valoración más allá de la dimensión física, la importancia de ser sensibles frente a nuestros semejantes, a darle valor a cada momento de cuidado, que esa consulta de quince minutos permanecería en ellos tres meses o tal vez toda una vida: que el amor por la profesión y la vocación es el sello que hace la diferencia.

Instantes fugaces, en los que pudimos asimilar que las personas nunca serían para nosotros nombradas por sus diagnósticos o patologías, que enfermería es un arte que demarca el artista desde adentro y que su musa inspira a elevar cada momento de cuidado y distinguimos de otras disciplinas. Esta experiencia dejó profundas enseñanzas y reflexiones en nosotros entre ellas **¿Cómo se llega a deshumanizar el acto de cuidar a un ser semejante?** El cuidado como rasgo particular e inherente del ser humano, se circunscribe desde el amor, la compasión y la preservación, cargado de un fuerte tinte ético; estos son los aspectos que suelen perderse cuando se deshumaniza el cuidado; por tanto verse semejante al otro, con sus potencialidades y vulnerabilidades, convierte el cuidado en un acto sensible y empático; así mismo, al considerar al ser humano dentro de un contexto e historia, el cuidado se individualiza haciendo posible particularizar las necesidades y las intervenciones.

¿Se puede desde la educación de enfermería trascender y fortalecer las competencias blandas que tanto demanda la sociedad en la actualidad? El enfermero/a desde su formación y durante la práctica, debe mantener presente al ser humano como objeto de cuidado, más allá de los registros y actividades administrativas no menos importantes, el ser humano le da sentido al cuidado y a la enfermería. Estas reflexiones son necesarias desde los claustros donde enseña cuidado, particularmente por parte de los docentes y estudiante durante la formación; pue es en este espacio donde se forja el sello distintivo de la enfermería, el cuidado holístico.

Análisis de Narrativa mediante el Sistema Conceptual Teórico Empírico

Las narrativas y/o situaciones de enfermería continúan siendo un elemento de reflexión de la práctica profesional y del conocimiento disciplinar; en ella se hace visible los dominios y, perspectiva le imprimen las enfermeras al brindar cuidado y las realidades de los ser humano. Para el análisis de la narrativa, en la Figura 1 se presenta el Sistema Conceptual Teórico Empírico, en donde se presentan el metaparadigma enfermero, la visión interactiva integrativa/reciprocidad de propuestas por Fawcett y Newman^{3, 1}, la lente teórica de autocuidado de Dorothea Orem, y los patrones de conocimiento de enfermería de Barbara Carper que presenta Duran de Villalobos⁶ y propuestos por los White y Chinn y Krammer⁷.

Figura 1 Sistema Conceptual Teórico Empírico

METAPARADIGMA ENFERMERO			
Persona Representado en todos y cada uno de los pacientes del programa de promoción y prevención de riesgo cardiovascular.	Entorno El entorno de cuidado es el consultorio de enfermería del programa promoción y prevención de riesgo cardiovascular, el cual se amplía al conocer el entorno en el que viven y escriben las historias de vida de los pacientes.	Salud Enfermedades crónicas: Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus 2.	Enfermería Cuidados de enfermería e intervenciones de promoción y prevención-educación e interacción.
COMPONENTE CONCEPTUAL			
Aspecto	Visión interactiva-integrativa/reciprocidad		
Persona	Seres humanos holísticos, visibles en su contexto e interactuantes con el ¹⁰ .	Reflejada en la forma como se conciben a las personas que asisten a la consulta del programa, y al identificar y resaltar sus dimensiones espirituales y sociales.	
Cuidado	El acto de cuidado implica conocer al sujeto de cuidado desde la complejidad de sus dimensiones, considerarlo como un ser humano único, con posibilidades de manifestación de confianza, entereza, tranquilidad y apoyo real ¹¹ .	Expresada en la singularidad de cada persona, reconociendo en ella capacidades cognitivas y habilidades personales, sociales y espirituales que posibilitan y potencian el cuidado-	
Enfermería	Valoración de la persona, sus dimensiones y contexto ^{10, 11} .	Se reconoce en la particularidad de cada encuentro y la comprensión de cada persona integrada por otras dimensiones además de la física cuya realidad esta demarcada por su historicidad, llevando a un abordaje integral de las necesidades de cuidado.	
Realidad	Multidimensional y dependiente del contexto, se hace énfasis en las observaciones empíricas, existen múltiples dimensiones de la experiencia, se toma en cuenta el contexto de la persona y su interacción con el medio ambiente ¹⁰ .	Se establece en el reconocimiento de la individualidad de cada contexto y las múltiples realidades presentes en cada caso; así como las observaciones realizadas durante las consultas y la integración de todos estos componentes para la comprensión de cada uno de las personas.	

