



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA  
Facultad de Enfermería

# Voces sobre El Cuidado

N.º 7

- Editorial
- Saberes
- Reflexiones
- Diálogos
- Garabatos, letras y algo más
- Laboratorio de lenguas

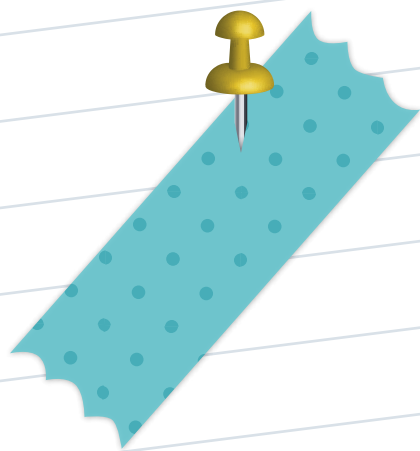
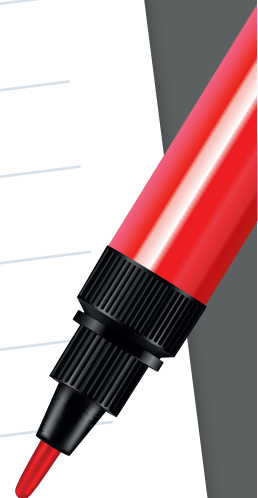
"ISSN: 2745-2093 (En línea)"

Voces sobre  
**El Cuidado**

Voces sobre  
**El Cuidado**

# Editorial

Del descuido entre palabras



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**  
Facultad de Enfermería



## Del descuido entre palabras

María Nubia Romero Ballén<sup>1</sup>

### Voces del silencio en pandemia.

*“... Te escribo, converso contigo también en monólogo para sanar esta sensación de abandono y de insensibilidad de ti que me tala el alma, como un témpano de hielo que paraliza e invalida todo discurso de cuidado humanizado que tanto promoví. Vivimos la experiencia desgarradora y el sentimiento de impotencia que el aislamiento y la indolencia dejaron como rastro en nuestras vidas con tu partida. Me he preguntado: ¿Lucharon para cuidarte de la soledad y la indiferencia?... Lamento decirlo, no fue así contigo, las cuidadoras te abandonaron, tu cuerpo y corporalidad fueron olvidados antes de tiempo... El celular pudo más que tu condición humana, lo vi frente a mí. Una cuidadora fría y distante que ni ante mi presencia logró separar sus ojos del celular. El ritual sagrado, defensor de la dignidad, se esfumó. No hubo atención, ni empatía, ni palabras, ni conversación, ni inspiración en el cuidado. No vi ni sentí ninguna trama con la otredad. Te vi y te sentí sin cuidados, abandonado a la rutina fría de la UCI, a la ausencia del profesional de enfermería y a la negación rotunda de tu corporeidad, de tu existencia. Que odisea, que trauma, que impotencia y que encrucijada tan temeraria corroborar el desdén frente al lenguaje del cuerpo-corporalidad. No fue solo la posibilidad de acontecer, fue el acontecimiento mismo. Partiste en un entorno frío, caótico, insensible, pleno de incertidumbre, en medio de pitos y alarmas perturbadoras, rodeado de silencios prolongados cargados de indiferencia, sin palabras cálidas, sanadoras, sin la expresión de afecto por ti, sin que alguna de nosotras sostuviera tu mano, sin que sintieras el calor de nuestras vidas, sin que nos avisaran con tiempo de tu posible partida... Ya no estamos juntos y el galimatías de la pandemia del Covid impidió el deseo más grande que tuvimos: Cuidarnos para morir juntos...”<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Enfermera, Magister en Salud Pública

<sup>2</sup> Apartes de “Palabras para sanar y exorcizar mi duelo”, sin publicación

Cuando los malos tiempos arruinan los buenos sueños y los buenos amores, la palabra se silencia para escuchar mejor el sonido del dolor, el aroma de la tristeza y el dulce-amargo que brota de los duelos no deseados: Duelo familiar y profesional a la vez. De este contraste dulce-amargo rescatado en esas noches de insomnio y en esos reencuentros con buenas colegas conversadoras y persuasivas para publicar con esta editorial surgen en mi mente algunas ideas. Ideas que se evocan en medio de la desesperanza, pero en el filo de la utopía. Ideas que me llevan a romper la promesa de “silenciar mi palabra frente al cuidado”, promesa esgrimida como estrategia para encarar y exorcizar el duelo profesional ante la inminente pérdida del cuidado humanizado que tuve que vivir.

Estoy aquí con ustedes para sembrar y cosechar palabras, ideas y conceptos que seguro todas y todos hemos leído y repetido hasta el cansancio, sintiendo el riesgo de perder sentido en ellas. Me arriesgo a recabar sobre ideas que nos inspiren para conectar de manera permanente el sonido de las palabras con la vista y con el tacto como acción hermenéutica, como lo plantea la Neurociencia hoy. He de insistir en que la persona merece vivir, así su cuerpo esté aparentemente sin vida o inconsciente, porque ya sabemos que el cerebro tiene vida propia. La persona necesita del contacto físico, de la expresión de ternura que puede avivar la potencia humana del cuidado como categoría ontológica de nuestro horizonte cuidador y resistir a la presencia del *des-cuido*. *Des-cuido* que no se desea, que no se añora, pero tampoco advierte su presencia en condiciones de calma o adversidad. Siempre su sombra nos acompaña y se agazapa como un virus depredador.

Al volver sobre las palabras encontraremos el sentido, la sonoridad que de ellas emana y su interpretación para que se entretengan en la memoria, tomen posesión de nuestra conciencia y alerten sobre su significado sanador. Aprendemos que el valor de la comunicación, de la conversación, del diálogo con el otro es la potencia de la humanización, de la constitución del sujeto. Al percibir y darnos cuenta de que esos sonidos interactivos llenan nuestro circuito neurológico, son los que dan sentido a lo no sabido, a lo no conocido, a lo no vivido, a eso que llamamos trama de la vida en relación con los otros y que incentiva la plasticidad neuronal. En esta trama diversa está el sentido del *Arte de Cuidar* la vida mediante la acción comunicativa. De ahí que la sonoridad sanadora que despierta hablar de *Arte del Cuidado* se diferencia rotundamente del sonido y ritmo del *Des-Cuido*. Aprendí que en el *arte de cuidar* la vida para no caer en el *des-cuido* tenía que armonizar dos palabras en una comunicación vital, mediante el cultivo de dos capacidades humanas entramadas entre sí: La empatía y la sensibilidad.

¿Por qué hablar de *arte de cuidar* la vida y no simplemente del cuidado? Porque el sentido del *arte de cuidar* la vida debe despertar la sensibilidad y la empatía hacia el mundo que vivimos con el pincel de la conversación, con el aroma de la tinta que percibimos, con el malestar de las personas que cuidamos. El *Arte de Cuidar* la vida es adentrarnos en lo desconocido, en lo no sabido para empe-

zar a esculpir un cuidado desde la experiencia del otro, o desde las experiencias entramadas y los saberes compartidos.

Este despertar de la Sensibilidad-Empática se manifiesta siempre y cuando el conversar nos lleve a revitalizar la palabra, la emoción, la percepción, la lectura y escritura de los cuerpos-corporalidades, a expandir nuestra capacidad *sentipensante*. Sensibilidad empática que es la voluntad *corazón-razón* contra el *des-cuido*, contra el abandono y la ausencia total de los sujetos de cuidado en la complejidad contextual que vivimos. Segura estoy de que muchos y muchas de ustedes lo han logrado, pero me he topado con quienes no lo han conseguido y mi duelo se ha exacerbado. Recordemos que conversar, como acción vital, implica decodificar e interpretar desde la otredad su mundo, y a la vez conversar consigo misma o mismo, es una danza sonora *sentipensante* y vital para el cuidado de los seres vivos. Es encantarnos con lo desconocido, con lo no vivido, con lo extraño a nuestras maneras de vivir en el mundo para aprender de él.

Este *Cuaderno Voces sobre el Cuidado* recobra las memorias que se tejen en los procesos de investigación mediante la palabra viva, pues eso mismo es el *arte de cuidar en acción cuidadora*, en *acto de cuidar* la vida, y me he preguntado desde mi proceso de duelo: ¿Por qué ese poder de la conversación vital, ese encanto con la palabra no pervive en la conciencia diaria del cuidado clínico de las personas? ¿Por qué no se hace disidencia frente al discurso hegemónico que nos atrapa, que nos aísla de las personas y nos centra en el trabajo digital que aliena? ¿Por qué no romper con ese sistema que desnaturaliza la enfermería y nos roba el fluir por la vida a través de las palabras, los contactos y las alegrías, y no de los silencios vacíos? ¿Por qué seguimos admitiendo el orden de la “eficiencia administrativa” y negando al placer o goce del fluir entre historias y experiencias en ese dialogo multidimensional tan imperativo para esculpir el *arte de cuidar* la vida?

El cuidado como *arte* implica abandonar la rigidez de los protocolos y avivar la creatividad en el encuentro singular con la otredad; generar capacidad comunicativa-dialógica con vínculos emocionales e interacción permanente con las personas para no perder la sensibilidad por la vida frente a la muerte. La sonoridad del *arte de cuidar* evoca el desarrollo de capacidades para tener una mente abierta al mundo, que sea capaz de leer y narrar la potente diversidad de la experiencia humana en la salud, la enfermedad, la vida y la muerte. Capacidad y habilidad que se concretan en la manera de habitar la vida con toda la gama de certezas e incertidumbres, de diferencias y contradicciones o imaginarios desde sí y desde la otredad. Esto es Sensibilidad-Empática. Permitámonos habitar la vida entramados en conversaciones, en diálogos singulares y experiencias entramadas con las personas y contextos que vivimos para endulzar la vida con palabras cargadas de sentido y resistir a la rutina alienante del cuidado.

Considero que el permitirnos estar ensimismados en la rutina alienante nos aleja de la *atención* que hemos de tener en el cuidado y de la “propiocepción” de nues-

tros gestos y postura corporal frente a sí mismos y hacia los demás, así es como abrimos la puerta a la indolencia. Si nos alejamos de la *atención* nuestra voluntad para captar la respuesta humana se apaga y caemos en la ineptitud para cuidar, es decir silenciamos la sensibilidad empática. La empatía requiere ser cultivada para despertar la potencia de la sensibilidad en sí mismos y mismas, para que la presencia y existencia del otro sea evidente, sea carnal, para que la rutina alienante no nos ciegue, recordemos que “la mirada es el camino biológico a la interpretación”, que la ausencia de palabras creativas reduce el pensamiento.

Para que la experiencia empática se encarne y sobreviva en el *arte de cuidar* la vida es necesario el encuentro con la experiencia del otro desde la comunicación cerebro-corazón. Lo contrario es cosificar al sujeto, instrumentalizar el cuidado, despojarse de la experiencia vital y enterrar la sonoridad y textura de las palabras en el *arte de cuidar* que aviva la atención. Es hacer trueque entre la afabilidad y la indiferencia, entre la ternura y la displicencia, es canjear con el *des-cuido*. Esta es la huella que queda: La ausencia de empatía. Se olvida que la capacidad de asombro ante la potencia diversa de la vida humaniza el proceso empático. Para muchas familias que viven una relación de cuidado clínico adverso su percepción está en la ausencia de empatía como *des-cuido*. *Des-cuidos* que además contienen una reducción de pensamiento ante la ausencia de palabras cuidadoras.

Despleguemos la potencia de la Sensibilidad-Empática que nos ofrece el *arte de cuidar* para leer y releer la existencia humana y ser narrada con sentido. Los cuerpos-corporalidad manifiestan la existencia del ser, su identidad, sus emociones y pensamientos. Las experiencias habitan y hablan de manera íntegra como seres corpóreos, como territorios histórico-culturales, hablan de sus experiencias, de sus sentires, de las maneras de pensar y de sus modos de andar por la vida. Aquí la complejidad de la interacción integradora nos pone de manifiesto que *el cuerpo es una experiencia narrativa* viva y no solo una estrategia instrumental de la Enfermería.

Aprender y ejercer la lectura de los cuerpos-corporalidad, de los estados emocionales, de los silencios prolongados, de las manifestaciones o ausencias corpóreas y culturales, es tejer arte narrativo y cuidador, no en solitario, sino en compañía de las voces que intervienen. Esta acción es imprescindible en la enfermería para contrarrestar el *des-cuido*. Es una manera de hacernos sentir, es validar la experiencia vital en esos encuentros con la palabra viva, con rostro y mirada amable en esos entornos clínicos. Estas narrativas y no el apego al computador, al celular, a la mirada esquiva, a la indolencia e indiferencia por la escucha, y sí por la palabra que alivie, que acerque, que hable de las experiencias encarnadas de vida-muerte, necesitan ser leídas, interpretadas, comprendidas y discernidas como actos fenomenológicos en el *arte del cuidado*. Un cuidado como acto moral o imperativo categórico del “*deber ser*” para el cuidado humanizado y la humanización de sí misma y sí mismo.

# Saberes

- Conocimientos y actitudes de jóvenes sobre los documentos de voluntades anticipadas
- Itinerarios terapéuticos de cuidadores de niños y niñas de 0 a 5 años que presentan EDA e IRA





## Conocimientos y actitudes de jóvenes sobre los documentos de voluntades anticipadas<sup>1</sup>

Ana María Aguirre Martínez

Kelly Johana Correa Santa

Yuliana Gallego Duque

Leidy Yohana Vanegas Preciado

Lesly Manuela Vélez Conrado<sup>2</sup>

**Objetivo:** Conocer las actitudes y conocimientos de jóvenes entre 18 y 25 años sobre la declaración de voluntades anticipadas -DVA- 2022-2023. **Metodología:** Investigación cualitativa, realizada mediante entrevistas semiestructuradas. Los participantes fueron 5 mujeres y 10 hombres. El muestreo se logró por “bola de nieve” y los datos obtenidos fueron analizados mediante tres unidades de análisis: Documento de Voluntades Anticipadas, Situaciones para hacer el Documento de Voluntades Anticipadas y Consentimiento Informado, donde se logró ordenar y sintetizar los hallazgos. **Resultados y discusión:** El DVA sirve para tomar decisiones sobre posibles tratamientos para pacientes con enfermedades que cursan con una pérdida o disminución de la capacidad para ejercer la autonomía, sin embargo, al indagar sobre los conocimientos que tienen los jóvenes acerca de éste, se encuentra desconocimiento o ideas imprecisas sobre su uso. Hay mayor conocimiento sobre el instrumento de consentimiento informado, pero al profundizar se encuentran barreras de comprensión. **Conclusiones:** El DVA es un tema atravesado por la religión, aspectos morales, familiares y es algo en que los jóvenes no piensan mucho porque no hay una gran conciencia sobre la enfermedad, la discapacidad y la muerte. No hay claridad sobre cómo puede ser aplicado para decidir sobre tratamientos. Aunque se encuentra estrechamente ligado a las decisiones sobre la muerte digna, genera muchos inte-

1 Artículo producto del ejercicio investigativo del Seminario de Investigación I y II del pregrado de Enfermería Universidad de Antioquia.

2 Estudiantes de octavo semestre de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

rrogantes y se asocia solo con la donación de órganos y eutanasia. Se requiere mayor apropiación del tema por los profesionales de enfermería como parte del proceso educativo y de gestión en la atención.

## Introducción

El Documento de Voluntades Anticipadas, también conocido como “testamento vital” o “directiva anticipada de voluntad”, ha sido una temática de la que se viene hablando en Estados Unidos desde finales de los 60’s con Louis Kutner quien propuso este escrito como una manera de consentir, por parte del paciente de manera previa su deseo de aceptar o negar intervenciones médicas al final de su vida. En el contexto colombiano, la legislación respecto al tema es reciente, inicia en 2014 con la Ley 1733 Consuelo Devis Saavedra, en la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos, en ella se contempla como uno de los derechos de todo paciente con enfermedad terminal, crónica o degenerativa la posibilidad de manifestar su voluntad tanto en el proceso de atención antes de su muerte como en la disposición de donar órganos después de ella. Luego en 2015 con la Resolución 1216, donde se dan las directrices para la organización y funcionamiento de los comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad.

