



# 36

**Enfermería en Costa Rica**

36 (1)-2022 ISSN 2215-6593

# RECR

**Revista de Enfermería  
en Costa Rica**

# 2022

[www.revista.enfermeria.cr](http://www.revista.enfermeria.cr)

Desde 1978 Decana  
En Centroamérica



## Comité Editorial

Editora en Jefe

Yirlanny Moreira Rodríguez, Licda. Enfermería  
*Colegio de Enfermeras de Costa Rica*

Editores Asesores

Allan Rodríguez Artavia, Mag. Enfermería  
Ginecológica, Obstétrica y Perinatal  
*Director de Enfermería Hospital San  
Vicente de Paul*

Jerik Andrade Espinales, Lic. Enfermería  
*Docente, Escuela de Enfermería, Universidad  
de Costa Rica*

Diego Redondo Sáenz, Lic. Enfermería  
*Docente, Escuela de Enfermería,  
Universidad de Costa Rica*

Marcela Castro Méndez, Lic. Enfermería  
*Sub-directora, Escuela de Enfermería, Universidad  
Hispanoamericana*

José Francisco Villanueva Valverde, Lic.  
en Enfermería, *Educador en Servicio,  
Red de Servicios de Salud del INS*

## Entidad Editora

Colegio de Enfermeras de Costa Rica

**Presidenta:** Dra. Carmen Loaiza Madriz

**Fiscal:** Dr. Fernando Chamorro Tasies

**Secretaria:** Dra. Carolina Chinchilla Quesada

**Tesorero:** Dr. Diego López Badilla

**Vocal I:** Dra. Ana Lucía Morales Artavia

**Vocal II:** Dr. Gabriel Jesús Guido Sancho

**Vocal III:** Dra. Priscilla Portugués Picado

**Vocal IV:** Dr. Dario Gerardo Aguilar Zamora

## Enfoque y Alcance

El objetivo de la revista es promover la investigación y divulgación de documentos de redacción científica de calidad, con relevancia profesional para el gremio de enfermería nacional e internacional, contribuyendo con el cuidado directo, la docencia, la investigación y la gerencia.

Se publica una edición semestralmente de manera electrónica por medio de la página web **revista.enfermeria.cr**, esta es revisada a manera de doble ciego por profesionales especializados (as) en las diferentes áreas temáticas de los documentos recibidos.

## Información para Autores

Las guías y normativas para autores se encuentran disponibles en la página web **revista.enfermeria.cr**

Todo envío de manuscritos se hará por medio de la página **manuscritosRECR.enfermeria.cr**

Los derechos relativos a la autoría y divulgación de esta obra están protegidos por una licencia de Creative Commons Costa Rica, siendo así, una Revista de Acceso Libre.

## Diseño y Diagramación

Jorge Enrique Rojas Jiménez

*Colegio de Enfermeras de Costa Rica*

*Teléfono 2519-6819*

*Correo: ymoreira@enfermeria.cr*

*Apartado postal: 5085 - 1000 San José, Costa Rica*

*Para más información y acceso a otras ediciones,  
visite la página:*

*<https://revista.enfermeria.cr/>*

## ÍNDICE

### Editorial

Importancia de Inventir en Enfermería.....3

*Dra. Carmen Loaiza Madriz, PhD.*

### Artículos Originales

Vivencias en torno al desplazamiento migratorio en personas adultas inmigrantes colombianas desde una perspectiva enfermera .....5

*Dra. Michelle Rodríguez Vargas*

*Dra. Tania Vega Arce*

Programa Educativo de Enfermería sobre sexualidad para familias de niños, niñas y adolescentes sordos.....16

*Dra. Itzel Arguedas Barrantes*

*Dr. Enoc Hidalgo Guevara*

### Revisiones de Literatura

Evidencia sobre ratios de enfermería-persona usuaria en Unidades de Cuidado Intensivo.....26

*Dr. Alonso Cascante Arias*

Cuidado humanizado en la Unidad de Cuidados Intensivos: una revisión integrativa.....36

*Dra. Rocío Retana Delgado*

### Relatos de Experiencia

Experiencias virtuales de los adultos mayores de un hogar de larga estancia .....48

*Dr. Rafael Argüello Castillo*

*Coautores: Guzmán Ugalde, M. A.; Correa Gallardo, M.P; Sandí Corrales, A.S.;*

*Amarista Mejías, S.G.; Maura Ricardo, M.; Sánchez Zarate, M.F.*

Experiencias de Enfermería en Salud Mental durante la pandemia por COVID-19.....58

*Dra. Agnes Gutiérrez Rojas, Dra. Alejandra Trejos Chacón, Dra. Arlin Madriz Martínez*

*Dra. Erika Badilla Sánchez, Dra. Jacqueline Monge Medina, Dra. Jessica Pérez Villalobos*

*Dr. Jorge López Cisneros, Dra. Marlene Salazar Umaña, Dra. Marta Salazar Davidson*

*Dra. Maureen Araya Solis, Dra. Nadia Flores Ceciliano, Dra. Sandra Mora Sánchez*

*Dr. Rodrigo Lépiz Álvarez, Dra. Marielos Fernández Hincer, Dra. Maricruz Pérez Retana*

*Dr. William Alberto Bogantes, Dra. Janicia Gamboa León, Dra. Sonia Montero Lobo Madriz*

### Dra. Carmen Loaiza Madriz, PhD.

Presidenta del Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

Maestría en Administración de Servicios de Salud

PhD en Atención Sociosanitaria

✉ Presidencia@enfermeria.cr

## IMPORTANCIA DE INVERTIR EN ENFERMERÍA

La Enfermería en Costa Rica ha desarrollado importantes iniciativas de salud y de salud pública para el mejoramiento de la calidad de vida de la población. En estos esfuerzos sistemáticos, en materia de salud pública y de protección social, cobran vital importancia los profesionales de salud, en especial los y las profesionales de enfermería.