Entidad y Cambio	El cambio, resultado de múltiples factores y relaciones, puede ocurrir simultáneamente en una realidad multidimensional dependiente del contexto ^{1, 12} .	Reconoce que la historia de vida y los factores inmersos en el contexto social, familiar y personal juegan un papel importante en el cambio y conducta de la salud y bienestar.
COMPONENTE TEÓRICO		
Teoría del Autocuidado	En ella se determinan los requisitos de autocuidado y desviaciones de la salud mediante diversos métodos de recopilación de información. Orem introdujo requisitos necesarios para la vida, la salud y el bienestar y explicó la complejidad de un sistema de autocuidado, en tanto una persona que realiza autocuidados debe primero estimar o investigar lo que puede y debe hacer. Se trata de una acción compleja de conocer y buscar información sobre específicas. Posteriormente la enfermera analiza y emite juicios dentro de los límites de la agencia de enfermería (experiencias y capacidades) ¹³ .	En la narrativa se visualiza en la asistencia a controles de enfermería sorteando sus propias limitaciones, lo cual traduce en compromiso con el cuidado de su salud. En este apartado se pueden vislumbrar la identificación por parte del enfermero y en la búsqueda de información que oriente a identificar los requisitos de autocuidado, para lo cual se basa en la fuente primaria que constituye el paciente y los datos que este ofrece contrastado con la valoración de ayudas diagnósticas como laboratorio. Este amplio conocimiento de su entorno y situación particular lleva al enfermero a determinar lo que debe y puede hacer el paciente en relación a la salud y bienestar.
Teoría del déficit de Autocuidado	La idea central de esta teoría describe por qué las personas necesitan cuidados, como concepto teórico, el déficit de autocuidado expresa el valor de la relación entre otros dos conceptos: agencia de autocuidado y demanda terapéutica de autocuidado. Orem define agente como la persona que emprende una acción o tiene poder para hacerlo. El autocuidado es identificado por la enfermera en las limitaciones relacionadas con la salud, de conocer, decidir y producir cuidados a uno mismo. Cuando la agencia de autocuidado de la persona no es adecuada para satisfacer todos los requisitos de autocuidado existe un déficit de autocuidado y por tanto existe desigualdad entre la demanda de cuidados de dependencia y la agencia (capacidades) para cuidar de la persona que necesita asistencia sanitaria, haciendo legítima y necesaria las intervenciones y/o acciones de enfermería ¹³ .	En la narrativa se considera a la enfermera como un agente y representante del cuidado, quien realiza una valoración completa de cada paciente mediante la comunicación empática orientada a identificar la capacidad de autocuidado (limitaciones físicas, sociales y económicas) y dependencia; es decir el déficit de autocuidado, para de esta manera emprender intervenciones acordes al contexto que propendan en salud y bienestar.
Teoría Sistema Enfermeros	Descrita por Orem como una acción o secuencias de acciones concretas realizadas con un fin; es decir un "sistema de acción" que busca promover la vida, la salud y el bienestar. Los sistemas de enfermería engloban a las otras teorías, gravita sobre la práctica y papel de la enfermera y la relación interpersonal entre enfermeras y personas que recibe los cuidados, en el contrato social entre enfermera y paciente. Toma en cuenta los conceptos de persona cuidados o cuidados dependientes en conjunto con las capacidades, limitaciones y demandas para el autocuidado. En cada uno de los sistemas de la teoría de Orem, el déficit de autocuidado es el elemento necesario que conduce al diseño de un sistema de enfermería, es así como dentro de esta conexidad del sistema mismo, podemos ubicar el subsistema interpersonal y el subsistema social/contractual, el primero incluye todas acciones u operaciones necesarias, como entablar y mantener relaciones efectivas con el paciente y/o la familia u otras personas implicados en la atención y los acuerdos entre pacientes, cuidadores y el agente de autocuidado para lograr el bienestar. De esta manera la teoría general se hace más concreta para la enfermera práctica ¹³ .	La narrativa se observa como el enfermero determina acciones basadas en las necesidades de autocuidado y a partir de la integración de las variables biológicas (interpretación de laboratorios y otras ayudas diagnósticas como tamizaje cardiovascular), sociales, económicas y espirituales de cada uno de los pacientes, además, teniendo en cuenta las limitaciones del cada contexto y salud de los pacientes. El sistema enfermero se orientó a determinar a partir de la interacción enfermera-paciente, acuerdos para alcanzar el bienestar, algunas de estas parciales o totalmente compensatorias, aunque en su mayoría se orientó hacia las intervenciones educativas para mejorar el bienestar y la salud del paciente. En esta se vincula al cuidador familiar.
COMPONENTE EMPIRICO: Análisis de los patrones de conocimiento		
Patrón personal:	Es a partir de este que se alcanza el verdadero arte de enfermería, requiere conocimiento propio y del otro, se crea en relación con otros ⁶ .	Se hace visible cuando el enfermero valora cada encuentro de cuidado, a cada paciente de forma particular y a la vez como un todo, mediante la construcción de una relación genuina alcanza la comprensión de sus necesidades de cuidado y casi sin darse cuenta se llegaba a la empatía y trascendencia del cuidado físico al cuidado holístico.