El desconocimiento del DVA está atravesado por el temor que lo envuelve en una serie de tabúes culturales y morales. Los jóvenes no lo consideran un tema relevante porque

no hay conciencia clara de la enfermedad y la muerte. Sin embargo, es una herramienta que trae consigo beneficios tanto para el paciente, como para sus cuidadores y familiares y para los profesionales de la salud, teniendo en cuenta que el DVA es un tema que no sólo les compete a personas con patologías que amenazan la vida, sino también a personas sanas que quieren tomar decisiones de manera prospectiva (Bejarano, Braojos, Díez y otros, 2019).

En Colombia ha tomado fuerza el tema y se ha sustentado la importancia del mismo en relación a la muerte digna como derecho fundamental de cualquier persona, fruto de cambios a nivel político y social que han permitido el reconocimiento de la muerte como un proceso natural de la vida, de igual manera, procesos como el envejecimiento y el padecimiento de enfermedades que pueden acelerar el proceso de muerte, han servido también de base a las discusiones sobre los derechos fundamentales como el decidir sobre la propia vida (Quintero, 2021).

La planificación de las voluntades anticipadas constituye una herramienta valiosa para el equipo de salud, y es de vital importancia para los profesionales de enfermería que en ocasiones son quienes asumen el papel de dar las noticias que se rela-

cionan con el final de la vida (Forero, Vargas, Bernal, 2019).

## Metodología

Esta investigación fue de tipo cualitativo (Wynn y Money 2009) con el fin de comprender los conocimientos y actitudes de jóvenes entre 18 y 25 años sobre la declaración de voluntades anticipadas 2022-2023. No se tuvo restricciones por etnia, género, sexo, escolaridad, profesión, ocupación, estrato socioeconómico, creencias, religiosas o políticas, lugar de procedencia, lo que permitió una exploración amplia sobre las voluntades anticipadas, se accedió a los jóvenes por contacto social y la herramienta bola de nieve o referidos ampliando progresivamente los sujetos de nuestro campo (Salamanca A., Crespo C., 2007). Entre las personas entrevistadas, 10 fueron hombres y 5 mujeres, todos con el bachillerato culminado y la mayoría con una técnica laboral y pertenecientes a los estratos 2 y 3. Las entrevistas se concertaron según disposición de horario de los participantes, de manera presencial, fueron grabadas por audio y su duración fue variada entre 35 a 40 minutos. Los datos fueron transcritos y se hizo una inmersión progresiva, clasificando inicialmente las temáticas que se fueron condensando. Se resaltaron testimonios significativos, que permitieron construir un texto que fue contrastando con literatura sobre el tema.

El rigor por su transversalidad en el proceso investigativo permite valorar de manera detallada las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos, con el fin de que estén enfocados en la calidad de los resultados de la investigación (Noreña et al. 2012). Los hallazgos producto de la investigación permitieron explorar, desde la palabra de los participantes, la relevancia del tema y la necesidad de que conozca y se eduque en él, son datos creíbles porque son producto de las entrevistas realizadas con los participantes, a quienes se les compartieron los resultados después del análisis y consideraron que recogían sus aportes a la misma. Otros investigadores pueden analizar cómo se hizo la investigación y los resultados pueden ser comparados con otros estudios o aplicados en otros contextos con otras poblaciones. Como jóvenes que desarrollamos la investigación, se expusieron anticipadamente los pensamientos sobre los DVA, revisando constantemente que las preguntas no fueran directivas y que el análisis no se viera interferido por las creencias u opiniones de las investigadoras.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería con Acta N.º CEI-FE 2022-52, partiendo de la Resolución 8430 de 1993, los requisitos éticos para la investigación de Ezequiel Emanuel (1999), las pautas internacionales para la investigación en salud de la CIOMS 2016 (Bandewar,

2017), y la Ley 911 2004. Se respetaron la dignidad y derechos de las personas, se les pidió consentimiento para su participación y se les garantizó confidencialidad y respeto por sus testimonios a través de seudónimos.

## Resultados y discusión

### Documento de voluntades anticipadas

La evolución de la atención en salud se centra actualmente en reconocer y respetar la autonomía del paciente para tomar decisiones relacionadas con el proceso de salud, enfermedad, cuidado, atención, muerte (Arias y Torres, 2017), resaltando la importancia que tienen las voluntades anticipadas para respetar las preferencias de la persona en aquellos casos donde ya no pueda decidir o determinar los aspectos legales, técnicos y médico-sanitarios por sí mismo y sea necesario intervenir en beneficio de su vida (Zaragoza, Sanchis y García 2020)

Estudios como el de Álvarez y Gomezese (2022) demuestran el desconocimiento que tienen los profesionales de la salud y la población sobre los DVA y en este caso, que se indagó en jóvenes, se encontró que los conocimientos eran inseguros, vagos o nulos.

*“No, nunca en mi vida he escuchado de ese tema” Carlos*

*“Creo... que es un documento en el cual uno deja testimonio de que quieren que hagan después de que uno no pueda de-*

*cidir por sí mismo ya sea por un fallecimiento o cualquier tipo de enfermedad que se pueda generar” Hernán*

El DVA tiene múltiples usos en pacientes con enfermedades que cursan con una pérdida o disminución de la capacidad para ejercer la autonomía (Bejarano, Braojos, Díez y otros 2019), Álvarez y Gomezese (2022) explican que la redacción del DVA puede ser realizada por cualquier persona que esté en perfectas condiciones tanto mentales como físicas, en el Artículo 5 de la Ley 1733 de 2014, se establecen los derechos de los pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas o irreversibles, siendo la redacción del DVA uno de ellos. Por su parte, la Resolución 2665 del 2018 regula los requisitos y formas de realización del DVA. Algunos de los participantes tenían algunas ideas, no siempre precisas

*“Cuando la persona se encuentra en un estado de salud precario...cuando una persona tiene cáncer y no quiere que lo traten” Darío*

*“Toma de decisiones cuando uno no esté en todo el sentido de tomarlas, esté bajo algún medicamento o haya perdido el conocimiento.” Elkin*

En los estudios de Guirro, Bueno, Ferreira et al (2022) y Bejarano, Braojos, Díez y otros (2019) se analiza que el desconocimiento, se atribuye a que culturalmente es visto como tabú porque de la enfermedad

y la muerte no se habla, se considera anticipar algo nefasto y perturbador, los participantes consideran que se generan debates donde es complicado ponerse de acuerdo, provocando malestar o conflicto.

*“Yo digo que hablar de esos temas... pueden generar ciertas controversias... también la desinformación cierta, como uno no está bien informado y uno no sabe acerca del tema entonces es como más complejo tratarlo” Clara*

*“Todos sabemos que en algún momento nos va a llegar, pero no sabemos cuándo, entonces es un tema que no se toca mucho” Carlos*

El DVA es beneficioso para el paciente y para los profesionales de la salud porque es una herramienta que favorece la toma de decisiones por parte de familiares y cuidadores, disminuye el estrés, la culpa y genera tranquilidad frente a las mismas (Ferrer, Vargas y Bernales 2019).

La religión y las creencias condicionan la percepción frente al DVA, específicamente sobre algunas decisiones como la no prolongación de tratamientos o finalización de la vida (Díaz, J. A. Á., 2019), según González, L. (2017) la religión aporta esperanza y puede facilitar el afrontamiento de la enfermedad, generando en la persona una postura positiva frente a dicho proceso, además de otorgar un sentido al sufrimiento, relacionado con esto, por ello el diálogo con las familias se convierten en

trasgresión moral a las creencias, y es muy complejo para los participantes:

*“No, porque en la familia hablar de eso sería como entrar en un tema donde a muchos no les gustaría tocar porque no les gusta mencionar la muerte, otros piensan que la muerte es lo que Dios le tenga preparado a uno, entonces por eso.” Santiago*

*“Mi familia es mucho de la fe, de todo se puede, de muchas cosas así, entonces siento que en ese sentido sería muy duro para ellos” Elisa*

*“Si lo toman desde lo religioso o de las costumbres y todo eso, entonces tal vez no les gustaría tocar mucho el tema” Felipe*

El DVA al ser considerado un documento legal, permite el respeto por los deseos de las personas, y neutralizar el criterio de las familias que se oponen, según la Resolución 2665 de 2018, el médico debe consultar la existencia del DVA con los familiares del paciente y en la historia clínica, y en caso de que haya sido suscrito debe actuar en consecuencia. En este sentido el DVA es formal cuando se expresa por escrito, video, audio, u otros medios tecnológicos, ya sea ante un notario, dos testigos que no sean familiares, o ante el médico tratante (Minsalud, 2018).

Se indagó a los participantes sobre la posibilidad de que sus familiares respeten sus deseos, aun cuando estos no se encuentren contemplados en un DVA:

*“Yo creo que por el amor y por sus creencias, ellos me tendrían ahí, así sea dependiendo de esa máquina” María*

*“Tal vez algunos miembros de la familia lo tomarían desde lo razonable y lo aceptarían, y pues, tal vez con dificultad, pero sabrían manejar el tema” Edgar*

Si bien los jóvenes han expresado algunas posturas relacionadas con el proceso salud enfermedad, cuidado, atención, muerte, es importante mencionar que en su grupo poblacional estos temas no son prioridad, tal como mencionan La Rosa, Samit, Ramírez, Gutiérrez (2022) los jóvenes presentan mayor miedo a la muerte y a los procesos de enfermedad, pues consideran que aún no han cumplido los objetivos de su vida, también carecen de habilidades de afrontamiento eficaces ante el sufrimiento, caso distinto de las personas mayores, los jóvenes son poco conscientes de su propia finitud, y este hecho es un factor importante en la manera en la que estructuran sus vidas y en el sentido que le dan (Lynch, Oddone, 2017).

*“Yo pienso que uno como persona joven... es un poco temerosa, .... eso hace que uno sea un poco inconsciente frente a ese tipo de situaciones que en cualquier momento te puede ocurrir algo, entonces creo que es más un poco la inmadurez de la edad” Alberto*

*“Creo que no se toca el tema, porque el joven está muy concentrado en vivir su juventud y todavía no es muy consciente de que va a llegar un momento en el que*

*va a tocar pensar en todo ese tipo de situaciones” E14H*

La planificación de las voluntades anticipadas constituye una herramienta valiosa que pone de relieve los valores y deseos del paciente fomentando un equilibrio entre la autonomía del paciente y la obligación del personal médico de propender por su beneficencia y no maleficencia; además contribuye en la disminución de los conflictos éticos frente a la toma de decisiones en salud (Forero, Vargas y Bernal 2019).

*“Muy relevante, me parece que implica demasiado en cuanto a ese tema, porque si uno deja algo escrito, va a ser más fácil” Ángela*

*“Es importante porque, de antemano tu dejas una postura a tu familia, de qué es lo que quieres que pase contigo” Emiliano*

La realización del DVA es sin duda de vital importancia para toda la población, dado que la enfermedad, la discapacidad y la muerte pueden presentarse en cualquier etapa de la vida, por ello es importante que la población esté informada acerca del tema, conozca cómo se puede realizar, qué información debe contener el mismo y de qué manera este documento puede ser legal, y en determinado momento cuando no esté en sus facultades mentales, se puedan ejecutar cuidados de acuerdo a sus valores y principios de vida (Bejarano, Braojos, Díez y otros 2019).

*“Considero de manera personal, que son temas que la gente debería conocer mucho más, porque digamos que pueden que haya pequeñas nociones, pero creo que no es información clara y justamente por lo que se menciona que hay muchos tabúes alrededor de eso, creo que es un tema que se puede generalizar más, se puede dar a conocer más y que realmente podría no sé, ayudar en la vida de otras personas” Carlos*

*“Me gustaría decidir de forma anticipada sobre mi salud o dado el caso, la muerte” Felipe*

*“Sí, me gustaría cómo dejar una carta haciéndole saber claro a ellos las cosas que quiero después de muerto, pues lo que quiero que me hagan” Esteban*

El DVA es un tema poco conocido tanto por los profesionales del área de la salud, como por la comunidad, específicamente en jóvenes como lo demuestra la presente investigación, sin embargo, posterior a introducir el tema y contextualizar sobre los beneficios de este, es posible evidenciar la actitud de los jóvenes por realizarlo, asimismo, reconocen la importancia de que este sea un tema divulgado y reconocido en nuestra sociedad.

### **Situaciones para hacer el DVA**

Según el Ministerio de Salud en Colombia (2018), cualquier persona en cualquier momento de su vida puede suscribir un documento de voluntades anticipadas. El DVA se podrá usar

para tomar decisiones con respecto a la muerte, como por ejemplo la decisión de morir o no en un ámbito hospitalario o domiciliario, si se desea o no acompañamientos religiosos o espirituales en el momento y además de cómo quieren que sean los rituales fúnebres a realizar con su cuerpo (Minsalud, 2018).

Los jóvenes participantes creen que harían uso de las voluntades anticipadas en tres situaciones principales: donación de órganos, no obstinación terapéutica y la eutanasia.

Para la donación de órganos, existe la posibilidad, que las personas en pleno uso de sus facultades expresen legalmente su deseo o rechazo para donar sus órganos en caso de que sea posible donante al morir, lo que respeta su autonomía y no deja ésta en manos de los sistemas de salud quienes, de acuerdo con el país y a su legislación, podrán hacer uso de sus órganos para trasplante (Cantú, Madrigal, Sierra y otros, 2018).

*“Si alguna persona puede vivir con mis órganos, darle la oportunidad de seguir viviendo y tener una mejor calidad de vida, estaría muy bien.” Jesús*

*“... si yo puedo colaborarle a otra persona, me gustaría qué otros se puedan beneficiar.” Darío*

*“Eh de pronto sí he pensado en que me gustaría donar los órganos en caso pues de que me pasara algo, pero ha sido más como un pensamiento que se queda pues en eso, no mm, no han sido*

*acciones como tal, sino más como pensamientos, pues, no he investigado más, qué se necesita hacer para poderlo hacer, para poderlo llevar a cabo pues como tal” Felipe*

En Colombia con la Ley 1805 de 2016 todos los colombianos son donantes obligatorios, a no ser que en vida manifiesten lo contrario. Los conceptos, requisitos y condiciones a seguir para formar parte del proceso, como lo plantea el Ministerio de Salud, es por muerte encefálica, es decir una persona sufre una lesión cerebral catastrófica, que ocasiona el cese total e irreversible de la actividad de todo el cerebro, entonces el consentimiento se hace por un DVA, por el carné de donante nacional o el formulario de aceptación que diligencia su familia si la persona es potencial donante (MinSalud, 2018).

Leal (2020) dice que las voluntades anticipadas en sus inicios tuvieron como enfoque la donación de órganos, por ser un tema que por creencias religiosas genera dilemas éticos a nivel familiar

*“simplemente el hecho de plantearles esa posibilidad sería entrar ya como en un choque con ellos, yo a pesar de que me crié, pues, como en una familia católica, no soy pues, muy, eh, muy creyente de ese tipo de cosas, digamos que tengo una mentalidad un poco diferente a ellos. Entonces creo que por ese... por ese lado, sería bastante complejo, tal vez, incluso, el de la donación de órganos también, porque digamos que, eso visto desde lo católico pues, es*

*o desde lo religioso, es bastante, mmm, no sé, complejo, entonces la verdad con mi familia sería bastante, bastante complicado.” Jesús*

Con la Ley de donación se busca atender la demanda de órganos de miles de colombianos que están en lista de espera, entonces el DVA se hará para negarse, porque de lo contrario, ningún familiar podrá oponerse a la extracción de órganos y tejidos.

Por otra parte, según la Resolución 971 de 2021 para acceder a la eutanasia o muerte digna la solicitud debe ser voluntaria, informada, inequívoca y persistente; puede estar plasmada de manera directa de forma escrita o verbal o de manera indirecta a través del DVA. Los requisitos mínimos para la solicitud son: presencia de una condición clínica de fin de vida, esto es, enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal, o agonía, sufrimiento secundario a esta y estar en condiciones de expresar la solicitud.