No en vano, la presidenta del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), Dra. Pamela Cipriano, en su mensaje de mayo de 2022 manifiesta: “cada día, las enfermeras superan retos increíbles en todo el mundo para cuidar de sus pacientes y comunidades, retos que la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto en los últimos dos años”<sup>1</sup>.

Ha sido muy evidente en esta crisis sanitaria, que en el sector público se requieren más profesionales para mejorar la atención a la población. No obstante, es frecuente en los países que los políticos piensen en la salud como un gasto y no como una inversión.

Lo anterior podría direccionar a las razones por las cuales, en Costa Rica, en el año 1995 se realizó una reforma al sector salud en la que se incluye al profesional de Enfermería de manera limitada, sin sopesar los logros del trabajo previo realizado por las antecesoras del Ministerio de Salud en beneficio de la población más vulnerable.

Estas decisiones, después de casi 30 años están evidenciando, como consecuencia, una carga importante de enfermedades crónicas no transmisibles; mismas que evidencian una carencia de apoyo en el rol educativo de Enfermería en las comunidades. Además, se observa un impacto importante en la saturación de los hospitales, en parte, probablemente, debido a la cantidad de personas que carecen de apoyo de enfermería comunitaria.

La profesión de enfermería, a lo largo de la historia, ha asumido un rol de compromiso con la gestión del cuidado de la salud de las personas y de los grupos poblacionales. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que:

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y es uno de los grandes pilares del sistema de atención de salud. No obstante, la escasez de recursos humanos que afecta al sector en todo el mundo repercute en la calidad de los servicios<sup>2</sup>.

Esto lleva a que se mantenga un debate con los gobernantes de los países que **Invertir en Salud es invertir en Enfermería**; existiendo así, múltiple evidencia científica que demuestra, que, la falta de profesionales enfermeras aumenta el riesgo a mortalidad de la población, y que los grupos más vulnerables tienen menor apoyo en salud en los servicios.

Por otro lado, Enfermería permitió un incremento en efecto bola de nieve del subempleo al ente público de servicios de salud costarricense. Lo cual llevó a salarios que no responden a las expectativas, recargas laborales, y provocan gran frustración en el personal profesional, al no poder ejercer su carrera. De esta manera, se genera una disconformidad colectiva de los profesionales de Enfermería, a la falta de protección e impotencia del corporativo que ha llevado a numerosos llamamientos a la inversión en la fuerza laboral de enfermería con el fin de satisfacer las necesidades sanitarias ahora y en el futuro; mostrando gran preocupación por el impacto que tales situaciones puedan tener en la población que requiere de estos servicios, y que acude a los centros de salud con diferentes necesidades esperando una solución.

Existen amenazas políticas internacionales que le exigen a los gobiernos abaratar la atención y proponer figuras técnicas que sustituyan, en los diferentes escenarios, a la enfermería. Sin embargo, los países se enfrentan a grandes retos porque, conforme se modifican las condiciones de vida y de desarrollo de las sociedades, las necesidades humanas también se van transformando.

Con la entrada en el siglo XXI, los cambios en el área de la salud se han ido haciendo más evidentes. Estos cambios se manifiestan en múltiples aspectos que van desde las modificaciones en la morbilidad, por la aparición de nuevos procesos patológicos, el cambio en la configuración poblacional, la transición demográfica, el desarrollo tecnológico, la globalización de las comunidades y el comercio, el consumismo, incremento en la migración de las personas, el cambio y transformaciones climáticas, así como los cambios en los estilos de vida de la población.

Paralelamente y como consecuencia lógica de tales transformaciones, las personas formulan mayores expectativas con respecto a los servicios de cuidado, con la consecuente demanda de orientación y gestión sobre sus problemas de salud.

Esta realidad plantea enormes desafíos para el sector salud, de los que la Enfermería, desde luego, no está exenta, dado que estos retos por enfrentar exigen respuestas oportunas y eficientes a las necesidades de salud y a la calidad de vida de la población.

En el contexto de estas nuevas condiciones, es imperante que la Enfermería se plantee necesidades fundamentales como el fomento del liderazgo y de las líneas de autoridad de la disciplina, para ello requiere de forma prioritaria trabajar en la construcción del conocimiento, con el propósito de dar respuestas que hoy día tiene la sociedad ante los fenómenos contemporáneos. Considerando que Enfermería es una ciencia que debe trabajar y empoderarse en los equipos interdisciplinarios, **es el conocimiento el que empodera al profesional.**

Esta reflexión debe llevarnos a pensar que la enfermería como ciencia y profesión está llamada a buscar y resolver todas las interrogantes posibles para rescatar la disciplina desde este enfoque Ciencia y Profesión, cuyo valor central es fortalecer su conocimiento para otorgar mejores respuestas de salud a la población.