<p>Patrón empírico: Este comprende conocimiento acumulado, adquirido mediante la comprensión de los significados y de las formas de lenguaje^{6, 14}.</p>	<p>Se observa cuando el estudiante aplica valoraciones de necesidades de cuidados, determina el déficit del mismo y aplica el sistema enfermero, emprendiendo desde su conocimiento teórico actividades educativas precisas de acuerdo a cada situación.</p>
<p>Patrón ético: Se trata de acciones moralmente guiadas, impulsadas por virtudes como empatía y compasión⁸. Se relacionan con principios éticos y bioéticos, y trascienden el código deontológico al reconocer la dignidad de aquellos bajo cuidado como seres humanos merecedores de respeto¹⁵.</p>	<p>En la narrativa se puede contemplar en la introspección del deber moral de cuidar al considerar a la persona cuidada desde sus diferentes perspectivas y hacerlas merecedoras de un cuidado, particular, único con calidad, sensible y humano, en el compromiso adquirido por el estudiante en relación a su formación.</p>
<p>Patrón estético: abstrae aquello que es individual, particular y único e incorpora en un todo de forma equilibrada y unificada las conexiones y la comprensión del significado de cada encuentro mediante la conexión con el paciente, transformando la experiencia de salud para actuar con habilidad mediante el juicio clínico y razonamiento hacia acciones efectivas^{16, 6}.</p>	<p>Visible cuando el estudiante decide con tesón cada día dar lo mejor de sí, valora su conocimiento y lo que requiere aprender, cuando enaltece en la práctica cada momento de encuentro, dándole significado a la comunicación con cada ser humano y los valores pertinentes para cada momento de cuidado.</p>
<p>Patrón sociopolítico: Hace parte del patrón empírico⁶ se relaciona con la identidad cultural y la historia de vida de la persona^{17, 18}.</p>	<p>Enmarcado por el contexto y políticas que favorecen, limitan o perpetúan experiencias en salud de los seres humanos y la práctica de enfermería; presente al reconocer en cada paciente las condiciones de epidemiológicas propias de su etapa de vida, patología, las políticas desarrolladas para la atención del adulto mayor, así como el reconocimiento del contexto particular y compartido de este grupo de personas, lo que deriva en acciones promocionales de salud.</p>
<p>Patrón emancipatorio: Es la colaboración y mutuo entendimiento entre el paciente y la enfermera entorno a su proceso de salud, lo cual involucra interacción y coordinación interpersonal para reconocer la realidad y los problemas inmersos en el contexto, la historia y la vida de las personas, lo que conlleva al análisis, reflexión y nuevos pensamientos, y deriva a en acciones justas y equitativas¹⁹.</p>	<p>Estos elementos de interacción y coordinación del patrón se identifican en la relación construida entre estudiantes y paciente, lo que lo lleva a la reflexión crítica y acciones de una mejor práctica, educación promocional acorde a las necesidades identificadas.</p>

Elaboración: Yalena Ortiz Anaya. Profesor Programa de enfermería. Universidad de Sucre

CONCLUSIÓN

El cuidado de enfermería es un proceso caracterizado por la complejidad, la integración y el bienestar²⁰, complejidad que lleva implícito el ser humano objeto de estudio de la disciplina, los diversos y cambiantes entornos de cuidado y fenómenos de salud, que conlleva a integrar las diversas fuentes de conocimiento del enfermero con los aspectos axiológicos y praxiológicos de la práctica, para lograr intervenciones guiadas no solo por el acervo teórico y práctico sino, basados en las interacciones de confianza con individuos o grupos para la salud y el bienestar humano²¹.