*“yo creo que cada quien es dueño de su cuerpo, y cada quien decide qué es lo que quiere ... yo creo que si una persona toma la decisión de decir yo no quiero vivir más, está en su plena facultad de hacerlo.” Manuela*

*“Yo aceptaría acceder a la eutanasia en caso tal de que yo ya no pueda tener autonomía sobre mi cuerpo y sobre las cosas que hago por ejemplo comer, caminar” Clara*

Parte del proceso educativo es enseñar a las personas que para tomar



esta decisión debe cumplir con los requisitos mínimos. Además que es un proceso bastante amplio, que consta de diversos pasos de verificación durante el transcurso de la solicitud. Cuando se trata de una solicitud indirecta, por medio de un DVA, se le informará al paciente sobre el derecho a recibir atención por cuidados paliativos, a la adecuación de los esfuerzos terapéuticos y el proceso de activación del Comité Científico-Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad a través de la eutanasia, que consta de evaluaciones y valoraciones que determinarán la validez jurídica del documento para la solicitud de eutanasia, evaluación del sufrimiento, presencia de enfermedad terminal, inexistencia de alternativas razonables de tratamiento y recepción de cuidados paliativos. (MinSalud, 2021)

### **Consentimiento informado**

Desde la Grecia antigua, resaltan la importancia de que los hombres pudiesen decidir acerca de si aceptar o no un tratamiento médico, resaltando la autodeterminación y autonomía inmersas en el concepto de libertad (Camargo Sánchez, A.; Olmos, J.; Higuera-Dagovett, E.; Vargas, R.; & Barreto, R 2019)

Tiempo atrás hasta la actualidad, las personas resaltan la importancia de conocer acerca de esta herramienta resaltando la autonomía y libertad de decisión:

*“Con este documento se beneficia a la persona para que decida por sí misma y no que otras personas decidan por él” Edgar*

El consentimiento informado favorece la autonomía, el respeto, la beneficencia, sin embargo, actualmente, aún se presentan barreras de comprensión de este; de manera especial, cuando predomina el lenguaje técnico y el paternalismo. Dado que, por lo general, la población firma los documentos sin comprender totalmente lo que allí se dice. Asociado a esto, existen otros puntos importantes en la comprensión como es el empoderamiento y la autonomía de la persona para consentir o disentir posterior a que se les haya expuesto abiertamente a riesgos y/o beneficios. (Pico Camacho, A. J.; Vega Peña, N. V. 2022)

*“El papel me lo entrega el doctor o la enfermera, que van a estar en el procedimiento o que me va a manipular en la cirugía y me explican qué si tengo alguna duda o alguna pregunta y listo” Manuel*

*“...Me dan un papel o el consentimiento como dicen ustedes en el cual está plasmado lo que se va a procesar en mí y si estoy de acuerdo o no estoy de acuerdo con este” Elkin*

De acuerdo con Pico, Vega y Peña (2021) el consentimiento informado es una obligación ética y legal antes de cualquier procedimiento invasivo y no invasivo, donde se lleva a cabo un acuerdo de voluntades mediante un diálogo claro, sincero y bien intencionada conciliación entre el paciente

y el profesional de salud. No ha de ser un logro meramente ligado a la firma de un documento, más bien, es un proceso centrado en el respeto a la persona, donde resaltan la autonomía y libertad de decisión.

*“Es como dar autorización sobre los datos que uno le va a proporcionar a la persona” Clara*

*“Creo que es cuando, por ejemplo, la persona va a pasar por un diagnóstico en el cual tenga que desnudarse o algo así”. Mauricio*

Si bien existe una evolución en dicho proceso, inicialmente era una transmisión unidireccional del mensaje del médico al paciente. En la actualidad se ha intentado cambiar la metodología a bidimensional, donde ambos actores interactúen, pero continúa siendo el médico el principal responsable del proceso (Pico Camacho, A. J.; Vega Peña, N. V. 2021).

*“Pues realmente no, digamos dentro del tema la ignorancia como uno no sabe, digamos el tema de la salud, cuando le dan a uno una fórmula, no sé, simplemente dice ampolla de tal o una tableta de tal, simplemente por el tema del desconocimiento piensa uno que la mejor opción es la que el profesional de salud dice” Jesús*

*“Las dos, hay personas que no manifiestan a veces las necesidades que tienen, entonces a los médicos les toca estar adivinando, pero obviamente el médico tiene más responsabilidad de los dos, es*

*una responsabilidad compartida, pero también pues las personas dentro de un tratamiento si no lo cumple o no le para bolas también tiene mucha responsabilidad” Edgar*

En muchas ocasiones la responsabilidad de la efectividad de que se comprenda el consentimiento no está ligada a la capacidad comunicativa del profesional, sino también al interés y la capacidad receptiva del paciente y su familia

*“...nosotros los jóvenes, que a veces no leemos muy bien todo el documento si no que leemos solo el principio o un título que dice tal cosa y llegamos y firmamos...” Javier*

*“Sería importante leerlo” Manuela*

## Conclusiones

El DVA es un tema del cual se tiene poco conocimiento en la población de jóvenes participantes del estudio, relacionado con la no preocupación por la muerte o por el pensamiento de bienestar y no enfermedad, sumado a la poca o mala información. Se refuerza la idea de la educación a la población, de que sea un tema de conocimiento público en todo el ciclo vital, teniendo en cuenta los múltiples beneficios que trae consigo a la sociedad y a los procesos de atención en salud.

Los jóvenes relacionan fácilmente el uso del DVA con temas como donación de órganos y eutanasia, lo cual resalta la importancia que tiene forta-

lecer el conocimiento de las situaciones en las que se puede hacer uso de este documento teniendo en cuenta los deseos de las personas acerca de las decisiones relacionadas con tratamientos y con el final de la vida de manera anticipada.

El consentimiento informado es un instrumento con bastante protagonismo en la atención en salud en comparación con el DVA, sin embargo, aún se presentan barreras de comprensión en este; de manera especial, cuando predomina el lenguaje técnico, limitando el empoderamiento y la autonomía de la persona para consentir o disentir según sea el caso.

A pesar de que se ha pasado de la transmisión unidireccional a la bidireccional aún predomina un claro paternalismo médico, colocando de relieve la necesidad de una comunicación donde predomine la interacción, la retroalimentación y la colaboración, trascendiendo al simple hecho de informar.

La verificación del mensaje transmitido y su comprensión se consideran obstáculos principales para lograr DVA y consentimientos informados, ya que se requiere conocer el tema, habilidades de comunicación, no solo para exponer su contenido, sino también el proceso y la percepción del mensaje.

Resaltamos la importancia de que los profesionales de enfermería se formen para la educación a la población, para que hagan uso de su autonomía con relación a los DVA y la comprensión de los consentimientos informados, mediante múltiples

herramientas comunicativas donde se logre transmitir la información de manera adecuada y asertiva para cualquier tipo de decisiones alrededor de los pacientes y sus familiares.

## Bibliografía

- Álvarez-Acuña, A. M., & Gomezese-Ribero, Ó. F. (2022). Advance directives document: Knowledge and experiences of healthcare professionals in Colombia. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 50(2). <https://doi.org/10.5554/22562087.e1012>
- Arias, B. E., & Torres, B. (2017). Veinte años construyendo la salud colectiva. La experiencia de la Maestría en Salud Colectiva de la Universidad de Antioquia. *Cuadernos del Doctorado*, 18. <http://www.doctoradosaludp.unal.edu.co/wp-content/uploads/2018/04/Cuaderno-18.pdf>
- Bandewar, S. V. (2017). CIOMS 2016. *Indian Journal of Medical Ethics*, 2(3), 138-140.
- Bejarano Gómez, M. D. C., Braojos Bautista, R., Díez García, M. R., Prieto Sánchez, M. D. C., & Sánchez Díez, S. (2019). Declaración de voluntades anticipadas. Un testamento vital para asegurar la autonomía. *Gerokomos*, 30(3), 119-123.
- Camargo, A., Olmos, J., Higuera-Dagovett, E., Vargas, R., & Barreto, R. (2019). Papel de los profesionales de la salud en el diseño, obtención y entendimiento del consentimiento informado: Una revisión. *Revista UDCA Actualidad & Divulgación Científica*, 22(2). <https://revistas.udca.edu.co/index.php/ruadc/article/view/1164/1834>
- Cantú-Quintanilla, G., Madrigal-Bustamante, J. A., Palencia-Sierra, J., & Barragán-Sánchez, A. (2018). ¿Cómo respetar la voluntad de donar? Exigir el respeto de sí mismo. *Revista Mexicana de Trasplantes*, 6(3), 96-103.
- Colombia. Resolución 971 de 2021 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por medio de la cual se establece el procedimiento de

- recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia. 1 de julio de 2021.
- Congreso de la República. (2016). Ley 1805. Diario Oficial No. 49.955. "Por medio de la cual se modifican la Ley 73 de 1988 y la Ley 919 de 2004 en materia de donación de componentes anatómicos y se dictan otras disposiciones".
- Díaz, J. A. Á. (2019). Salud y religión: Un enfoque bioético. *Revista Bioética*, 27, 53-61. <https://www.redalyc.org/journal/3615/361559096007/html/>
- Emanuel, E. (2003). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: Nuevas perspectivas* (pp. 83-96). Santiago: Programa Regional de Bioética OPS/OMS.
- Forero, J., Vargas, I., & Bernal, M. (2019). Voluntades anticipadas: Desafíos éticos en el cuidado del paciente. *Persona y Bioética*, 23(2), 224-244.
- González, L. (2017). Influencia de la religión en el proceso de salud-enfermedad-atención. *Revista Electrónica de Portales Médicos*, 12(8). <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/influencia-religion-proceso-salud-enfermedad-atencion/3/>
- Guiro, Ú. B. D. P., Ferreira, F. D. S., Vinne, L. V. D., & Miranda, G. F. D. F. (2022). Conhecimento sobre diretivas antecipadas de vontade em hospital-escola. *Revista Bioética*, 30, 116-125. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361570858013>
- Leal-Esper, Y. E. (2020). Las directivas anticipadas: Reflexiones jurídicas en el sistema legal colombiano. *Novum Jus*, 14(2), 307-330.
- Congreso de la República. (2014). Ley 1733 de 2014. Diario Oficial No. 49.268. Disponible en: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1733\\_2014.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1733_2014.html)
- Ministerio de Salud. (1993). Resolución 8430 de 1993.
- Ministerio de Salud. (2018). ABECÉ preguntas frecuentes sobre donación de órganos. <https://www.minsalud.gov.co/Documents/Archivos-temporal-jd/abc-donacion-organos%20%281%29.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 2665 Se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el documento de voluntad anticipada.
- Ministerio de Salud, S. D. S., & de Bogotá, A. M. (2021). Resolución 971 de 2021 (28 de abril).
- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274.
- Pico-Camacho, A. J., & Vega-Peña, N. V. (2022). La comunicación en el consentimiento informado. *Revista Colombiana de Cirugía*, 37(4), 554-562. <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/articulo/view/2147/1819>
- Quintero-Cusguen, P. (2021). El derecho a una muerte digna en Colombia nos concierne a todos. *Acta Neurológica Colombiana*, 37(4), 219-223. <https://doi.org/10.22379/24224022391>
- República de Colombia. (2004). Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia: Congreso de la República de Colombia.
- Salamanca, A., & Martín-Crespo, C. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, 27(7), 1-4.
- Wynn, P., & Money, A. (2009). Qualitative research and occupational medicine. *Occupational Medicine*, 59(3), 138-139.
- Zaragoza-Martí, M. F., Julià-Sanchis, R., & García-Sanjuán, S. (2020). El documento de voluntades anticipadas como instrumento de planificación ético-jurídico: Especial atención a la salud mental. *Revista de Bioética y Derecho*, (49), 25-40. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872020000200003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000200003&lng=es&tlng=es)

## Itinerarios terapéuticos de cuidadores de niños y niñas de 0 a 5 años que presentan EDA e IRA

Dana Martínez Arroyave

Valentina Osorio Colorado

Daniel Esteban Quintero Pérez

Daniela Rendón Mesa

Luciana Acevedo Castro<sup>1</sup>

### Resumen

**Introducción:** Las enfermedades prevalentes en la infancia como la enfermedad diarreica aguda -EDA- y la infección respiratoria aguda -IRA- causan alta mortalidad infantil y movilizan diferentes formas de atención y cuidado en las familias y comunidades. La Organización Mundial de la Salud -OMS- y la Organización Panamericana de la Salud -OPS- desarrollaron estrategias como la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia -AIEPI-, que fue adaptada en Colombia con un enfoque integrado de salud infantil. Sin embargo, cuidadores, familias y comunidades siguen generando estrategias para tratar la enfermedad y restablecer la salud. **Objetivo:** Conocer cuáles son los itinerarios terapéuticos de personas cuidadoras de niños y niñas de 0 a 5 años cuando presentan EDA e IRA en el Distrito de Medellín. **Metodología:** La investigación se desarrolló bajo un paradigma comprensivo, con un enfoque cualitativo, se hicieron entrevistas semiestructuradas a 15 personas cuidadoras de los niños y las niñas, mayores de 18 años que viven en Medellín, se cumplió con los criterios de rigor y éticos, se hizo un análisis cualitativo progresivo hasta encontrar las temáticas centrales. **Resultados y discusión:** Los itinerarios pasan por la identificación de síntomas y su interpretación depende de creencias culturales que ayudan a definir las rutas de tratamiento, ante la aparición de estos prevalece la medicina casera, también se evidencia la combinación de la medicina casera con medicina occidental y finalmente la consulta en los centros de salud. **Conclusión:** Conocer los itinera-

<sup>1</sup> Estudiantes Facultad de Enfermería UdeA

rios terapéuticos que varían según el contexto cultural y las condiciones de salud individuales, favorece al diálogo de saberes entre los profesionales de enfermería y las personas, lo cual permite brindar una atención integral, basada en el respeto por las creencias de las personas.

## Introducción

La Resolución 3280 de 2018 (MinSalud, 2018) afirma que la niñez es una etapa de desarrollo que va desde los 0 a los 9 años, cuyas vidas dependen fundamentalmente de sus cuidadores y familiares, para ir adquiriendo independencia, autonomía y relación con otras personas a medida que van creciendo (Posada, 2016). Las enfermedades que afectan a los niños y las niñas son de especial atención para los colectivos humanos y aunque han mejorado las condiciones de vida, muchas de estas siguen siendo prevalentes en la infancia, con demandas de especial atención en la sociedad.

La enfermedad es un movilizador para los grupos humanos en tanto activa la acción para restablecer la salud o el equilibrio y les permita la continuidad de la vida. La prevención y el tratamiento de IRA y EDA en niños y niñas es un desafío que se vuelve más complejo en entornos de pobreza y privación social; de acuerdo con Stensballe (2021) la frecuencia, gravedad y altos costos socioeconómicos derivados de estas enfermedades aumentan la importancia de la promoción, educación en salud y el mejoramiento de los programas y estrategias para la atención en salud pública (Alomía, 2019).

La OMS y UNICEF estiman que unos 2.500 millones niños y niñas menores de 5 años sufren episodios de diarreas en los países en vías de desarrollo cada año; en sólo África y el Sur de Asia se da más del 80% de casos. Aunque existe la tendencia a la disminución de mortalidad global, su incidencia y prevalencia se mantienen (Jérez, 2018). En Colombia para el año 2019 aunque se observa una reducción de los casos de IRA a un 8.57% y de EDA a un 3.12%, todavía no se logran controlar (Min Salud, 2023).

Bourmont, et al. (2020) dan cuenta de cómo las personas cuidadoras y madres intentan resolver estas enfermedades en casa desde diferentes conocimientos culturales de atención, evitando asistir a los servicios de salud; se desarrollan prácticas que van haciendo un recorrido para buscar restablecer la salud, muchas de ellas herencia cultural de la medicina casera que recurre a saberes ancestrales y el uso de plantas, principalmente desde las mujeres. Cortez (2018) muestra cómo se van gestando diagnósticos culturales que permiten definir cuál es el itinerario que se debe seguir y cómo estos tratamientos contribuyen a la mejoría de estas enfermedades en los niños y las niñas (Álvarez (1988).