## Referencias Bibliográficas

1. Consejo Internacional de Enfermeras. Enfermería: una voz para liderar. Invertir en enfermería y respetar los derechos para garantizar la salud global. Ginebra, Suiza: Consejo Internacional de Enfermeras. 2022. Disponible en: [https://www.icn.ch/system/files/2022-05/ICN\\_IND\\_Toolkit\\_2022-ES-final\\_low%20res.pdf](https://www.icn.ch/system/files/2022-05/ICN_IND_Toolkit_2022-ES-final_low%20res.pdf)

2. Organización Panamericana de la Salud. Invertir en el personal de enfermería en la Región de las Américas. 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55983>

Dra. Michelle Rodríguez Vargas  
Licenciada en Enfermería de  
la Universidad de Costa Rica

Dra. Tania Vega Arce  
Licenciada en Enfermería de  
la Universidad de Costa Rica

## Vivencias en torno al desplazamiento migratorio en personas adultas inmigrantes colombianas desde una perspectiva enfermera

Experiences Around Migratory Displacement in Colombian Immigrant Adults from a Nursing Perspective

### Resumen

**Introducción.** Las migraciones representan una parte importante de la historia de la humanidad, contribuyendo a la demografía y distribución, incluso en sus inicios los seres humanos eran nómadas hasta que las condiciones les permitieron asentarse. Actualmente, muchas personas se vuelven parte de este fenómeno migratorio debido a múltiples razones (confrontaciones políticas internas, crisis económicas que desembocan en desempleo y pobreza, consecuencias de eventos naturales, entre otros), experimentando diferentes situaciones ya sea antes de migrar; en su país de origen, durante el traslado y después de su llegada al país receptor. **Objetivo.** Describir las vivencias en torno al desplazamiento migratorio de las personas inmigrantes. **Método.** Investigación cualitativa descriptiva con el uso de la técnica de grupo focal, en la que participaron ocho personas migrantes colombianas. La convocatoria se realizó a través de la Embajada de Colombia en Costa Rica, la cual facilitó los contactos de teléfono y correo electrónico de 22 personas. **Resultados.** Las etapas del proceso migratorio son dinámicas y presentan aspectos tanto positivos como negativos desde la perspectiva de cada individuo y la manera personal en la que se afrontan las situaciones. Se comprenden las vivencias como categoría de análisis y como subcategorías las vivencias en su país de origen, durante el traslado y en Costa Rica. **Conclusión.** La historia de vida de las personas incluye las vivencias relacionadas con el proceso migratorio, las cuales, asimismo, inciden en el proceso de adaptación cultural, social, política y económica que la persona migrante desarrolle en el país de acogida.

Descriptores: Cultura, Determinantes sociales de la salud, Inmigración, Salud mental, Salud pública.

### Abstract

**Introduction:** Migration represents an important part of human history, with a great contribution in people distribution and demography. Even in the beginning, humans used to live as nomads, until conditions were optimal to settle. Nowadays, there are many people who experience the migration phenomenon, driven by several reasons (internal political confrontations, economic crises that lead to unemployment and poverty, consequences of natural events, among others), living multiple situations either before migrating, in their country of origin, or during the transfer and after their arrival in the hosting country. **Objective:** To describe the experiences around the migratory displacement of immigrant people. **Methods:** A qualitative and descriptive study with the use of the focus group technique, in which 8 Colombian migrants participated. The invitation was delivered through the Colombian Embassy in Costa Rica, which provided the email and phone contacts of 22 people. **Results:** The migratory process is dynamic, and it may present either positive or negative aspects from the perspective of the person and the way of coping with life events. The experiences are understood as a category of analysis and as subcategories: the experiences in their country of origin, during the transfer and in Costa Rica. **Conclusion:** Experiences among people's lives and the journey situations at the migratory process will be involved in the adaptation related to cultural, social, political, and economic environments in the hosting country

Keywords: Culture, Emigration, Mental health, Public health, Social determinants of health.

## Introducción

La migración es definida como el movimiento de población hacia lo interno del mismo territorio o hacia otro país, que abarca todo desplazamiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas<sup>1, 2</sup>. Diferenciándose por el tipo de salida, la migración facilitada es de forma regular alentada, haciendo que el viaje de las personas sea más fácil y conveniente<sup>3</sup>. Mientras que en la migración forzada se observa la coacción, incluyendo la amenaza a la vida y su subsistencia, ya sea por causas naturales o humanas<sup>1,4</sup>.

Según la OIM, a nivel internacional no hay una definición universalmente aceptada del término "migrante". Sin embargo, es reconocido como cualquier persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia<sup>5</sup>.

Relacionado al tema, son escasos los antecedentes internacionales en los que enfermería haya incursionado en la investigación, no obstante, destaca una investigación española,<sup>6</sup> en la cual se consideran factores asociados al hecho migratorio como desencadenante de síntomas referidos por pacientes. En dicho estudio, se propone la elaboración de un plan de cuidado que incluye elementos sociales y culturales. Dicho análisis se realiza desde la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados de Leininger<sup>7,8,9</sup>.

La migración ha sido presentada como determinante social de la salud<sup>10,11</sup>, con un análisis desde una situación global, de importancia para la reciente introducción de un marco para la salud planetaria, que orientan a un compromiso más significativo con la relación entre fronteras, soberanía, vigilancia y salud<sup>12, 13</sup>.

A nivel costarricense, no se logró identificar antecedentes que tuvieran relación con la descripción de vivencias de personas migrantes colombianas, en alguna de las fases del desplazamiento migratorio. Por lo que esta investigación se muestra como una propuesta novedosa.