El enfermero desde su formación y durante la práctica requiere desarrollar y fortalecer las competencias teóricas, prácticas y personales. Estas últimas requieren vincular como fundamento de la humanización la alteridad de la que habla Levinas²², en donde es posible verse en el otro, con sus potencialidades y vulnerabilidad, comprender al ser humano desde su contexto, su historicidad, vinculando una relación humanizada en la que se requiere una asistencia singular. Es solícito que para cuidar se trascienda la dimensión física del enfermero y de los sujetos de cuidado, salir de la subjetividad y

sumergirse en la intersubjetividad que demandan los fenómenos complejos que rodean la disciplina de enfermería. Entre tanto, la formación y la práctica de enfermería eleve y mantenga estas banderas, el acto de cuidado permanecerá siendo humano, empático, trascendente y de calidad.

Las narrativas y situaciones expuestas a partir del Sistema Conceptual Teórico Empírico, pone a disposición de las personas, la sociedad y la ciencia de forma sencilla y tangible lo que hace, cómo lo hace y los fenómenos de salud que nos interesan como disciplina, así como la aplicabilidad teórico-práctica de la ciencia del cuidado, al hacer posible la reflexión de la práctica misma en los diferentes escenarios donde enfermería brinda cuidados. Estimular la escritura y análisis de narrativas en la práctica y la formación de profesionales de enfermería, ejercita la reflexión crítica, hace más asequible y funcional cada uno de los holones que constituyen el conocimiento disciplinar²³.

Referencias

1. Vega OM. Vista de Estructura del conocimiento contemporáneo de enfermería. *Rev Cienc y Cuid* [Internet] 2017 [Citado 12 de febrero de 2023]; 3 (1): 56-68. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/905>
2. Butts JB. Components and Levels of Abstraction in Nursing Knowledge. En: Jones & Bartlett L (ed.). *Philosophies and theories for advanced nursing practice*. Sudbury, MA. 2011. p: 89-112.
3. Duran de Villalobos MM. Marco epistemológico de enfermería. *Rev Aquichan* [Internet]. 2002 [Citado 9 de febrero de 2023]; 2 (2): 12. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/35>
4. Fawcett J. *Contemporary Nursing Knowledge*. Second ed. Company FAD. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2006. 641 p.
5. Enríquez I, López M, Calixto M. Empatía en la relación enfermera - paciente: perspectiva de los patrones del conocimiento de Barbara Carper. *Rev Enfermería del Inst Mex del Seguro Soc* [Internet] 2019 [Citado 8 de febrero de 2023]; 27(4):230-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2019/eim194g.pdf>
6. Durán de Villalobos MM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería conocimiento personal. *Rev Aquichan* [Internet] 2005 [Citado 11 de febrero de 2023]; 5 (5): 86-95. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100009
7. Osorio JH. Patrón de conocimiento socio-político en enfermería: reflexiones conceptuales. *Rev Cuid* [Internet] 2016 [Citado 10 de febrero de 2023]; 7(2): 1352 doi:10.15649/cuidarte.v7i2.319
8. Plata-Moya D, Colmenares-Robles Z, Coromoto-Herrera I. Desde la enfermería basada en evidencia: patrones de conocimiento: mirando su narrativa: fenómeno del cuidado. *Cult los Cuid* [Internet] 2020 [Citado 9 de febrero de 2023]; (58): 196-206. doi: 10.14198/cuid.2020.58.17
9. Fawcett J. Implementing nursing Models and theories in practice. En: F.A. Davis Company, editor. *Contemporary Nursing Knowledge, Analysis and evaluations of nursing models and theory*. second. Ph; 2006. p. 31-48.
10. Fawcett J. The structure of contemporary nursing knowledge. En: Company FAD, editor. *Contemporary Nursing Knowledge Analysis and evolution of nursing models and theories*. Second. Philadelphia; 2006. p. 3-30.
11. Bueno LS. Aspectos Ontológicos Y Epistemológicos De Las Visiones De Enfermería Inmersas En El Quehacer Profesional. *Ciencia y enfermería* [Internet] 2011 [citado 9 de febrero de 2023]; 17 (1): 37-43. doi: 10.4067/S0717-95532011000100005
12. Karol BA. Narrativa de enfermería analizada mediante el sistema conceptual teórico empírico. *Rev Colomb Enferm* [Internet] 2017 [Citado 9 de febrero de 2023]; 15: 86-96. doi: 10.18270/rce.v15i12.2139
13. Donna L. Harrweg. Dorothea Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. En: Smith MC, Parker ME. *Nursing Theories and Nursing Practice*. Fourth. Philadelphia; 2009. p. 105-32.
14. Jacobs-Kramer MK, Chin PI. Perspectives on knowing: a model of nursing knowledge. Vol. 2, *Sch Inq Nurs Pract*, 1988: 129-44
15. Fernández-Aragón S, Madero-Zambrano KP, Vallejo-Arias SL, Carrillo-González S. Aplicación del patrón de conocimiento ético por parte del profesional de Enfermería. *Ética los Cuid Humaniz en salud* [Internet] 2019 [citado 11 de febrero de 2023]; (12): 7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7274972&info=resumen&idioma=SPA>
16. Muñoz YM. Patrón de conocimiento personal identificado en narrativas de profesores de Enfermería. *Rev Cuid* [Internet] 2019 [Citado 11 de febrero de 2023]; 10(2): 1-19. doi: 10.15649/cuidarte.v10i2.688
17. Coahpetzin I, Gutiérrez C, Valle M. El cuidado de sí mismo en enfermería. una visión con perspectiva de género. *Cult los Cuid* [Internet] 2022 [Citado 10 de febrero de 2023]; 26(63): 203-19. doi: 10.14198/cuid.2022.63.15