## Metodología

La investigación se desarrolló bajo un paradigma comprensivo, con un enfoque cualitativo, que es un análisis del mundo empírico que busca la comprensión de los fenómenos sociales y de las vivencias y percepciones de los agentes sociales que dan sentido a su comportamiento (Wynn y Money, 2009). Se accedió a las personas por contacto social y mediante la técnica bola de nieve o referidos; se contactaron 15 personas cuidadoras de los niños y las niñas que fueran mayores de 18 años residentes en el Distrito Medellín, se hicieron entrevistas semiestructuradas con una duración entre 30 a 40 minutos en el lugar y tiempo concertado con las personas participantes.

Las entrevistas se transcribieron, se leyeron para iniciar una inmersión progresiva en ellas, se hizo fragmentación temática que diera cuenta de los “núcleos de sentido” (Minayo, 2009) siempre guiada por los objetivos de la investigación, hasta encontrar patrones de regularidad o discrepancias, condensar la información en temas, además de contrastar la voz de los participantes con literatura científica disponible (Minayo, 2009).

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia -CEI-FE- con el Acta No 66; de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, se consideró una inves-

tigación con mínimo riesgo y según las recomendaciones de Emanuel (2003) se respetó a los participantes, se explicó y firmó el consentimiento informado donde quedó explícito el interés por mejorar los procesos educativos de los profesionales de enfermería partiendo siempre del respeto del saber de las personas y colectivos humanos, en beneficio de los niños y las niñas.

La investigación se guió con criterios de rigor de acuerdo con Guba y Lincoln (1991) al refrendar los resultados con los participantes, seguir todos los pasos metodológicos propuestos de forma tal que puedan ser verificados y replicados en otros contextos, comparando y ampliando con la literatura académica sobre itinerarios terapéuticos y controlando interpretaciones ligeras y directivas en las entrevistas y análisis de la información.

## Resultados y discusión

### *Itinerarios terapéuticos*

A nivel mundial, la EDA es la segunda causa de muerte de niños y niñas menores de cinco años, producida en su mayoría por infecciones bacterianas. La enfermedad diarreica aguda se caracteriza por presentar deposiciones líquidas en las que se da pérdida de agua y electrolitos, además se pueden presentar vómitos y diaforesis excesiva. Si estas pérdidas no se restituyen aparece la deshidratación,

causando la muerte (Abreu, P. Ochoa, M. et al, 2017). Por otra parte, la IRA se encuentra entre las principales causas de muerte infantil a nivel mundial y se entienden como aquellas enfermedades infecciosas de origen respiratorio que se presentan en menos de 15 días de evolución y con afectación de la vía aérea superior e inferior. Se manifiestan principalmente con tos, disnea, obstrucción nasal, fiebre, otalgia, entre otros, variando su intensidad de acuerdo con la severidad del cuadro clínico (Bayona, Y. Niederbacher, J, 2015).

Mejía (2010) dice que cuando se presentan problemas de salud, la familia los resuelve o se adapta según el curso de la enfermedad mediante el cuidado popular, compartido entre las mujeres, los familiares, la comunidad y las instituciones de salud, lo que indica que la enfermedad une y de acuerdo con las prácticas culturales se determina el itinerario terapéutico.

El cuidado directo y principal por parte de las madres prevalece en la población entrevistada, pues son ellas quienes en su mayoría y por costumbre social y cultural tienen a cargo las labores del hogar y el cuidado de los niños y las niñas, se encontraron dos casos donde la cuidadora es la abuela y otro cuya labor la realiza el padre. Las personas cuidadoras hablan de enfermedades como gripe o diarrea para referirse a EDA e IRA, términos que son extraños, e incluso la palabra aguda la relacionan con una forma de complicación de síntomas muy

comunes en los niños y las niñas que valoran como normales.

*“...la infección respiratoria aguda, pues son, es como... lo que yo aprendí, incluso con mis hijos, es que es como una gripe, pero muy avanzada que ya les afecta muchísimo los pulmoncitos y se los tapa e incluso le sube fiebre, pues, eso, les da escalofríos, todo eso”.*  
BertaE2M

*“La EDA...es como una bacteria E. coli, esa es la que he escuchado, no sé si es por el orín de la rata o es por lo del agua, alguna de esas dos, pero he escuchado que la E Colli que es una enfermedad que les da diarrea. Y las otras pues, que comió algo que no le cayó bien o ingirió mucha o son muy intolerantes a la lactosa y ya”.* NancyE14M

Ante la aparición de síntomas, es la medicina casera la que prevalece, como una combinación entre medicamentos farmacéuticos, uso de plantas en bebidas y medidas de protección como guardar quietud o protegerse de corrientes de aire. Este saber se ha aprendido de diferentes formas, la más tradicional es la que pasa de generación en generación.

De acuerdo con Menéndez (1994) todas las sociedades tienen representaciones y prácticas para entender, enfrentar y solucionar las consecuencias generadas por la enfermedad, y que este proceso no sólo se define por profesionales e instituciones, sino que para recuperar la salud hay diversas alternativas dependiendo de sus



necesidades, economía, pero principalmente de lo que cree de acuerdo con su cultura que le sea significativo y le permite integrar los saberes que pueda utilizar.

Álvarez (2022) dice que cada persona está en libertad de elegir el camino por el cual desea recuperar su equilibrio físico, emocional y espiritual, por ello encontrar la combinación de recursos naturales como frutas, verduras y plantas medicinales con medicamentos alopáticos les resultan favorables para tratar la enfermedad.

*“...entonces se le hacen bebidas, puede ser de limoncillo...les hago leche hervida con ruda o con ajo o si tengo la miel pura, porque a veces me falta, pero cuando tengo la miel pura les hago un jarabe de miel pura dos cucharadas, dos cucharadas de juguito de cebolla de huevo, pues la rallo y saco las dos cucharadas solas y dos de zumo de limón y eso lo caliente al baño maría...”*

*BertaE2M*

El conocimiento acerca de las plantas, sus usos medicinales y su combinación con los procesos alimenticios ya sea para restringir, o cambiar en la dieta, es algo que se conserva por parte de las personas cuidadoras, las cuales son mayormente influenciadas e instruidas por sus familiares cercanos como las madres o abuelas. El uso de plantas con fines medicinales tiene una tradición milenaria relacionada con diversas civilizaciones, que se ha transmitido de generación en generación ya que su empleo ha

permitido mejorar la salud humana, trayendo consigo beneficios relacionados con el costo efectividad (Calderón, 2021).

Villalobos (2008) muestra que las plantas cuentan con propiedades medicinales que se relacionan con los usos y beneficios; se encontró que las participantes usan la cebolla y el ajo. La cebolla, tiene como principales componentes los minerales, aceites esenciales y fructosanas (polímeros formado por fructuosa), que traen grandes beneficios a nivel digestivo y sobre diversos tipos de afecciones respiratorias como las gripas acompañadas de tos y catarro; el ajo se asocia al tratamiento de afecciones bronquiales, digestivas, hipertensivas e infecciones, debido a sus compuestos (aceites esenciales, vitaminas, proteínas y minerales) que favorecen el tratamiento y recuperación del estado de salud (Villalobos, 2008).

*“Si, casi siempre que la empiezo a usar la cebolla con miel, ahí mismo veo mejorías. Muy poquitas veces pues he tenido que llevarlo al médico.” Elena E5M*

La fiebre es uno de los síntomas que genera mayor alerta en los cuidadores, puesto que tienen el conocimiento de determinar la gravedad de la enfermedad según este signo. Por esto se encontraron diversidad de técnicas que implementan a la hora de disminuir la fiebre, al ser este un síntoma común, generalmente como respuesta a una infección u otra afección médica.

Escobar (2017) sugiere que el aumento de la temperatura, denominado fiebre, puede considerarse como una cura, ya que ella forma parte de la respuesta autónoma para eliminar la infección. A pesar de la evidencia, se continúa demostrando que persiste el miedo hacia esta, ya sea por parte de las familias o de los profesionales de salud. La autora retoma en su revisión científica que existe evidencia que cuestiona el uso rutinario de antipiréticos, sustentadas en el riesgo al que se someten los niños debido a su toxicidad, y su uso por el temor ante las posibles convulsiones es controversial y poco acertado, por el contrario, cuestiona el uso profiláctico de acetaminofén e ibuprofeno o la combinación de ambos.

*“Cuando presenta fiebre...trato como de darle acetaminofén y de tenerlo lo más quieto posible y no sacarlo...afuera, ...me gusta como tratarlo con plantas... como la hierbabuena o también la valeriana que son buenas...primero yo he tratado como de manejarla en casa... le doy como la aguapanela con limón que es como tradicional, ...cuando le das se le da eucalipto con mantequilla de cacao, pues eso es como lo que nos han enseñado.” Ana E1M*

*“Pero cuando ya uno dándole suero, dándole remedios, incluso puede que les dé fiebre, cuando ya le sube fiebre, eso es un síntoma de alarma, hay que llevar al médico porque se puede deshidratar o es una infección y se puede avanzar mucho. Entonces es mejor llevarla al*

*médico para que le mande un remedio”.*  
BertaE2M

Para las personas cuidadoras es algo instintivo y lo que se podría denominar una semiología empírica lo que desarrollan a medida que conocen más de las enfermedades que padecen los niños y las niñas, de este modo determinan el tipo de tratamiento al que acudirán o el itinerario a seguir de acuerdo a la relación de la sintomatología y los signos que se presenten.

Saforcada (2001) dice que en los procesos de enfermedad hay saberes vinculados, uno es de las ciencias de la salud y el otro es de saberes y prácticas populares, cada una tiene su semiología y clínicas basadas en saberes científicos y la otra en empíricos. Todos los conocimientos tienen carácter histórico y son producto de múltiples saberes, y lo real es que el conocimiento científico y popular está más relacionado de lo que se logra imaginar, los dos se caracterizan por su aplicabilidad, el sentido común y la incidencia del contexto que penetran las prácticas.

*“...en la mirada también se ve el tema si es parásitos o no, porque la mirada se les pone como hundidita, ellos se ven muy ojerosos” NancyE14M*

En esta vinculación de saberes se encontraron los tipos de tratamientos más populares los cuales consisten en la combinación de productos farmacéuticos y caseros que son utilizados

para diversas dolencias estomacales y respiratorias.

*“... para la diarrea uno le da pedialyte pero a ella no es que le guste, entonces que hacemos normalmente el famoso suero casero la bomba... a mí papá le gusta prepararla ...una soda le botamos un poquito el gas zumito de limón, medio alka seltzer si el niño es muy chiquito y en la puntica de una cuchara un poquitico de azúcar” IgnaciaE9M*

*“...para la gripa ...lo primordial es darle como acetaminofén, ya después también recurro al Vick Vaporub que se lo untamos en el pecho, en la espalda y en las plantas de los pies, en la noche para dormir, ya después Loratadina” NancyE14M*

En un estudio realizado por Agudelo et al (2020) cuyo objetivo fue establecer la prevalencia de automedicación en niños que consultaron al servicio de pediatría de la Clínica Universidad de La Sabana, encontraron que los medicamentos más usados fueron el acetaminofén, el ibuprofeno y el salbutamol. Las personas cuidadoras tienen claridad que se pueden utilizar algunos medicamentos como el acetaminofén que es el más popular y es el que suelen recetar cuando acuden al servicio de salud, por tanto, no acuden al uso de otros medicamentos como los antibióticos porque reconocen que cuando la gripa es viral no los requieren. Sin embargo, Agudelo et al (2020) muestran que estudios reportan el uso de antibióticos (amoxi-

cilina y metronidazol), antigripales y antitusígenos, sin embargo los participantes en la presente investigación relatan que su uso es bajo.

*“...Emmm cuando él ya no sabe expresar o decir que es lo que siente si es como alguna otra parte del cuerpo que le está doliendo entonces me supongo ya o deduzco que ya es una gripa que le está dando ehh le doy acetaminofén, tenemos pues la medida por el peso que el médico nos ha dicho cuál es la medida que se le puede dar pues por el peso del cuerpo de él y le hago lavados nasales porque él tiende a darle mucha flema” CarlaE3M*

Los cuidadores tienen la costumbre de consultar a las farmacias para el tratamiento de las enfermedades como primera instancia, y luego de implementar lo recetado, acudir a las entidades de salud si aún no hay solución a la enfermedad. Las farmacias son establecimientos autorizados para la dispensación y venta de medicamentos al público. Requieren licencia sanitaria y tener un director técnico o químico farmacéutico responsable (Decreto 677, 1995). Según las normas las farmacias sólo pueden dispensar medicamentos con fórmula médica (Decreto 2200, 2005), sin embargo, en Colombia esta norma no se cumple y la venta de medicamentos es muy libre.

La automedicación es el acto personal de tomar un medicamento sin prescripción médica o cambiar algún aspecto de esta, como: la dosis o el

horario, por consejo de amigos, familiares o del propio prescriptor. La falta de acceso, cobertura y mala calidad de los servicios de salud se citan como factores que contribuyen a la continua influencia de la publicidad en los medios, la televisión y otras comunicaciones han contribuido a un aumento significativo del consumo de medicamentos (Hidalgo 2016).

*“eh... uno llama a la farmacia, indica los síntomas al regente de farmacia y es esta persona es quien realmente termina enviando como el medicamento apropiado según la edad, entonces... esto es lo que se hace.” JuanE10H*

*“... nosotros a veces le dábamos unos medicamentos que nos decían que era muy bueno para la tos, pues recetado por un médico de la farmacia que es como un Ketotifeno y una Hidrocodeina, pero ese medicamento yo creo que le caía como muy pesado porque ella se dormía, ella dormía por ahí dos días entonces lo usamos como dos veces y como pasó eso no se lo volvimos a dar...” OmairaE15M*

Cuando los cuidadores ya han implementado los tratamientos caseros y estos no funcionan, acuden a la consulta en la entidad de salud posterior a 2 o 3 días de presentarse la sintomatología respiratoria; en el caso de la diarrea, prefieren consultar con mayor prontitud ya que esta situación les genera mayor preocupación y alerta a los cuidadores.

*“...un día o dos días lo trato y luego me voy...trato como de llevarlo al puesto*

*de salud y allá pues me lo tratan, me le dan algún medicamento...pues la última vez que ...se me enfermó pues fui me le dieron unas goticas para que dejara de vomitar...para la diarrea le compré pedialyte me mandaron como frasquitos de pedialyte, entonces en esos casos personalmente si me alarmo y prefiero ir como al centro de salud” AnaE1M.*

*“Normalmente le doy dolex o la baño ... la estoy bañando constantemente con agua tibia para que le baje la fiebre. Cuando ha tenido fiebre de más de 3 días...si he ido por urgencias o cita prioritaria y ya solamente me indican que es un virus y que hay que esperar a que pasen los días, como que son 4 o 5 para que la fiebre pueda mermar” FlorenciaE6M*

Las fuentes de todas las medidas terapéuticas que emplean los cuidadores en casa vienen de generación en generación, se ha logrado identificar que los abuelos y los padres han dejado un legado importante respecto al tratamiento de enfermedades como la IRA y la EDA. En los sistemas tradicionales de cuidado, el conocimiento es transmitido de los mayores hacia los jóvenes (Giedelman, 2020). Este tipo de prácticas son consideradas como patrimonio cultural, logrando evidenciar que algunas de ellas han perdurado en el tiempo y ahora son implementadas tanto en zonas rurales como urbanas y en donde la oralidad es el factor más importante cuando se trata de transmitir estas tradiciones (Montaño y Moreno, 2019).

Ahora bien, cuando se habla de tratar las enfermedades de los niños, se ha logrado evidenciar que la mayoría de las personas cuidadoras acudían a este tipo de prácticas ya que les permite encontrar solución, en primera instancia, a los problemas de salud que se presentan (Montaño y Moreno, 2019).

*“...las abuelas, son saberes que se van pasando de generación en generación...” AnaE1M*

*“Mipapá me lo enseñó...” OmairaE15M*

*“Mi mamá fue la que me enseñó y más que siempre consejos de mamá, de que “ay ma, tal cosa, la niña está así y así” entonces ya ella “ah, dele esto y esto” ya uno viene y lo hace...” NancyE14M*

Por otra parte, algunos cuidadores también han tenido que recurrir al conocimiento de sus amigos, vecinos y suegros ya que a veces no se cuenta con el apoyo de los padres, por ende, ellos han sido su apoyo frente al cuidado de sus hijos cuando cursan con estas enfermedades.