Según datos de la Dirección General de Migración y Extranjería, para el 2016, del 100% de la población inmigrante total (488.935 personas), el 5,5% (26.739 personas) corresponde a personas inmigrantes colombianas, siendo el segundo mayor grupo de personas inmigrantes que viven en Costa Rica<sup>14,15</sup>. Lo cual representa el 1.1% de la población colombiana del mundo<sup>16,17,18</sup>.

Debido a lo anterior, la pregunta de investigación que se plantea es la siguiente: ¿cómo son las vivencias en torno al desplazamiento migratorio de las personas adultas inmigrantes colombianas, entre julio del 2019 a junio del 2020? La investigación se realiza con el objetivo de describir las vivencias en torno al desplazamiento migratorio de las personas inmigrantes. Se lleva a cabo el análisis desde la Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger<sup>7,19</sup>.

Con la presente investigación se pretende enriquecer la profesión de enfermería y aportar a los esfuerzos del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, propuestos en el Plan Nacional de Enfermería 2011-2021<sup>20</sup>, ya que, como profesionales de salud, enfermería debe realizar cambios en los paradigmas de atención en los que se ha formado académicamente, pues no se justifica que su abordaje sea con patrones desactualizados<sup>20,21</sup>.

El profesional en enfermería requiere conocimientos para participar de la creación y actualización de las políticas y programas estatales que promuevan la equidad en la población<sup>10,20,22</sup>. En este caso, para incentivar la adaptación de las personas inmigrantes a la sociedad costarricense<sup>23,24</sup>. Esta aproximación al fenómeno migratorio coincide con esfuerzos internacionales por el reconocimiento de los derechos humanos y la visibilización de la realidad de las personas inmigrantes<sup>25,26</sup>.

## Materiales y métodos

Se realiza la presente investigación, de tipo cualitativa descriptiva, ya que esta suele ser ecléctica en sus diseños y métodos, basándose en las premisas de la investigación constructivista que involucra una metodología interpretativa. Obteniendo los resultados y la discusión, de un análisis de temas y patrones cualitativos que emergen en el contenido narrativo<sup>27</sup>.

Se empleó el diseño de investigación propuesto por Hurtaido<sup>28</sup>, ya que sus pautas sugieren una metodología que concibe la investigación como un proceso continuo, integrador, organizado y sistemático<sup>28</sup>. Este diseño se realiza por medio de preguntas, las cuales llevan una línea o secuencia lógica que se complementa. Se responde a las preguntas: ¿qué?, ¿quiénes?, ¿acerca de?, ¿por qué? y ¿para qué?

El contacto con la población se dio por medio de la Embajada de Colombia en Costa Rica, quienes facilitaron una lista con las personas que cumplieron con los criterios de selección de la muestra: persona en edad adulta, colombiano de nacimiento, como mínimo un año de residencia en Costa Rica y condición migratoria regular/ irregular. Los criterios de exclusión que se emplearon fueron: menores de edad, discapacidad cognitiva, auditiva y visual, personas con enfermedad mental y colombianos nacionalizados en Costa Rica.

Para efectos de esta investigación, la muestra elegida fue por conveniencia, debido a que estuvo formada por los casos disponibles a los cuales se tuvo acceso<sup>29</sup>. Se contactó un total de 22 personas, de las cuales 15 completaron un formulario de Google Forms con datos demográficos. Las siete personas restantes se contactaron a través de llamada telefónica. Finalmente, la población fue de un total de ocho personas; al ser una investigación cualitativa descriptiva, la muestra no necesariamente debe ser una representación estadística del universo o población que se estudia<sup>29</sup>.

La llamada que se realizó a las personas enlistadas fue con la formalidad de una invitación y se explica la relación entre las investigadoras y la Embajada, así como los objetivos de la investigación y sesión grupal; en qué consistiría su participación, se aclaró alguna duda o interrogante por parte de las posibles personas participantes y demás información que se encuentra en el consentimiento informado.

Se empleó la técnica de grupos focales, para los cuales se recomienda una muestra de tres a cinco personas cuando se expresan emociones profundas o temas complejos<sup>29</sup>. Se realizaron un total de dos sesiones para las cuales se invitó un excedente de más de un 20%; en la primera sesión participaron un total de dos personas y siete para la segunda, sin embargo, en esta sesión una de las participantes se retiró y en otra sala de la Embajada recibió la atención pertinente por medio de un profesional de enfermería en salud mental.

Ambas sesiones de grupo focal se realizaron en la misma sala, localizada dentro de las instalaciones de la Embajada de Colombia. Las personas participantes dieron el consentimiento para que se procediera a realizar grabación en audio. La primera sesión tuvo una duración de 50 minutos, mientras que la segunda sesión duró una hora con 40 minutos aproximadamente, tiempos deseables según literatura<sup>30</sup>.

El instrumento utilizado consistió en una guía con dos preguntas abiertas. Para el diseño de este, se consideró el objetivo de la investigación y de ahí derivó la categoría que dio origen a cuestionamientos que permitieron obtener información suficiente para satisfacer el objetivo<sup>27</sup>. Como se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1. Unidades de análisis**

Objetivo	Categoría	Subcategoría	Preguntas
Describir las vivencias en torno al desplazamiento migratorio de las personas inmigrantes.	Vivencias	En su país de origen Durante el traslado En Costa Rica <sup>10</sup>	¿Podría describir su proceso migratorio?  ¿Cómo se ha adaptado a las nuevas vivencias consecuencia de la migración?