18. Pinargote-Chancay RR, Delgado-Janumis DA, Pincay-Cañarte ME, Lino-Solis LP. Patrón de Conocimiento Sociopolítico: Disciplina y práctica de la profesión en Enfermería. *Cienciamatria* [Internet]. 2021 [Citado 9 de febrero de 2023]; 7(12):952-61. doi: 10.35381/cm.v7i12.455
19. Torres EA, Martínez LA. Patrón de conocimiento etnancipatorio y su contribución al desarrollo del conocimiento de enfermería [Internet]. Vol. 14, *Cultura del cuidado*. 2017 [Citado 8 de febrero de 2023]. p. 72-7. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/4330/3677>
20. Reed PG. Nursing: the ontology of the discipline. En: Reed P, Shearer NC, Nicoll LH, editors. *Perspectives on nursing theory*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 321-7.
21. Reed PG. Standpoint Epistemology and Nursing Science. *Nurs Sci Q* [Internet]. 1 de enero de 2022; 35(1):41-5. Disponible en: <https://journals-sagepub-com.udea.lookproxy.com/doi/epdf/10.1177/08943184211051361?src=getfr>
22. Almeida D. A filosofia levinasiana numa experiência de cuidar em enfermagem: a humanização decorrente da alteridade. *Rev Enferm Ref* [Internet] 2013 [Citado 10 de enero de 2024]; 3 (9): 171-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239968001.pdf>
23. Benavides O, Gómez M. Metodología de Investigación y Lectura Crítica de Estudios. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet] 2005 [Citado 9 de febrero de 2023]; 34(1): 118-24. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80628403009>



YALENA ORTIZ ANAYA



Enfermera, especialista en epidemiología, magister en enfermería y candidata a doctora en enfermería de la Universidad de Antioquía. Con amplia experiencia en servicios asistenciales de urgencias, salas de trabajo de parto, cirugía, medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría, salud pública, vigilancia epidemiológica y docencia universitaria en las áreas de cuidado básico, cuidado del adulto, investigación y profundización del dolor; miembro del grupo de investigación Cuidado de la Salud de la Universidad de Sucre.



ANNY JULIETH CONTRERAS VILORIA



Estudiante de séptimo semestre de Enfermería de la Universidad de Sucre, perteneciente al grupo de investigación “Cuidado de la Salud”.

AUTORÍA