*“Ese remedio casero me lo enseñó a preparar la vecina, que es como un remedio pues... como ancestral...” JuanE10H*

*“...Las vecinas, sí porque yo no tenía mamá, entonces las vecinas, amigas. Le ayudaban a uno y decían que le daba...” BertaE2M*

Algunas personas no sólo recurren a sus allegados para el aprendizaje

de estas medidas terapéuticas, sino que también por sí mismos, buscan apoyarse por medio de libros o redes sociales con el fin de tener claridad respecto al tratamiento que le están suministrando a sus hijos.

*“Con un libro de Medicina natural y escuchando también personas de edad avanzada que acudían era a los remedios naturales” BertaE2M*

*“También investigo por la red social o así, porque uno no sabe, de pronto vaya y se equivoque y haga lo que no es...” NancyE14M*

Los hallazgos relacionados con las medidas terapéuticas, que varían entre remedios caseros a base de plantas y medicina occidental a base de fármacos, tienen una razón de ser relacionada con la eficacia de estos tratamientos, encontrando una prevalencia en los efectos positivos producidos por las medidas implementadas. Sin embargo, la búsqueda del manejo de la enfermedad y la percepción sobre su efecto se convierte en un asunto subjetivo, sujeto a la fe de la persona frente a los medios que usa para el manejo, las experiencias pasadas y los mitos frente a lo que se considera efectivo o no.

*“Siento que me han servido más los medicamentos de la farmacia, realmente el de la cebolla lo he hecho dos veces y es como si no pasara mayor cosa, los de la farmacia si me han servido más y como*

*les dije, no me los receta un médico sino un regente de farmacia.” JuanE10H*

En Colombia la calidad en la prestación de servicios de salud está más enfocada a lo técnico y a lo económico, por ello cuando se pregunta por las percepciones sobre la atención en salud, es complejo ya que la opinión de los usuarios frente al tema se crea a raíz de las experiencias que hayan tenido a lo largo de su trayectoria con cada sistema. Es indiscutible que, en Colombia la atención en el sistema de salud tiene falencias y las dificultades que se presentan para acceder a los servicios termina siendo determinante en que el itinerario no empiece con la consulta en el sistema, y se priorice acudir a los conocimientos de la medicina popular y casera que han aprendido por herencia o incluso acudir a servicios privados con el fin de garantizar una buena atención para ellos y sus familias (Fiori et al, 2020).

*“... la atención pues me parece como muy mala a veces, no sé si siempre sea así, pero por ejemplo el triaje que uno dice que es un bebé, que tiene pues tan poquito tiempo... dicen que si no tiene fiebre superior a tanto, que si no ha vomitado tantas veces en el día que no es una urgencia entonces entrando a la atención se demoran una infinidad de tiempo...” OmairaE15M*

*“Nada, prácticamente allá le están queriendo decir a uno que uno es un mimado o exagerado por las cosas entonces no me gusta mucho ir allá cuando la niña*

*está demasiado enferma, o sea yo la llevo por la última porque ya la situación no la puedo controlar” MercedesE13M*

Sin embargo, hay cuidadores que cuando han asistido se sienten satisfechos con la atención recibida o consideran que les han dado recomendaciones que son efectivos para el tratamiento de los niños.

*“Entonces el primer control no, pero a mí ya luego me cambiaron la médica y la que tengo en este momento si me ha gustado, nos atiende súper bien, nos explica todo...siempre me recomienda qué hacer, si hay que mandarle alguna vitamina o algo, ella se la manda. Me parece muy buena la atención.” OmairaE15M*

Es importante resaltar que el itinerario empieza con el conocimiento aprendido por herencia, los conocimientos de la medicina casera y popular, en esto se recurre a la combinación de saberes populares y del sistema biomédico, a la consulta a familiares, vecinos, a la farmacia y por último y sobre todo con la aparición de la fiebre se recurre a los centros de atención ya sean privados o a los que están asegurados. Algo que define el itinerario es una semiología empírica que se nutre de anteriores visitas a la medicina alopática y su combinación con el saber heredado.

## Conclusiones

El conocer los itinerarios terapéuticos es esencial para brindar una atención

de calidad, que sea respetuosa de las creencias culturales y que promueva la colaboración entre los profesionales de enfermería y los pacientes. Esto contribuye a una atención integral y efectiva que aborda las necesidades de salud de manera holística y culturalmente competente, lo que a su vez fomenta la confianza y la colaboración entre el paciente, el cuidador y el profesional de la salud.

Es importante destacar que los itinerarios terapéuticos de las personas cuidadoras de niños de 0 a 5 años que presentan EDA e IRA, pueden variar según el contexto cultural, las condiciones y acceso al sistema de salud, y los conocimientos previos sean heredados o recomendados por profesionales.

Además, los itinerarios utilizados por la población entrevistada son una combinación de medicina popular y medicina occidental, por tanto, los profesionales de la salud deben ser sensibles a las posibilidades interculturales y de complementación de saberes. La atención integral y culturalmente competente implica respetar las creencias y prácticas de los pacientes, asegurar la seguridad y eficacia de los tratamientos, y promover la comunicación abierta y la educación sobre la salud.

En este sentido los profesionales de enfermería tienen un papel importante de lectura de contextos culturales, de saberes tradicionales para poder mejorar los espacios de cuidado y de educación, de seguimiento y acompañamiento a las personas y familias

cuando se presente la enfermedad en los niños y las niñas y coadyuvar a que estas enfermedades prevalentes sean controladas.

## Bibliografía

- Abreu, P., Ochoa, M. E., Baracaldo, H. A., Robles, M. I., & Naranjo, A. S. (2017). Conocimientos, actitudes y prácticas asociados a diarrea aguda en la zona norte de Bucaramanga. Estudio observacional analítico, 2014-2015. *Medicas UIS*, 30(1), 27-32.
- Agudelo, S., Maldonado, M., Gamboa, O., Upegui, D., & Durán, Y. (2020). Estudio de prevalencia de automedicación en niños y niñas que consultan por infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda a una clínica universitaria. *Revista Salud Uninorte*, 36(1), 46-61.
- Alomía, P., Rodas, A., Gallegos, S., Calle, A., González, P., & P L., et al. (2019). Infecciones respiratorias agudas en infantes menores de 5 años del Centro de Salud Javier Loyola, Ecuador. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(6), 758-761.
- Álvarez, S. (1998). Las prácticas maternas frente a la enfermedad diarreica infantil y la terapia de rehidratación oral. *Salud Pública de México*, 40, 256-264.
- Álvarez Hernández, A. G. (2022). Un proceso integrativo entre la medicina alópata y la herbolaría con el fin de curar (El caso de dos terapeutas en Santa Ana Tlapaltitlán). Tesis para obtener el título de: Licenciado en Antropología Social Toluca, México, mayo de 2022.
- Bayona, Y., & Niederbacher, J. (2015). Infecciones respiratorias virales en pediatría: Generalidades sobre fisiopatogenia, diagnóstico y algunos desenlaces clínicos. *Médicas UIS*, 28(1), 133-141.
- Bourmont, S., Olmedo, S., Rodríguez, P., & Valleggia, C. (2020). Itinerarios terapéuticos

- de madres qom en una comunidad periurbana de Formosa. Archivos Argentinos de Pediatría, 118(4), 240-244.
- Calderón Pedraza, J. V. (2021). Uso de plantas medicinales en el cuidado y manejo de la salud.
- Cortez, R. (2018). Los saberes maternos y la atención de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en Ocoatepec, Chiapas. Desacatos, (56), 108-123.
- Decreto 2200 de 2005. Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones. 28 de junio de 2005.
- Decreto 677 de 1995. Por el cual se reglamenta parcialmente el régimen de registros y licencias, el control de calidad, así como el régimen de vigilancia sanitaria de medicamentos, cosméticos, preparaciones farmacéuticas a base de recursos naturales, productos de aseo, higiene y limpieza y otros productos de uso doméstico y se dictan otras disposiciones sobre la materia. 26 de abril de 1995.
- Escobar, A. (2017). La fiebre en el niño: Una mirada reflexiva a las prácticas de cuidado. Médicas UIS, 35(3), 333-344.
- Emanuel, E. (2003). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: Nuevas perspectivas (pp. 83-96). Santiago: Programa Regional de Bioética OPS/OMS.
- Fiori González, G. C., & Gómez Espinoza, O. A. (2020). Experiencia del paciente en el sistema de salud público.
- Giedelman, P. A. (2020). Estado de la investigación de la medicina tradicional en Colombia: Una “scoping review” de la literatura publicada en bases de datos.
- Guba, G., & Lincoln, S. (1991). Investigación naturalista y racionalista. Enciclopedia Internacional de Educación, 6, 3-337.
- Hidalgo, M. (2016). Revisión sistemática de la literatura de las intervenciones diseñadas para el comportamiento de automedicación no responsable (Doctoral dissertation, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia). Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/12748>
- Jérez, L., Torres, M., Brossard, M., Brossard, D., & Brossard, E. (2018). Aspectos clínicos y epidemiológicos de las enfermedades diarreicas agudas secretoras. Hospital General Docente “Juan B. Viñas González”. 2014. Revista Eugenio Espejo, 12(1), 8-16.
- Mejía, L., & López, L. (2010). La familia y la cultura: Una conexión innovadora para el cuidado de la salud. Index de Enfermería, 19(2-3), 138-142.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional?. Alteridades, 4(7), 71-83.
- Minayo, M. (2009). La artesanía de la investigación cualitativa. En La artesanía de la investigación cualitativa (pp. 334-334).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda y la Enfermedad Diarreica Aguda. Lineamientos técnicos y operativos versión 1. Subdirección de Enfermedades Transmisibles.
- Montaño Blandón, G. I., & Moreno Quiñones, W. (2019). La medicina tradicional como estrategia pedagógica y el uso de plantas medicinales para fomentar y promover conocimientos tradicionales en los estudiantes del grado 8 de la Institución Educativa Integrada de Uribe-Uribe Chilvi.
- Posada, Á., Álvarez, J., & Ramírez, H. (2016). El niño sano. Una visión integral. Panamericana. <https://www.medicapanamericana.com/api/informativeNote/el-nino-sano/9789588443645>
- Resolución 3280 de 2018 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. 2 de agosto de 2018.



Resolución 8430 de 1993 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 4 de octubre de 1993.

Saforcada, E. (2001). El factor humano en la salud pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva (pp. 332-332).

Stensballe, L. G. (2021). Viral nedre luftve-


js-infektion hos børn under fem år. Ugeskr Læger, 183, V09200657.

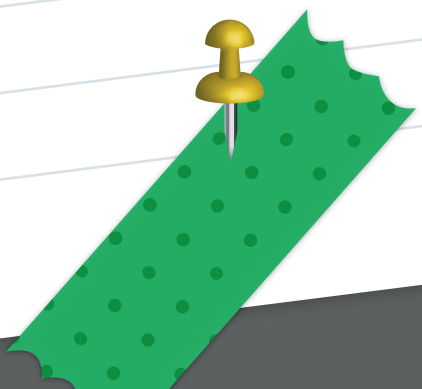
Villalobos, J. R. V., Pacheco, D., & Ramos, M. C. (2008). Las especies del género «Allium» con interés medicinal en Extremadura. Medicina Naturista, 2(1), 3-8.

Wynn, P., & Money, A. (2009). Qualitative research and occupational medicine. Occupational Medicine, 59(3), 138-139.



# Reflexiones

 Cuidado del paciente con úlcera venosa  
¿Es posible desde el primer nivel de atención?



## Cuidado del paciente con úlcera venosa ¿Es posible desde el primer nivel de atención?

Edwin Andrés Agudelo Marín<sup>1</sup>  
Lina María Sánchez Hincapié<sup>2</sup>

### Introducción

La insuficiencia venosa periférica (IVP) es una enfermedad que se caracteriza por la disminución de la funcionalidad de las válvulas venosas causada por una hipertensión venosa prolongada (C.O.N.U.E.I 2018), condición que genera fuga de líquido del espacio vascular hacia el espacio intersticial generando edema, dermatitis ocre, venas tronculares, lipodermatoesclerosis y finalmente el deterioro de la integridad cutánea; la aparición de una úlcera venosa, es el estadio más avanzado de esta enfermedad. Se estima que entre el 75% al 80% de las úlceras de extremidad inferior son de etiología venosa, (Díaz Herrera MA 2020) y aún más preocupante es que se calcula que aproximadamente entre el 25 y el 50 % de

la población adulta padece de esta enfermedad (Faringthon Reyes 2019).

Como en la gran mayoría de las enfermedades existen unos factores de riesgo modificables tales como la obesidad, el sedentarismo, la bipedestación prolongada, alimentación poco saludable, embarazo y el consumo de tabaco y unos no modificables como la edad, el sexo (siendo más prevalente en mujeres), distribución genética familiar y a raza (J.M.Ramírez Torres et al 2022). Factores que, si no se logran modificar, pueden desencadenar una IVP que finalmente cause una úlcera venosa.

Es fundamental, tener en cuenta que a la hora de establecer un plan de cuidado para el paciente con este tipo de condición se debe tener un conocimiento claro del estadio de la enfermedad para definir la conducta a se-

1 Enfermero egresado UdeA, Diplomado en cuidado al paciente con heridas, eandres.agudelo@udea.edu.co

2 Enfermera egresada UdeA, linamariasanchezhincapie@gmail.com.

guir y no enfocarse solo en la herida, sino en el componente holístico que enmarca al ser humano. Para lograr esto contamos con diferentes herramientas como la clasificación CEAP -Imagen 1-, donde se valoran diferentes factores (Clínica, anatomía, etiología y fisiopatología), que aclaran un poco el panorama de la progresión de la enfermedad; de igual forma, es indispensable realizar una valoración vascular, explorando los pulsos periféricos como el poplíteo, tibial posterior y pedio para determinar el nivel de irrigación del miembro inferior afectado; idealmente se debería con-

tar con una medida de índice tobillo brazo; un procedimiento sencillo, que puede realizarse en el consultorio y que ayuda a descartar compromiso arterial de la extremidad por medio de la toma de presiones diastólicas en brazo y en tobillo, este ofrece una sensibilidad (> 90%) y especificidad (>95%) para enfermedad arterial obstructiva periférica (EAOP) (Antezana Llaveta G et al 2021). De igual forma, el componente metabólico, nutricional, la parte de salud mental, el dolor y el soporte social, deben ser indagados e intervenidos para lograr un avance hacia la cicatrización.



Imagen 1

Tomada de: J.M. Ramírez Torres, J. Caballer Rodilla, M. Frías Vargas, O. García Vallejo, I. Gil Gild. (2022) Enfermedad venosa crónica en los nuevos tiempos. Propuesta venocheck. Medicina de Familia. SEMERGEN 48 (2022)(5) 344-355. Consultado el 13 de octubre de 2023.

Más allá de buscar la epitelización total de una herida, el cuidado de enfermería tiene como objetivo mejorar la calidad de vida del ser humano. Un estudio realizado en Brasil (Araújo Farias Dias T et al 2014) concluyó que los pacientes con úlcera venosa tienen una menor calidad de vida - en comparación con aquellos que tienen IVP, pero no tienen deterioro de la integridad cutánea-, ya que se ven afectadas múltiples esferas como la física, la mental, la funcional incluso todo lo relacionado con la interacción social. Es por esta razón que el trabajo interdisciplinar sustentado en bases científicas sólidas y vigentes, cobra suma importancia en la consecución del objetivo.

Esta experiencia de cuidado parte de un antes, el cual se refiere al deseo que dos enfermeros profesionales, con formación en cuidado al paciente con heridas y desde una institución de primer nivel de complejidad, buscaron estructurar un programa que pretendía garantizar que pacientes con heridas de diferente etiología tuvieran acceso a una valoración, diagnóstico y tratamiento adecuado teniendo en cuenta técnicas de curación avanzada.