Fuente: elaboración propia basada en Migration in 2023 the agenda<sup>10</sup>

Se utilizó el programa QDA Miner Lite para la codificación respectiva de la información obtenida en las sesiones, y se empleó el método de triangulación de datos. Además, se considera que el mejor aval para la confiabilidad interna de un estudio cualitativo es la presencia de varios investigadores, pues garantiza un mejor equilibrio de las observaciones, los análisis y la interpretación<sup>31</sup>.

Las personas participantes firmaron un consentimiento informado en el cual se expusieron puntos de bioética. Se acataron todas las consideraciones éticas contenidas en el Código de Nuremberg (1947), la Declaración de Helsinki (1964) y sus enmiendas, así como el Reglamento para las investigaciones en que participan seres humanos<sup>32</sup>; además, fue aprobado en sesión ordinaria N° 63 del Comité Ético-Científico de la Universidad de Costa Rica.

Esta investigación se realizó como parte de un trabajo final de graduación para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería en la Universidad de Costa Rica, en formato tesis.

## Resultados

De las nueve personas participantes, cuatro corresponden a hombres entre los 47 y 65 años y cinco mujeres entre los 32 y 44 años.

Todas son personas adultas inmigrantes nacidas en Colombia con periodos de estancia en Costa Rica de al menos dos años. Las cuales se describen a través de los siguientes códigos para mantener la confidencialidad: mujer (M), hombre (H) y sesión de grupo focal (GF), además, se asignan números del 1 al 4 para mujer, del 1 al 3 para hombre y 1 o 2 para sesión de grupo focal como se muestra a continuación:



**Tabla 2.**

Caracterización de la población participante en ambas sesiones de grupo focal

	Código	Lugar procedencia	Lugar de residencia	Oficio / profesión
Hombre	H1GF1	Buenaventura	La Milpa de Guararí	Operario, pesca y otros oficios.
	H1GF2	Antioquía	San Pedro	Ing. Civil
	H2GF2	Colombia (No brindó la información específica)	San Miguel de Santo Domingo	Oficial de seguridad
	H3GF2	Holaya	Concepción de Tres Ríos	No indica
Mujer	M1GF1	Cali	La Milpa de Guararí	Estilista
	M1GF2	Medellin	San Pedro	Vendedora
	M2GF2	Medellin	Cartago	Administradora
	M3GF2	Medellin	Escazú, San José	Psicóloga
	M4GF2	Bogotá	Moravia	Ama de casa

Fuente: elaboración propia datos brindados por los participantes.

Los participantes provienen de diferentes lugares de Colombia y, debido a su proceso migratorio, actualmente residen en diversas zonas del territorio costarricense. Los datos relativos a su lugar de residencia en Costa Rica brindan información importante sobre el contexto actual y el ambiente en el que estas personas se desarrollan.

La información descrita permite enlazar las variables presentes con las vivencias de las personas inmigrantes, ya que estos factores están estrechamente relacionados con la cotidianidad de los sujetos desde el momento en que dejan su país de origen, a lo largo de su proceso de traslado y posterior incorporación al país de residencia, influyendo en su salud y bienestar.

## Vivencias en su país de origen

Las vivencias de los participantes en Colombia permiten tener una aproximación a las condiciones de vida que presentaban estas personas en su país de origen, así como las distintas situaciones que los motivaron a emigrar.

La totalidad de las personas participantes de ambas sesiones de grupos focales realizaron comentarios respecto a la situación de violencia que se vive en Colombia, reconociéndola como propulsora de la migración en sus casos. Se reconoce la violencia como el eje del cual se entretejieron los distintos comentarios realizados por las personas migrantes colombianas.

*"Puees... La única razón de todo... Acumule todo, todo, todo, bueno yo no puedo estar más en Colombia. Por la violencia" (H1GF1).*

Mencionaron también la situación de involucramiento en "la guerrilla" como un factor determinante en la decisión de salir de su país de origen, pues representaba un riesgo para su seguridad física el permanecer allí. Estos comentarios fueron realizados con expresiones y sentimientos de tristeza, algunos familiares de las personas participantes vivieron situaciones de violencia, secuestros y abuso a raíz de las guerrillas de las FARC.

*"La guerrilla queee, reclutando personas y todo eso, así. Éramos muchos del barrio que estábamos ahí, pero nos cogieron, sí, y nosotros pues más de uno se fue y los que quedaron ahí, ya no están, ya están muertos. Entonces uno no puede ni pisar ni nada porque tenemos un historial allá" (H1GF2).*

*"El conflicto es un negocio, en el conflicto se mueve armamento, droga, extorsión y secuestro, ¡Sí! Por parte de algunos actores, que inclusive la misma policía está incluida, ¡Sí!" (H1GF2). "Hacemos desplazados ahora al que sea líder de derechos humanos ¡lo matan! ¡Al que sea líder del medio ambiente lo matan y no tiene recursos! Eso pasa en Colombia, ellos son así" (M1GF2).*

*"Es que a su hermana le hicieron secuestro extorsivo, sexo carnal violento. Cuando pasa todo esto yo empiezo a enfermarme... Me dice yo ya no aguanté porque yo los amo mucho a ustedes, yo voy a declarar para que se haga justicia, entonces abro la investigación y este es el fiscal, le digo al fiscal. Ah no es que yo necesito abrir esta investigación a las 4 de la tarde, a las 7 de la noche lo ahorcan, está muerto" (M1GF2).*

Se consideran víctimas las personas que han sido desplazadas, tanto hacia el interior como al exterior de su territorio por violencia. En este caso, la participante expresó tener sed de venganza, impotencia y búsqueda de justicia, lo cual contribuía como una motivación para ser activista de derechos, esta persona comentó al grupo focal:

*"Entonces eso nunca sana, eso nunca sana. El duelo frente a estos procesos, el duelo es muy difícil. Eso queda marcado, eso queda marcado y la sed de venganza frente a lo que hicieron es lo que uno dice ojalá uno pudiera tener plata e ir a matarlos a todos" (M1GF2).*

## Vivencias durante el traslado

Las personas que participaron en las sesiones focales son de nacionalidad colombiana, quienes viajaron fuera de su país (a través de una frontera internacional); en este caso siendo Costa Rica su país de destino, lo que demuestra su condición de migrante. Por motivos éticos, se omitió consultar la condi-

Se desconoce si se trató de una migración regular o irregular. Se describen diversas maneras por las que se dio este desplazamiento, algunas personas lo realizaron por avión y otras por tierra a través de varios pueblos o países.

*"Me fui, me le fui, me vine a... por tierra por la orilla del río y llegué a un lugar; alquilé un motor y me fueron a dejar a Mocana donde pasan los barcos ahí "me parqué" y me fui a Buenaventura.*

*Buenaventura también es un territorio que pa' que le digo, Buenaventura es un municipio de Colombia más peligroso que hay en Colombia ¡Usted no puede entrar a ningún barrio, no puede entrar a ningún barrio, porque el que entra no sale y lo pican y no vuelve aparecer nunca más! Entonces esa situación me llevó y me vine a Buenaventura y de Buenaventura me vine a Chocó nada más me voy para Costa Rica, me colaboraron con el pasaje ¡Hágale hermano que usted es mejor que digan que "dé aquí huyó y no que de aquí cayó!" (H1GF1).*

*"...Porque nosotros antes de llegar aquí a Costa Rica vivíamos en Chile y de allá nos vinimos en carretera hasta Colombia, entonces uno pasa Chile, Bolivia, Perú, Ecuador; llega a Colombia y ya de Colombia sí en avión hasta Panamá y ya en Panamá en la frontera cogimos bus para acá, para San José" (H1GF1).*

Las personas participantes realizaron una migración en busca de mejores condiciones de vida, sin embargo, expresaron diversas emociones y sentimientos experimentados al dejar atrás sus bienes materiales, su familia y todo aquello valioso para la persona, con lo que formó vínculo anteriormente.

*"Cuando yo decidí venirme, yo tomé la decisión, empaqué, hice todos mis papeles, llegué al aeropuerto y le dije a mi mamá: no vamos a llorar, no vamos a llorar, y yo no lloré. Claro, después yo supe que ella de bajada para Medellín lloró horrible del aeropuerto a la casa. Pero yo no lloré" (M2GF2).*

*"Es duro. Cuando nosotros viajamos de Colombia a Chile, empezar de cero. Allá en Chile estábamos ya con casa, nuestras cosas y todo eso. Teníamos televisores, lavadora, nevera, todo. Tuvimos que venderlo para podernos venir para acá. Nos ha tocado volver a empezar de cero. Ahí poco a poco y comprando las cosas y todo eso, así pasa" (H1GF1).*

*"Con la condición de que me ayudara a traer mi perrita una pitbull entonces a mí me dolió mucho porque fue muy difícil, era más fácil traer cuatro kilos de coca que a la perrita" (H1GF2).*

## Vivencias en Costa Rica

Algunas de las personas participantes mencionaron que han venido a Costa Rica para "hacer una nueva vida", que han decidido vivir en este país debido a las buenas referencias que les han brindado amigos o familiares, sin embargo, algunos de ellos relatan con especial énfasis las situaciones que han representado obstáculos o dificultades para ellos.

*"Me vine a tratar de hacer una nueva vida, aquí es ... no es la gente la que realmente me afecta, sí. Yo me acomodo a cualquier temperamento, es... la manera, la política como manejan las cosas para el migrante, le cierran a uno completamente las puertas" (M1GF2).*

Dentro de las limitaciones con más frecuencia relatadas por parte de los participantes de los grupos focales, se encuentra la dificultad de encontrar empleo. Se demostró inconformidad, preocupación y frustración en los comentarios producto de no poder ejercer sus profesiones u oficios en los cuales han tenido experiencia. Además, algunas personas expresaron que, debido a las dificultades para conseguir empleo, el proceso de adaptación no había resultado sencillo en sus casos:

*"Yo desde que llegué aquí no he trabajado. Yo puedo colocar mi experiencia de allá de Colombia, pero a ellos no les va a servir la experiencia de allá de Colombia, ¿Me entiende? Entonces yo como mi profesión es estilismo. Pero yo ahorita no puedo con un trabajo de estilismo" (M1GF1).*

Mencionaron que el sentimiento de tristeza los acompañaba, así como la nostalgia por su estilo de vida en su país de origen, pues, pese a que algunos son profesionales, al llegar a Costa Rica tuvieron que laborar principalmente en oficios y empleos informales de donde pudieran obtener lo necesario para su sustento y el de sus familiares, según el caso.

Por otro lado, algunas de las personas participantes se refirieron a las situaciones de maltrato recibidas en especial recién llegadas a Costa Rica. Además, describieron un estereotipo que ellas han percibido en torno a las personas colombianas, es que todos son narcotraficantes o prostitutas y personas a las que no hay que tenerles confianza.