Inicialmente, se recibieron tres pacientes con lesiones de origen venoso, a los cuales se les hizo una valoración integral por parte de enfermería en una institución de baja complejidad del norte de Antioquia. Se tomaron decisiones con base en las recomendaciones clínicas actuales para esta-

blecer un plan de cuidado acorde a las necesidades del usuario. El 100% de los pacientes había recibido manejo previo con terapia convencional sin lograr epitelización, resultado que era esperado, ya que se había dejado a un lado el Gold Standard en el manejo de la úlcera venosa, que es la elasto-compresión. Esta técnica consiste en aplicar una presión externa, con diferentes tipos de vendajes especiales -en este caso se utilizaron de tracción corta- con el objetivo de favorecer el retorno venoso, disminuir el edema y favorecer la epitelización. Desde hace varios años, se ha estudiado la importancia de esta técnica en el proceso de cicatrización de este tipo de heridas; actualmente el grado de evidencia es 1A a favor de esta práctica (Franks, P., Barker, J 2016; J.M. Ramírez Torres, J.2021; EWMA 2023; Marinello Roura J et al 2018).

Durante el proceso de cuidado de enfermería, que se relata a continuación, se vivió una experiencia que resulta interesante para replicar en otros contextos similares, todas están enmarcadas en una narración que contiene los tres aspectos: antes, durante y después, la evidencia fotográfica que se aporta resulta importante en la situación de cada paciente.

### **Caso 1:**

Paciente masculino de 72 años, residente del área urbana, agricultor, con antecedentes personales de hipertensión arterial, hiperplasia prostática,

tumor en pulmón izquierdo -en estudio-, insuficiencia venosa profunda, además presenta herida a nivel malleolar del miembro inferior derecho hace más de 14 años de evolución, la cual ha sido manejada con múltiples ungüentos tópicos sin mejoría. Refiere dolor intenso 7/10 según escala análoga del dolor, además manifiesta aislamiento social por exudado abundante dado que este llega a humedecer su ropa y generar mal olor.

Es remitido por medicina general, ingresa el día 27 de octubre de 2022 al área de procedimientos para curación de herida en miembro inferior derecho.

### **Valoración:**

Paciente con pulsos periféricos poplíteo, tibial posterior y pedio presentes ++/++, llenado capilar menor de 2 segundos.

Se observa herida cubierta con apósito simple tipo gasa y tela, saturados con exudado seroso, con mal olor, de aproximadamente 14 cm de ancho x 10 cm de largo, para una superficie de 140 cm<sup>2</sup>, lecho granulado al 100%, friable, bordes con eritema y edema, macerados, piel perilesional con dermatitis ocre, venas trabeculares, pie en forma de botella de champaña invertida, vasculitis livedoide y xerosis leve.

### **Plan de cuidado**

Paciente con IVP, clasificación CEAP, C6, sin signos clínicos de enfermedad arterial, con signos claros

de infección local y pobre control del exudado.

- Interconsulta con medicina para solicitar Eco doppler y manejo del dolor
- Realizar elastocompresión con vendaje de tracción corta
- Irrigación con solución salina al 0.9% tibia y limpieza con solución antiséptica ácido hipocloroso
- Apósito primario de alginato de calcio con plata
- Protección de bordes con óxido de zinc a una concentración del 20%
- Hidratación de la piel de toda la extremidad con aceite de oliva extra virgen

En las imágenes 2 y 3, se puede apreciar la valoración inicial.



**Imagen 2**

Fotografía propiedad de los autores. Se publica con autorización de los usuarios con fines académicos



**Imagen 3**

Fotografía propiedad de los autores. Se publica con autorización de los usuarios con fines académicos



**Imagen 4**

Fotografía propiedad de los autores. Se publica con autorización de los usuarios con fines académicos



**Imagen 5**

Fotografía propiedad de los autores. Se publica con autorización de los usuarios con fines académicos



**Imagen 6**

Fotografía propiedad de los autores. Se publica con autorización de los usuarios con fines académicos



**Imagen 7**

Fotografía propiedad de los autores. Se publica con autorización de los usuarios con fines académicos



**Imagen 8**

Fotografía propiedad de los autores. Se publica con autorización de los usuarios con fines académicos



**Imagen 9**

Fotografía propiedad de los autores. Se publica con autorización de los usuarios con fines académicos

Las imágenes 4, 5, 6, 7 muestran los seguimientos posteriores, cabe resaltar que en algunas ocasiones el apósito primario fue modificado con base en las necesidades del lecho. Las imágenes 8 y 9, muestran la condición actual en la que se encuentra el paciente. Ahora sin dolor, con adecuado control del exudado y un área afectada con una reducción considerable.

### ~~Caso 2:~~

Paciente femenina de 64 años, residente del área urbana, ama de casa, con antecedentes personales de hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica no oxígeno requirente, diabetes mellitus tipo 2 no insulinorequiriente con adecuado control, además de ser fumadora acti-



va, presenta herida en región maleolar del miembro inferior derecho, con más de 10 años de evolución, refiere que ha tenido múltiples manejos sin lograr cicatrización.

Es remitida por medicina general para manejo de la herida por enfermería, ingresa el día 10 de octubre de 2022 al área de procedimientos.

### **Valoración:**

Paciente refiere dolor intenso 6/10 según escala análoga del dolor con pulsos periféricos poplíteo, tibial posterior y pedio presentes ++/++, llenado capilar menor de 2 segundos.

Se observa herida cubierta con apósito simple tipo gasa y micropore, con presencia de escaso material seroso, con mal olor, área afectada de aproximadamente 1,5 cm de ancho x 1 cm de largo, para una superficie de 1,5 cm<sup>2</sup>, lecho con presencia de tejido esfacelar al 100%, bordes con edema, macerados, piel perilesional con dermatitis ocre y xerosis marcada.

### **Plan de cuidado**

Paciente con IVP, clasificación CEAP, C6r, sin signos clínicos de enfermedad arterial, con signos claros de infección local.

- Interconsulta con medicina para solicitar Eco doppler y manejo del dolor.
- Realizar elastocompresión con vendaje de tracción corta
- Irrigación con solución salina al 0.9% tibia y limpieza con solución antiséptica ácido hipocloroso

- Desbridamiento autolítico con hidrogel
- Apósito primario con agentes regeneradores polisulfato de carboximetil glucosa.
- Protección de bordes con óxido de zinc a una concentración del 20%
- Hidratación de la piel de toda la extremidad con aceite de oliva extra virgen

En la imagen 10, se puede apreciar la valoración inicial.



**Imagen 10:**

Fotografía propiedad de los autores. Se publica con autorización de los usuarios con fines académicos



**Imagen 11:**

Fotografía propiedad de los autores. Se publica con autorización de los usuarios con fines académicos



**Imagen 12:**

Fotografía propiedad de los autores. Se publica con autorización de los usuarios con fines académicos



**Imagen 13:**

Fotografía propiedad de los autores. Se publica con autorización de los usuarios con fines académicos



**Imagen 14:**

Fotografía propiedad de los autores. Se publica con autorización de los usuarios con fines académicos

Las imágenes 11, 12, 13 y 14, muestran los seguimientos posteriores, hasta el cierre total de la herida el día 21 de marzo de 2023.

Es importante anotar que el manejo inicial del lecho se realizó con hidrogel hasta lograr un desbridamiento total de la herida, una vez se obtuvo un lecho granulado al 100% se inició manejo con agentes regeneradores polisulfato de carboximetil glucosa hasta lograr la epitelización.

### **Caso 3:**

Paciente masculino de 68 años, residente del área rural, agricultor, con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 no insulinoquiriente e insuficiencia venosa profunda, presenta herida de origen traumático en tercio distal zona medial del miembro inferior derecho hace aproximadamente 3 meses, no ha sido posible su cicatrización. Ha recibido tratamiento con múltiples cremas sin éxito.

Es remitido por medicina general, ingresa el día 29 de septiembre de 2022 al área de procedimientos para curación de herida en miembro inferior derecho.

### **Valoración:**

Paciente con pulsos periféricos poplíteo, tibial posterior y pedio presentes ++/++, llenado capilar menor de 2 segundos.

Se observa herida cubierta con apósito simple tipo gasa y tela, satu-

rados con material serohemático, no mal olor, de forma ovalada, con bordes irregulares, evertidos, adheridos al lecho, macerados entre las 10:00 y las 02:00, con edema; piel perilesional con eritema y rubor, sin calor, úlcera satelital a las 03:00 y a las 05:00. El lecho con aceptable vitalidad, tejido de granulación en un 20%; 80% de tejido necrótico húmedo. Con medidas de 6,5 cm de largo \* 3 cm de ancho, para una superficie de 19,5 cm<sup>2</sup>. Con francos criterios de infección local (edema, rubor, calor, úlcera satelital).

### *Plan de cuidado*

Paciente con herida de origen traumático con complicación debido a IVP, clasificación CEAP, C6, sin signos clínicos de enfermedad arterial, con signos claros de infección local y pobre control del exudado.

- Interconsulta con medicina para solicitar Eco doppler.
- Realizar elastocompresión con vendaje de tracción corta
- Irrigación con solución salina al 0.9% tibia y limpieza con solución antiséptica ácido hipocloroso
- Desbridamiento autolítico con hidrogel
- Apósito primario con plata
- Protección de bordes con óxido de zinc a una concentración del 20%
- Hidratación de la piel de toda la extremidad con aceite de oliva extra virgen

En la imagen 15, se puede apreciar la valoración inicial.



**Imagen 15**

Fotografía propiedad de los autores. Se publica con autorización de los usuarios con fines académicos



**Imagen 16:**

Fotografía propiedad de los autores. Se publica con autorización de los usuarios con fines académicos



**Imagen 17:**

Fotografía propiedad de los autores. Se publica con autorización de los usuarios con fines académicos



**Imagen 18:**

Fotografía propiedad de los autores. Se publica con autorización de los usuarios con fines académicos



**Imagen 19:**

Fotografía propiedad de los autores. Se publica con autorización de los usuarios con fines académicos



**Imagen 20:**

Fotografía propiedad de los autores. Se publica con autorización de los usuarios con fines académicos

Las imágenes 16,17, 18, 19 y 20 muestran los seguimientos posteriores, hasta el cierre total de la herida el día 10 de agosto de 2023.

Es importante anotar que el manejo inicial del lecho se realizó con hidrogel hasta lograr un desbridamiento total de la herida, una vez se obtuvo un lecho granulado al 100% se inició manejo con alginato con antimicrobiano.

### Reflexión final

El cuidado del paciente con heridas es un campo bastante complejo, que ha crecido en las últimas décadas, sin embargo, como sucede con muchos otros avances, los primeros niveles de atención son los lugares con menor fortalecimiento e implementación, pero los que más se enfrentan a estas situaciones. En la actualidad los bajos niveles de complejidad no cuentan con tecnologías ni con talento humano capacitado para el cuidado de heridas -en la mayoría de casos-, lo que repercute de forma directa sobre la calidad de vida de los pacientes, que en muchas ocasiones no cuentan con recursos para desplazarse hasta otros municipios y ser valorados en clínicas de heridas, generando así una relación interminable entre la institución y el usuario, que debe asistir a curaciones durante años, sin tener ninguna mejoría. No obstante, como se logró demostrar en este caso, un personal de enfermería debidamente capacitado y empoderado, puede hacer la diferencia.

El rol de enfermería en este campo de acción va desde una atención integral, cálida, humana y competente al usuario, hasta la puesta en práctica del liderazgo profesional a través de la creación, actualización, implementación y evaluación de protocolos institucionales relacionados con el tema, adicionalmente tiene el papel fundamental de capacitar al personal involucrado en la atención del paciente con heridas, de tal manera que se fortalezca el trabajo y articulación interdisciplinar en pro de los pacientes, mejorando su calidad de vida y reduciendo costos para el sistema de salud.

Finalmente, es fundamental que el profesional de enfermería en su rol educativo incluya dentro del plan de cuidado a la familia, amigos o conocidos con los que cuente el paciente, pues todos ellos se convierten en una red de apoyo fundamental, que favorece la salud física y mental, ya que pueden apoyar en diferentes aspectos como una alimentación acorde a la enfermedad, tratamiento farmacológico y no farmacológico, manejo adecuado de apósitos/vendajes y actividad física -en la medida de lo posible- generando así un ambiente propicio que permita una recuperación adecuada.

### Bibliografía

Antezana Llaveta, G., Ayala Elías, Z., & Velásquez Castaños, M. (2021). Índice tobillo-brazo como determinante de enfermedad arterial obstructiva periférica en adultos

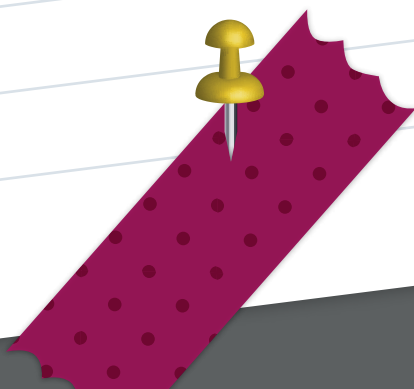
- mayores. *Gaceta Médica Boliviana*, 44(2). Consultado el 13 de octubre de 2023.
- Araújo Farias Dias, T., Fernandes Costa, I., Medeiros Melo, M., Gomes Simões de Oliveira Torres, C., Chaves Maia, E., & Vasconcelos Torres, G. (2014). Evaluación de la calidad de vida de pacientes con y sin úlcera venosa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 576-581. Consultado el 13 de octubre de 2023.
- Díaz Herrera, M. A., Baltà Domínguez, L., Blasco García, M. C., Fernández Garzón, M., Fuentes Camps, E. M., & Gayarre Aguado, R., et al. (2018). Maneig i tractament d'úlceres d'extremitats inferiors. Consultado el 13 de octubre de 2023.
- European Wound Management Association. (2023). Lower leg ulcer diagnosis and principles of treatment. *Journal of Wound Management*. Consultado el 13 de octubre de 2023.
- Faringthon Reyes, L. O., & Sosa Veras, O. A. (2019). Insuficiencia venosa crónica y los cambios estructurales en las paredes de las venas. *Revista Médica Sinergia*, 4(2), 3-20. Consultado el 13 de octubre de 2023.
- Franks, P., Barker, J., Collier, M., et al. (2016). Management of patients with venous leg ulcer: challenges and current best practice. *Journal of Wound Care*, 25(6, Suppl), 1-67. Consultado el 13 de octubre de 2023.
- Ramírez Torres, J. M., Caballer Rodilla, J., Frías Vargas, M., García Vallejo, O., & Gil Gil, I. (2022). Enfermedad venosa crónica en los nuevos tiempos. Propuesta venocheck. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 48(5), 344-355. Consultado el 13 de octubre de 2023.
- Marinello Roura, J., & Verdú Soriano, J. (2018). Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (C.O.N.U.E.I.). Documento de consenso 2018 (2ª ed.). Madrid: Ergon. Consultado el 13 de octubre de 2023.
- Wounds UK. (2016). Best practice statement: Holistic management of venous leg ulceration. London. Consultado el 13 de octubre de 2023.



Voces sobre  
**El Cuidado**

# Controversias

📌 ¿Protocolo de humanización al final de la vida?



## ¿Protocolo de humanización al final de la vida?

Martha Adiel Lopera Betancur<sup>1</sup>

El presente artículo pretende analizar si es posible o no un protocolo de humanización para el cuidado de enfermería al final de la vida o si la humanización en el cuidado se construye de manera más humana y menos normatizada, especialmente en la fase crítica de la vida de las personas como es la muerte. Se hace una revisión conceptual y de resultados de investigación para mostrar qué debe tener un protocolo de humanización al final de la vida.

La motivación para escribir este escrito nace de una experiencia personal en la que la autora sintió maltrato por parte de una colega en un servicio de hospitalización cuando enfrenó la muerte de un familiar, situación justificada por la institución argumentando el cumplimiento de protocolos de atención. A partir de esta, se quiere re-

flexionar sobre las posibilidades que existen para elaborar un protocolo de cuidado al final de la vida a partir del pensamiento teórico y crítico disciplinar para dotarlos de la inteligencia humana-emocional, que es sello de la enfermería.

### Introducción

La deshumanización en la atención y cuidados de enfermería está reportada en la literatura (Valencia, Rodríguez, 2021), para corregirla se puede avanzar en el diseño de protocolos de cuidado que busquen el bienestar de los pacientes y sus familiares. Estos últimos no son esquemas de órdenes recogidos en un documento, que no benefician al paciente o su familia, a los cuales se apegan algunos profesionales en la realización de su trabajo, por

<sup>1</sup> Enfermera, Especialista en docencia universitaria, Magister en Enfermería, Doctora en Enfermería, Docente Facultad de Enfermería UdeA



el contrario, los protocolos, al ser de obligatorio cumplimiento, deben estar basados en la mejor evidencia.

El protocolo de humanización para el cuidado de enfermería al final de la vida debe contener intervenciones que estén basadas en la evidencia las cuales buscan la calidad de la atención, están en consonancia con el avance científico, disciplinar y transdisciplinar para facilitar el proceso de muerte de manera natural, tranquila y con cuidado humanizado.

La primera reflexión debe dirigirse hacia el concepto sobre los cuidados paliativos. Como se sabe existe un marco legal que propende por la garantía de los derechos del moribundo y sus familiares. En Colombia, existe la Ley 1733 de 2014 Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida, y la Organización Mundial de la salud OMS (2020) ofrece directrices para centrar la atención en las personas próximas a morir, buscando su alivio y conservación de la dignidad.

Tanto la ley colombiana, como lo que afirma la OMS debe ser tenido en cuenta en los protocolos, además de la evidencia necesaria para la toma de decisiones secuenciales en la atención, considerando+ las condiciones del paciente, los recursos y el contexto donde se encuentren.

En cuanto a actividades de diagnóstico e intervención, los protocolos describen el conjunto de procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de una situación específica de salud, por este motivo son muy rígidos, sin embargo, permiten la adaptación a cada paciente; por otra parte, las guías de práctica clínica, son documentos que contienen declaraciones desarrolladas sistémicamente para ayudar al personal de salud y al paciente, sobre las decisiones acerca del cuidado apropiado de un cuadro clínico específico (Arias, Hidalgo y Hidalgo, 2019). Estas últimas no son obligatorias y aunque también se basan en resultados de investigaciones, admiten la opinión del cuidador.

Hay que anotar que para la práctica de enfermería el cuerpo coherente de conocimientos no es posible sin diálogo teórico que refleje la evidencia y que guíe el desarrollo de más conocimiento para la práctica (Meleis, 2007).

Así, se impulsa la enfermería basada en la evidencia (EBE), la cual busca hacer integración de hallazgos sólidos de investigaciones, preferencias del paciente y experticia clínica, con acciones propias y exclusivas de enfermería. En este sentido, la EBE va más allá de la práctica basada en la evidencia (P.B.E), la cual se enfoca sobre todo en investigaciones científicas para identificar las mejores prácticas.

La EBE no olvida que enfermería es ciencia y arte. Meleis (2007) encontró que hay poca evidencia sobre que solo la práctica basada en la in-

investigación, sin un sentido crítico aplicado al pensamiento teórico, sea garantía de calidad del cuidado. No puede olvidarse que el deber ser de enfermería se fundamenta en sus propias teorías, tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas (Ley 911, 2004).

Tanto las guías como los protocolos tienen como objetivos “homologar el proceso de atención a las personas, mejorando la eficiencia y la toma oportuna de decisiones basado en evidencia científica, fortalecer la toma de decisiones por parte de las y los usuarios, dándoles oportunidad para que participen en su proceso de atención, promover el respeto a los derechos humanos de las y los usuarios en el proceso de atención” (Vera, 2019); en resumen un protocolo de humanización deberá incluir acciones que promuevan los esfuerzos humanizadores de las enfermeras y que faciliten el cuidado sensible.

### **Evidencia de humanización al final de la vida**

Por lo dicho, los protocolos deben seguir la mejor evidencia disponible, al respecto, se realizó una búsqueda en las bases de datos Pubmed y Scind Direct, con las palabras claves: cuidado paliativo, acompañamiento, limitación del esfuerzo terapéutico y agonía, en los últimos 5 años. En primer lugar, la búsqueda se concentró

en ensayos clínicos y metaanálisis, encontrando 0 artículos. Por lo cual se hizo necesario acudir a evidencia de estudios descriptivos y cualitativos; en los cuales deberían explorarse temas como el alivio de los síntomas, la atención de las necesidades físicas, emocionales, socioculturales y espirituales, junto con el acompañamiento de los familiares y comprensión del sufrimiento que enfrentan los pacientes y sus familiares (Sesma, Aranguen, Estreviz, Lizarazu, Goñi, 2022; Lopera, 2015).

La revisión sistemática realizada por Carpenter, Karissa, Ersek (2020) encontró que la educación en cuidado paliativo al personal de salud es importante para la mejora del cuidado del paciente y su familia; además de esta actividad dirigida al personal, esta revisión recomienda procurar la comodidad y el bienestar espiritual del paciente y su familia, así como el control de los síntomas, tales como el dolor, ansiedad, disnea, depresión, cansancio y la falta de apetito. Esta revisión sistemática además recomienda un equipo más o menos fijo de personal, pues la rotación puede llevar a variación en el éxito del cuidado paliativo.

Las guías de manejo surgidas de consensos de expertos recomiendan que se procure que la muerte sea de acuerdo “con los deseos del paciente, comfortable, con cuidados organizados, con información veraz, con acompañamiento familiar y con respeto a sus creencias y valores” (Díez

J., Sánchez R., García E., Freire, S., Isasmendi, A., Torres, C. 2021). Estos mismos autores recomiendan que se facilite “el acompañamiento familiar de los pacientes en sus últimos días de vida” pues luego del alivio del dolor esta es una de las necesidades y derechos básicos de los pacientes que están muriendo (Díez J., Sánchez R., García E., Freire, S., Isasmendi, A., Torres, C. 2021), (Irish Hospice Foundation, 2013). En otros textos incluso se encontró que la opción de acompañar al paciente es un factor que las familias toman en cuenta a la hora de elegir el hospital para esta fase final (Delgado, M., Rodríguez, A., De la Cruz, V., Frisbee S., Williams J., Wu, J., Liu D., Fisch M., Bruera E. 2016).

### **Enfermería y humanización**

“El cuidado humanizado tiene lugar entre enfermeras y pacientes, con orientación al bien y el deseo de ofrecer ayuda; además, rescata la igualdad entre enfermeras y pacientes; igualdad basada en su humanidad con sus potencialidades y limitaciones, pero con roles diferentes en una relación que gira en torno a una experiencia de enfermedad” (Beltrán, 2016). Lo anterior da pistas de lo que debe contener un protocolo que pretenda contribuir a la humanización del cuidado de enfermería, es decir, debe estar orientado al bien para el paciente y su familia, máximo cuando están en

un momento de tanta vulnerabilidad como es el tránsito hacia la muerte.

El bienestar del paciente al final de la vida está relacionado con la comodidad, el suplir sus necesidades físicas, psicológicas, espirituales, la comprensión y el acompañamiento según los deseos del paciente y su familia. Por ello, los protocolos no sustituyen los planes de cuidado, sino que los complementan; en ese sentido las guías clínicas para el cuidado al final de la vida tienen un grado de recomendación fuerte: “el plan de cuidados de enfermería incluirá al menos los cuidados de la piel, la boca, la alimentación, la eliminación, el patrón respiratorio, el descanso y el manejo del dolor y de otros síntomas de la enfermedad terminal” (Díez J., Sánchez R., García E., Freire, S., Isasmendi, A., Torres, C, 2021).

En ese sentido, los protocolos no pueden ir en contra del plan de cuidados individual de cada paciente, conforme a la valoración que realice la enfermera de la situación. Sin embargo, pueden darse situaciones en las cuales el protocolo contradiga los deseos del paciente, por ejemplo, en situaciones de vulnerabilidad biológica por riesgo de contacto de un agente; allí el protocolo de aislamiento indudablemente debe llevarse a cabo. No obstante, aun en estas situaciones el ser humano debe ser tratado como tal, haciendo adecuaciones en sus planes de cuidado.

Otro de los requisitos del cuidado humanizado, que menciona Beltrán,

es ver al otro como un semejante, lo cual implica el ejercicio de asumir que las enfermeras tienen un poder limitado en el grupo de cuidado a nivel hospitalario. Su poder radica en hacer que un acto sea real. «Las verdaderas potencias, no son simples posibilidades...Potencia es la posibilidad de cambio» (Ferrater, 1965). La posibilidad que se quiere llevar a cabo es cambiar o mejorar la situación del paciente y de sus familiares, mediante acciones individuales o colectivas lideradas por enfermeras.

Para King, (1984) el poder de enfermería está relacionado con su jerarquía: “ser la jefe”, lo cual le da una posición privilegiada dentro de una organización formal. Sin embargo, para Medina (2005), en realidad los que tienen el poder y la autonomía son los que hacen de sus propias características las únicas posibles y deseables. Así, negarle la compañía de la familia a un paciente al final de la vida, por una enfermedad no contagiosa, no se puede justificar en un protocolo, sino en una lucha de poderes (Foucault 1988)16.

En resumen, llevar a cabo un protocolo de humanización implica humildad por parte de la enfermera. La humanización requiere la empatía que es la «capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos» (Diccionario Real Academia Española, 2023). No se trata de sufrir con el otro, como lo expresa Morse (1996), sino de comprender su dolor y acudir en consecuencia con acciones de cui-

dado. Así, la ética de la compasión es la respuesta que se da aquí y ahora al sufrimiento del otro.

Ahora bien, un asunto crítico es analizar la posible contradicción entre la obligatoriedad que implican las acciones del protocolo y la individualidad que es un requisito de la humanización, a partir del respeto por la autonomía y la dignidad del otro (Watson, 2007), dado que la individualidad es la historia del paciente, sus creencias, cultura, seres queridos, necesidades que abarcan la complejidad de su ser. “La enfermera asume al ser humano en una totalidad que no puede ser fragmentada, pues es más grande y diferente que la suma de sus partes” (Watson, 2007). Por lo tanto, dado el carácter de invariabilidad del protocolo basado en la evidencia, no parece fácil concertar estos con darle a cada paciente y sus familiares la atención que ellos requieren sin restricciones. Un ejemplo de esto, es definir mediante un protocolo los horarios o número de personas de visita para cada paciente, lo cual es desconocer su individualidad.

Los protocolos de cuidado de enfermería llevan implícita la idea de quien los diseña, su visión del mundo y del ser humano, si se ve en una visión biológica y fragmentada o en una en la cual el ser humano es un ser holístico, interactuante y con una realidad multidimensional (Fawcett, Desanto, 2013), estos serán diferentes. La atención humanizada es in-

dividualizada (Beltrán, 2016), pues comprende el carácter único del otro.

Si se habla de protocolos y guías de humanización en cuidado paliativo debería incluir la empatía, la compasión, la individualidad, buscar el bien del paciente y su familia, la humildad para el manejo del poder y la atención a las necesidades en esta etapa crítica de la vida.

Los cuidados éticamente legítimos, si el objetivo es que la muerte suceda en un proceso humanizado, “pasan por el siempre posible alivio del dolor y del sufrimiento, ajustándose a aquellos parámetros de calidad de vida acordes con los valores y creencias del sujeto. Cuando los familiares y allegados han puesto todos los medios necesarios, indicados y proporcionados para que la muerte sobrevenga de este modo, no habrá más responsabilidad personal que agradecer la vida” (Masé, 2022), de tal manera que no se debería olvidar el sello personal de cada paciente y sus familiares en el cuidado que se les procure.

## Conclusión

Enfermería necesita ampliar su base de conocimiento para mejorar la práctica asistencial. Para ello es indispensable que se lleven a cabo programas educativos que procuren mejorar las competencias de las enfermeras para brindar cuidado al final de la vida, pero también que se realicen investigaciones que den piso de evidencia a

los cuidados que puedan incluirse en protocolos de atención o guías de manejo para el paciente al final de la vida.

Los protocolos de atención recogen la mejor evidencia con el fin de que se facilite la toma de decisiones para el cuidado por parte de las enfermeras, no obstante, no son creados para facilitar el trabajo de las enfermeras, sino que están centrados en la calidad de vida y el bienestar del paciente y sus familiares, por lo tanto, buscan que el paciente afronte la muerte de manera digna, apoyados por un proceso humanizado de cuidado.

## Referencias

- Arias Capote, J., Hidalgo Mesa, C., & Hidalgo Cepero, H. (2019). Utilidad de las guías, protocolos y algoritmos en la práctica clínica. *Revista Cubana de Medicina*, 58(1), e980. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232019000100005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232019000100005&lng=es) (Epub 20 de febrero de 2020).
- Beltrán, O. (2016). Atención impersonal o cuidado humanizado: ¿una decisión de enfermeras? *Modelo del Reloj de Arena. Investigación y Educación en Enfermería*, 34(3), 444-455. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n3a03>
- Carpenter, J., Lam, K., Ritter, A., & Ersek, M. (2020). Systematic review of nursing home palliative care interventions: Characteristics and outcomes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(5), 583-596.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.11.015>
- Delgado, M., Rodríguez, A., De la Cruz, V., Frisbee, S., Williams, J., Wu, J., Liu, D., Fisch, M., & Bruera, E. (2016). Advanced cancer patients' reported wishes at the end of life: A randomized controlled trial. *Supportive*

- Care in Cancer, 24, 4273-4281. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3260-9>
- Díez, J., Sánchez, R., García, E., Freire, S., Isasmendi, A., & Torres, C. (2021). Guía de práctica clínica de consenso sobre buenas prácticas en los cuidados al final de la vida de las Sociedades Española y Portuguesa de Medicina Interna. *Revista Clínica Española*, 221(1), 33-44.
- Fawcett, J., & Desanto, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed.). F. A. Davis Co.
- Ferrater, J. (1965). *Diccionario de filosofía*. Montecasino.
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50, 3-21.
- King, I. (1964). *Enfermería como profesión: Filosofía, principios y objetivos*. Limusa.
- República de Colombia. Ley 1733 “Ley Consuelo Devis Saavedra” de 2014. Mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral del paciente con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida. 8 de septiembre de 2014. D.O. 49268 (Colombia).
- Lopera Betancur, M. (2015). El cuidado de enfermería al paciente en proceso de fallecer: Una dolorosa función profesional y humana. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(2), 297-304. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a12>
- Massé, M. (2022). El concepto de muerte natural hoy, entre la futilidad y la necesidad ética. Un concepto para el siglo XXI. *Cuadernos de Bioética*, 33(109), 293-302. <https://doi.org/10.30444/CB.134>
- Medina, J. (2005). Deseo de cuidado y voluntad de poder: La enseñanza de la enfermería. *Universitat de Barcelona*.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress* (4th ed.). Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.
- Morse, J., & Carter, B. (1996). *The essence of enduring and expressions of suffering: The reformulation of self*. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 10, 43-60.
- Organización Mundial de la Salud. (2020, 20 de agosto). *Cuidados paliativos, informe de prensa*.
- Real Academia Española. (s.f.). *Empatía*. Recuperado el 5 de marzo de 2024, de <https://dle.rae.es/empat%C3%ADa?m=form>
- Sesma, A., Aranguren, M., Estraviz, F., Lizarazu, E., & Goñi, R. (2022). Nurses’ knowledge about palliative care in a critical care unit. *Enfermería Intensiva*, 33(4), 197-205. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.10.003>
- The Irish Hospice Foundation. (2013). *Hospice Friendly Hospitals Programme: Quality standards for end-of-life care in hospitals*. [http://hospicefoundation.ie/wp-content/uploads/2013/04/Quality\\_Standards\\_for\\_End\\_of\\_Life\\_Care\\_in\\_Hospitals.pdf](http://hospicefoundation.ie/wp-content/uploads/2013/04/Quality_Standards_for_End_of_Life_Care_in_Hospitals.pdf)
- Ley 911. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. 5 de octubre de 2004. (Colombia).
- Valencia, M., & Rodríguez, A. (2021). Reflexión de la humanización de la atención: teoría de Jean Watson y propuesta de su aplicación. *Benessere*, 6(1). <https://doi.org/10.22370/bre.61.2021.3037>
- Vera Carrasco, O. (2019). Guías de atención, guías de práctica clínica, normas y protocolos de atención. *Revista Médica La Paz*, 25(2), 70-77. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582019000200011&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582019000200011&lng=es)
- Watson, J. (2007). Watson’s theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(1), 129-135. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000100016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100016&lng=en)

Voces sobre  
**El Cuidado**

# Laboratorio de lenguas

 What is social vulnerability?