*“Nos tocaba que dormir en el piso, en una sala y si a las 4 de la mañana salía alguien de la casa, azotaba la puerta. Fue muy traumático, fue como con muchas humillaciones” (M1GF1).*

*“Me dice: ¿Tú no eres una p\*\*a? Y yo: no- ¿Y no viniste aquí a Costa Rica vender tus servicios? Y yo: no, no, disculpa vine a vivir, a conocer, aprender. De una lo bloqué y listo” (M3GF2).*

Además, uno de los participantes comentó respecto a la cultura colombiana, en el área de la socialización, que entre colombianos no es tan común que se estrechen relaciones de confianza y amistad en un país desconocido, como el caso de Costa Rica, lo cual desde su perspectiva dificulta el proceso de adaptación, pues promueve los sentimientos de soledad y desesperanza.

*“Mmmm, un poquito complicado. Complicado sí porque, somos como muy diferentes. Hay mucho colombiano aquí, pero nosotros no somos como en unión, que como hay un colombiano hay que estar ahí. Nosotros somos como aparte, no nos gusta estar como en relaciones, así que yo voy por mi trabajo, salgo con mi mujer” (H1GF1).*

En contraste con las dificultades que las personas migrantes podrían presentar, algunos de los participantes de las sesiones de grupo focal expresaron comentarios positivos respecto al trato brindado por parte de algunos costarricenses, incluso destacaron que en Costa Rica han logrado realizar y mantener relaciones significativas de amistad.

*“Me he sentido mejor, mi situación de vida ha mejorado bastante, bastante, le doy Gracias a Dios. Y sí me siento mejor aquí en Costa Rica. Y he tratado con personas que me han escuchado y me han apoyado” (H2GF2).*

*“Eran como mi mamá y mi papá me cuidaban, la cosa más impresionante del mundo” (M3GF2).*

*“Entonces a Costa Rica y a sus costarricenses les agradezco mucho me llevo bien con todos” (H2GF2).*

*“Yo estoy 100% mucho mejor acá” (H1GF2).*

Respecto al proceso de adaptación mencionado durante las sesiones focales, se encontraron posturas diversas e incluso posturas mixtas donde permitió la identificación de aspectos positivos y negativos, como el tener acceso a la educación en un país de paz, versus la adaptación a un país y su cultura.

*“¡La parte de adaptación! La de salir usted del país, dejar todo lo suyo no es fácil, al menos yo estoy aquí hace 14 años (H1GF2): Y a contra voluntad que es la parte que falta ahí) ¡Aja! Digamos para mí el venirme acá era para estudiar, yooo aprendí a mi papá, él lleva aquí 20 y algo de años viviendo ...y la idea de él es: ¡Vení para que estudies! Y lo vi como una oportunidad ¡Qué fue fácil? ¡Para mí créame que no!” (M2GF2).*

## Discusión

### Vivencias en su país de origen

Conviene contextualizar y adentrarse en la historia de las migraciones en Colombia para comprender las vivencias y posterior traslado de las personas colombianas participantes, incluyendo los acontecimientos sociales y políticos en los que se destaca la violencia vivida en Colombia, como potencializador de las migraciones de individuos y grupos; en quienes el desplazamiento no es del todo voluntario, debido a que muchas personas migrantes perciben en riesgo su integridad física, pues para la mayoría de participantes el lugar de residencia en Colombia ha representado un sitio de amenaza.

Colombia se ha caracterizado por presentar una amplia movilización de sus ciudadanos, en tres principales momentos: en la década de los años sesenta durante la primera ola (mayoritariamente hacia Estados Unidos), la década de los años ochenta en la segunda ola (dirigido a Venezuela) y la década de los años noventa en la tercera ola (en rutas hacia España)<sup>16</sup>. Algunas de las personas participantes encontraron en la migración la posibilidad de mejorar su situación de vida.

Estos flujos se justifican de maneras distintas y comprenden perfiles socioeconómicos específicos. Sin embargo, se destaca que las razones principales por las cuales se movilaron fueron por motivaciones económicas en el caso de los empresarios y por motivos de seguridad física en el caso de la clase media y baja que migraron debido a la guerrilla, asimismo, en busca de mejores condiciones de vida. Por su parte, la migración correspondiente a la tercera ola se clasifica como forzosa, debido al recrudecimiento de la violencia, en la cual se incluyen amenazas a la vida y su subsistencia por razones humanas<sup>7,11,18</sup>.

Las distintas situaciones por las que atravesaron durante su migración son parte de las vivencias, pues contienen experiencias personales y familiares a lo cual Leininger llama contexto ambiental, pues incluye las expresiones, interpretaciones e interacciones sociales desarrolladas según el contexto en el que se desenvuelva la persona<sup>8</sup>. Se considera que este contexto ambiental debe ser valorado por el profesional de enfermería, como parte del proceso enfermero.

Para efectos de esta investigación, la mayoría de los participantes del grupo focal poseían un trabajo incluso desarrollado por años, de carácter profesional u oficio; expresaron poseer los recursos básicos suficientes para satisfacer sus necesidades y las de sus familias, sin embargo, emigraron debido a los múltiples riesgos ante los cuales se exponían diariamente.

Son víctimas las personas que han sido desplazadas, dentro o fuera del territorio por razones de violencia, por lo que se creó en Colombia la Ley de víctimas<sup>33</sup> para abordar mediante acciones como restitución de tierras, rehabilitación con enfoque de atención psicosocial y mejora de situaciones socioeconómicas de las personas o grupos que se vieron afectados por la violencia interna ocurrida a partir del 1 de enero de 1985; no obstante, la formulación de esta ley no trajo consigo una evidente disminución de la migración por parte de los colombianos, pues el descontento sociopolítico se mantuvo<sup>16</sup>.