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**  
Facultad de Enfermería

## What is social vulnerability?

Oscar Augusto Bedoya Carvajal<sup>1</sup>

In family and community health practice, we usually refer to populations as ‘socially vulnerable’ in a generic way, but we often do not fully understand what this means and assume that we are referring only to poverty.

In recent years, the concept of social vulnerability has been used in different fields, mainly with the aim of understanding the inequalities that exist among different population groups and taking measures to reduce these gaps. The basic theory behind the concept of social vulnerability usually tries to interpret inequality and poverty in Latin America in terms of the economic and social changes that took place in the 1980s and 1990s, which created uncertainty, helplessness, and insecurity for a large part of the

population. Although it is constantly criticised for the way it identifies these negative conditions that affect many people in the continent, it individualises the sources of inequality, focuses on the phenomena of exclusion and omits the role of collective action to counteract them (CEPAL et al., 2002; Filgueira, 2001; González, 2009; Moreno Crossley, 2008; Ortiz-Ruiz & Díaz-Grajales, n. d.).

Social vulnerability is used to analyse the risk conditions in which “certain environments or socio-economic situations” expose those who suffer from them, for example, the circumstances found in “people who suffer from natural disasters, marginalisation and delinquency, racial or gender discrimination, social exclusion, physical and mental health problems, among others” (Feito, 2007), This

<sup>1</sup> Enfermero PhD en epidemiología y bioestadística - Magíster en Salud pública, Docente Facultad de Enfermería UdeA, oscar.bedoyac@udea.edu.co



confirms the existence of spaces of vulnerability, which are defined as an environment or set of unfavourable conditions that increase the risk of people living in situations where they have no control over their situation, are unable to change their circumstances and are therefore vulnerable (Delor & Hubert, 2000; Feito, 2007).

It is common to find two styles of analysis of social vulnerability: the first focuses on the characteristics of “individuals, households or communities linked to structural processes that configure situations of fragility, precariousness, defencelessness or insecurity, resulting from historical conditions that affect the possibilities of social integration and improvement of living conditions” (González de la Rocha & Latapí, 2008). The second focuses on the grouped risk factors that affect certain “social units” and influence their security (González de la Rocha & Latapí, 2008).

Social vulnerability is a concept that refers to “the experience of situations of fragility, precariousness, defencelessness or insecurity by individuals or specific groups in some of the main spheres of interaction (work, family, community, etc.)”. Those who experience it usually have “some contextual factor that makes them more vulnerable to experiencing circumstances that are unfavourable to their social integration and personal development”, or engage in behaviours that increase their exposure to negative events, or share a basic characteristic, such as

age, gender or ethnicity, that places them at risk or at risk of experiencing frequent problems in this group (CEPAL et al, 2002).

However, in order to decide whether someone is vulnerable, it is necessary to compare the person concerned with the rest, to identify a disadvantaged, unstable, fragile position or the greatest possibility of deterioration in his or her situation, in order to define him or her as vulnerable. This condition is associated with social exclusion because it deprives individuals of the basic resources that facilitate social integration, and when this situation persists in a specific group with similar conditions, it makes them acquire a negative specificity. Similarly, one can be considered vulnerable when the effects of “several risk factors that constitute a situation or syndrome of social vulnerability” converge (Moreno Crossley, 2008).

With regard to the structure in which this vulnerability is formed, it could be understood as a two-dimensional phenomenon, where first there is exposure to the negative event and then there are the difficulties of coping with it (Chambers, 1983), or where there is a mixture of vulnerabilities: human vulnerability, which is inherent to the subject, and social vulnerability, which is variable, selective and appears depending on the circumstances (O’Neill, 1996). Others argue that it consists of three main elements: “the exposure or risk of being exposed to crisis situations, the capacity or risk

of not having the necessary resources to face such situations, and the potential or risk of suffering serious consequences as a result of the crisis” (Dellor & Hubert, 2000).

Some experts argue that social vulnerability is a consequence of a previous damage that marks the subject, which is understood as susceptibility, then when exposed to an adverse situation, this previous damage becomes an additional burden of suffering in relation to those who do not have it, acquiring the form of “unfavourable social condition” (Kottow, 2003), this theory reduces vulnerability to an unequal protection in society and susceptibility as a need that requires specially designed measures for its intervention or reduction.

Some experts argue that social vulnerability is the consequence of a previous damage that marks the subject, which is understood as susceptibility, then when exposed to an adverse situation, this previous damage becomes an additional burden of suffering in relation to those who do not have it, acquiring the form of “unfavourable social condition” (Kottow, 2003), this theory reduces vulnerability to an unequal protection in society and susceptibility as a need that requires specially designed measures for its intervention or reduction.

Social vulnerability is identified with the “limitations or disadvantages that people face in accessing and using the assets that are distributed in society”. This “assets and vulner-

ability” approach has been widely used in Latin America, applying it, for example, to the “labour market and linking it to the prospects of poverty and social exclusion” (González & Galassi, 2010; Kaztman, 1999b; Moser & Holland, 1997). The assets listed are divided into three types: “physical capital (financial and physical, as in the case of housing), human capital (labour, health and education) and social capital (social networks)”. These are “generated by three main sources: the state, the market and the community”; together they form the “opportunity structure” (Kaztman, 1999b). Other authors take a hierarchical approach to the definition of social vulnerability, stating that it is “the situation in which individuals, households and groups: do not obtain quality and/or stable jobs; have weak social networks; have irregular access to public services” (Kaztman, 1999b).

In the Latin American context, the main sources of social vulnerability have been identified as “the labour market, income volatility, inequality in the distribution of wealth and the weakening of social institutions” (family, state, political parties, trade unions and guilds) (CEPAL et al., 2002). As can be seen, the perspective from which social vulnerability is assessed has a strong economic, territorial, and governmental component, but its analysis often does not consider the individual practices and conditions of people as causal effects.

Understanding the structure that defines social vulnerability makes the planning and implementation of nursing interventions that contribute to improving the conditions of populations more effective, because if the need to act on the conditions that favour social vulnerability in order to mitigate its development is recognised, better results can be achieved; otherwise, actions aimed at improving people's health and well-being will be ineffective.


## References

- Rodríguez, J., Villa, M., & Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2002). Vulnerabilidad socio-demográfica: Viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/13051/S2002632\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/13051/S2002632_es.pdf)
- Chambers, R. (1983). *Rural development: Putting the last first*. Prentice Hall. <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/123456789/178>
- Delor, F., & Hubert, M. (2000). Revisiting the concept of 'vulnerability'. *Social Science & Medicine*, 50(11), 1557-1570. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00465-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00465-7)
- Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30, 07-22. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1137-66272007000600002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272007000600002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Filgueira, C. H. (2001). La actualidad de viejas temáticas: Sobre los estudios de clase, estratificación y movilidad social en América Latina. Naciones Unidas, CEPAL, División de Desarrollo Social.
- González de la Rocha, M., & Latapí, A. (2008). Vulnerabilidad y activos de los hogares: El Programa Progresión Oportunidades en ciudades pequeñas. *Método Científico y Política Social: A Propósito de Las Evaluaciones Cualitativas de Programas Sociales*, 129-202.
- González, L. M. (2009). Orientaciones de lectura sobre vulnerabilidad social. <https://doi.org/10.13140/2.1.2734.5286>
- González, L. M., & Galassi, G. (Eds.). (2010). *Lecturas sobre vulnerabilidad y desigualdad social*. Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba: CONICET.
- Kaztman, R. (1999). Vulnerabilidad, activos y exclusión social en Argentina y Uruguay. Santiago de Chile: Organización Internacional del Trabajo (OIT). [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/28665/1/LCmvdR173rev1\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/28665/1/LCmvdR173rev1_es.pdf)
- Kottow, M. H. (2003). The vulnerable and the susceptible. *Bioethics*, 17(5-6), 460-471. <https://doi.org/10.1111/1467-8519.00361>
- Moreno Crossley, J. (2008). El concepto de vulnerabilidad social en el debate en torno a la desigualdad: Problemas, alcances y perspectivas. Center for Latin American Studies, University of Miami. [https://www.researchgate.net/publication/228382884\\_El\\_concepto\\_de\\_vulnerabilidad\\_social\\_en\\_el\\_debate\\_en\\_torno\\_a\\_la\\_desigualdad\\_problemas\\_alcances\\_y\\_perspectivas](https://www.researchgate.net/publication/228382884_El_concepto_de_vulnerabilidad_social_en_el_debate_en_torno_a_la_desigualdad_problemas_alcances_y_perspectivas)
- Moser, C., & Holland, J. (1997). Household responses to poverty and vulnerability. Volume 4: Confronting crisis in Cawama, Lusaka, Zambia (Report No. 24; Urban Management Programme). The World Bank.
- O'Neill, O. (1996). *Towards justice and virtue: A constructive account of practical reasoning*. Cambridge University Press.
- Ortiz-Ruiz, N., & Díaz-Grajales, C. (s.f.). Una mirada a la vulnerabilidad social desde las familias. *Revista Mexicana de Sociología*, 80(3), 611-638. Recuperado el 14 de agosto de 2019, de <http://www.redalyc.org/jatsRepo/321/32158229005/html/index.html>

Voces sobre  
**El Cuidado**

# Garabatos, letras y algo más

 La Púa

 Osadía



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**  
Facultad de Enfermería

## La Púa

María Camila Mazo<sup>1</sup>

Eran las cinco de la tarde, en la ventana se podía observar un atardecer candente, la luz del ocaso atravesaba el cristal. Hoy sí que podía sentir el cansancio en mis piernas pero el atardecer naranja reconfortaba el agotamiento. En ese instante te asomas por la puerta que estaba medio abierta con una expresión de sobresalto, me ves y tragas entero antes de preguntar algo, llegas preocupado. Ya lo sé, tienes pánico, llegar a este lugar te pone rígido e impaciente, quisieras a toda costa evitar estar aquí, si pudieras ser un niño de nuevo y salir corriendo por cualquier pasillo lo harías sin pensarlo dos veces, pero tienes que ganarle al miedo y sobre todo al ridículo, al qué dirán.

Te pido que esperes un momento, mientras sonrío amablemente y por la cobardía que te cobija en ese ins-

tante te sientes confundido, no sabes si te doy una sonrisa sincera o siniestra y eso te hace poner más tenso de lo que venías, tu imaginación vuela en cuestión de segundos, crees que soy en ese momento un ser superior y que te tengo en mis manos y eso te hace ser muy cortés conmigo aunque no quisieras, intentas pensar en otras cosas, y no sabes si quieres que todo pase inmediatamente o que el tiempo se torne eterno y no tener que enfren-tarme.

Solo han pasado cinco minutos. Cuando te llamo te exaltas y te diriges rápidamente hacia mí, como si no hacerlo deprisa te pusiera en conflicto conmigo, cierro el lugar con seguro en la puerta por tu bien, pero sientes que ya no tienes escapatoria, no hay frío en el ambiente y aun así se te nota en la piel de gallina que tus ner-

<sup>1</sup> Enfermera, Estudiante Especialización en Enfermería Materno Perinatal, Facultad de Enfermería UdeA, correo camila.mazo4@udea.edu.co

vios afloran, todo es espeluznante, es inevitable; sin embargo, me importa que estés tranquilo, que confíes en mí, pero vas directo al grano, te acuestas y comienzas a bajar tu pantalón, no quieres mirar pero algo dentro de ti te obliga a hacerlo, no observas exactamente el líquido sino la espadilla que entrará en tu cuerpo, te parece más un espada gigante y tajante, la miras a lo lejos fijamente y desde ya sientes agonía y dolor, te indico paso a paso todo lo que va a suceder pero ensordecas, solo escuchas una voz intermitente y entrecortada, empuñas los ojos fuertemente y tu mandíbula se

cierra con todo el vigor, en tu ser solo hay desasosiego, te sientes una víctima y la zozobra te hace pensar en tortura y una escena de crimen inacabable, han pasado solo unos segundos que se han hecho eternos, ya eliminé todos los remanentes de la escena, he acabado, sigues empuñando los ojos con fuerzas y me preguntas: “¿ya?”. Abres solo un ojo y yo sonriendo genuinamente sin nada en mis manos te doy la respuesta a tu corta pregunta. No puedes creer que no hayas sentido nada, que la fantasía de tu mente y los nervios de tu cuerpo dolieron más que el chuzón en tu glúteo.



## Osadía

María Camila Mazo<sup>1</sup>

Ella estaba afuera mirando perdidamente la lluvia torrencial desde la ventana del sexto piso, no se apoyaba en el marco amplio de metal porque el frío, sin duda, entraría despiadadamente por sus brazos desnudos, afuera la gente corría con las cabezas hundidas dentro de sus hombros y los carros pitaban con afán de pasar lo más pronto posible la luz roja; ninguna escena la entretenía, pues su mente estaba expectante en lo que en un momento sucedería.

La llamé con un tono de voz fuerte y su atención a un punto fijo se desvaneció de inmediato. Después que entrara al lugar pude notar en ella cierta timidez y candor, sus mejillas se tornaron rojas antes de hablar y con una voz pausada me confesó, antes de que yo pudiera preguntarle, que esta era su primera vez. Le sonreí leve-

mente esperando que con esa sonrisa pudiese transmitirle confianza, me había propuesto que su primera vez tuviera como resultado la confianza de volver, ella debía volver.

Le pedí que se quitara sus bragas, que luego viniera a recostarse y se tumbara boca arriba, la miré fijamente para pedirle que abrieras las piernas, pues ahí entre sus piernas iba a entrar yo, estaba tensa y algo sudorosa, sentí su miedo - relaja las piernas, respira profundo, todo estará bien, te lo aseguro - le dije con firmeza en mi voz y aun así con duda en mis pensamientos. Necesitaba que pusiera de su parte para que aunque fuese un acto incómodo no sintiera dolor ni mucho menos desagrado, yo seguía pensando que ella debía volver aquí.

Noté en ella serenidad luego de la firmeza en mi afirmación lo cual me

<sup>1</sup> Enfermera, Estudiante Especialización en Enfermería Materno Perinatal, Facultad de Enfermería UdeA, correo camila.mazo4@udea.edu.co

aliviaba, pues me disponía a explorar un jardín al que no se debe ingresar sin consentimiento, jardín de color rosa, íntimo, suave, profundo y oscuro; flor de felpa con suave algodón entre sus muslos, jardín mojado que siente, vibra, palpita y sangra, un jardín sagrado, pasadizo de la vida, embrollo de placer, suave al tacto pero rígido al forcejeo.

Abro delicadamente, ilumino y observo el túnel del jardín detalladamente hasta el final, esperando no hallar irregularidades, tomo las muestras, finalizo de la manera más imperceptible

posible pidiéndole un último respiro profundo y cerramos con una sonrisa de satisfacción gratificante para ella en su primera experiencia y sanadora en mí para mi herida antigua. Ella no lo sabía, pero yo ya tuve “una primera vez”, recordé y me estremecí momentáneamente en un huracán de emociones, una primera vez infortunada, al inicio sentí angustia, nervios y al final lamentablemente dolor, incluso sangré y sentí culpa, pero no iba a permitir que eso le pasara a aquella chica, al contrario, ella debía volver. ¡Listo el Papanicolau!





# Voces sobre **El Cuidado**

## Comité Editorial

Beatriz Elena Arias López  
Docente Departamento de Posgrados

Elvigia Maria Posada Vera  
Docente Departamento de Formación Profesional

Doris Elena Ospina Muñoz:  
Docente Departamento de Formación Profesional

Berena Patricia Torres Marín:  
Docente Departamento de Posgrados

María Isabel Lagoueyte Gómez:  
Docente Departamento de Formación Básica

Diagramación:  
Imprenta Universidad de Antioquia

Universidad de Antioquia  
Facultad de Enfermería  
Número 7  
Medellín, Colombia  
2024



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**  
Facultad de Enfermería