Para estudiar este fenómeno migratorio, es necesario considerar el contexto socioeconómico y político que permiten esclarecer y ubicar el contexto que precedió la salida de las personas migrantes de su país de origen. Toda esta descripción permite identificar los factores que ejercen influencia formativa en los patrones de estratificación social y, por lo tanto, en las oportunidades de salud de las personas<sup>12,26</sup>.

Se insta al desarrollo de investigación por parte de enfermería, para determinar la relación entre los determinantes sociales de la salud y el fenómeno migratorio.

Además, se desmitifica la migración desde una perspectiva exclusivamente negativa, debido a que, como se ha visto dentro de los relatos, la residencia en un nuevo país le podría brindar a la persona una mejor calidad de vida, y las vivencias en general contribuyen a la visión del mundo que poseen las personas receptoras de cuidados (idealmente cuidados culturalmente congruentes), por parte de enfermería<sup>8</sup>.

## Vivencias durante el traslado

Considerando el relato de las personas participantes, se identifica que la descripción de las vivencias durante el traslado no se desarrolló con tanta profundidad como lo hicieron con las historias en su país de origen y el país receptor. Sin embargo, es posible identificar que la emigración se da en un contexto de búsqueda de mejores condiciones y huida ante la exposición constante al riesgo físico, incluso de perder la vida.

Es importante considerar que los rasgos de la personalidad influyen en la decisión de emigrar, no solamente las condiciones externas como se ha abordado anteriormente. La decisión de salir de su país de origen con la incertidumbre de regresar algún día puede producir un sin fin de sentimientos en las personas, tales como miedo, desánimo, incertidumbre, nostalgia, asimismo, esperanza e ilusiones, no solamente relacionado con su proceso de traslado, sino con el de sus seres queridos<sup>2</sup>.

Existen migrantes que presentan un gran deseo de desplazarse geográficamente por el gusto de vivir experiencias novedosas<sup>2</sup>. Lo cual muestra otro panorama de motivación para migrar. En el caso de las personas participantes del grupo focal, pese a que no buscaban experiencias novedosas, algunos expresaron viajar con la ilusión de construir un mejor futuro. Esto permite ver la migración, desde una perspectiva distinta a aquella que apunta hacia la victimización de la persona migrante.

No se puede omitir que durante su traslado los migrantes se enfrentan con riesgos que atentan contra la salud<sup>13</sup>. Estos están relacionados a los medios de transporte utilizados, la manera en la que se cruzan las fronteras, las diferentes escalas que deban atravesar, la provisión económica para satisfacer necesidades básicas, el rechazo social y trato injusto.

Además de los padecimientos físicos que las personas podrían presentar durante su traslado, la afectación a su salud mental es un aspecto importante de considerar.

El estrés se considera uno de los principales factores que afectan la salud mental y física de los migrantes<sup>11</sup>, en uno de los relatos, se evidenció que el continuo desplazamiento generaba estrés, debido a que la sociedad receptora y la estructura sociopolítica de los países de tránsito representaron en mayor o menor medida desafíos socioeconómicos para poder continuar la búsqueda de un sitio con mejores condiciones para vivir.

Por otro lado, en algunos países alrededor del mundo, a las personas inmigrantes se les suele reconocer el derecho de salir de un país, pero no el derecho de ser admitido en otro, obstaculizando el proyecto migratorio. De igual manera, en otros países se les dificulta recibir los servicios de atención necesarios<sup>10</sup>. En el caso de Costa Rica, las personas que desean ingresar tienen múltiples opciones para hacerlo y la atención en salud se brinda para todos los que estén adscritos a la Caja Costarricense del Seguro Social, asimismo, se atiende a población vulnerable y situaciones de emergencias<sup>15</sup>.

A pesar de que la salida es en busca de mejores condiciones de vida, implica para algunos el dejar atrás no solo sus bienes materiales, sino todo aquello valioso para la persona, con lo que formó vínculo anteriormente. De igual manera, implica el contacto con una cultura distinta y un proceso de adaptación no solo para la persona migrante, sino también para las personas que le rodean en la sociedad receptora.

## Vivencias en Costa Rica

Se puede evidenciar, según los comentarios de las personas participantes, que las vivencias en Costa Rica, a raíz de su proceso migratorio, son muy variadas, llenas de sentimientos y emociones que incluso podría parecer que se contraponen. Presentan en común que pasan por una etapa inicial de desesperanza, soledad y tristeza, sin embargo, conforme avanzan en sus relatos en el tiempo, se tornan mayormente positivos, resaltando el buen trato dado por los costarricenses, las oportunidades de preparación profesional, los avances en trabajos propios, el reconocimiento de una mejor realidad de vida en términos generales, en relación con el anterior estilo de vida en su país de origen.

Al ser Costa Rica una República multiétnica y pluricultural; se le reconoce y respeta a la población extranjera los mismos derechos y deberes individuales y sociales que los costarricenses, así como el respeto por los derechos inalienables de las personas migrantes, según establece la Constitución Política de Costa Rica y la Convención Internacional de los Derechos Humanos<sup>14, 21</sup>.

Por su parte, los procesos por los cuales una persona migrante puede pasar incluyen la adaptación de nuevas formas de afrontamiento, lo cual puede ser percibido por la persona inmigrante como una fuerte barrera, principalmente al inicio. No obstante, se reconoce que la política costarricense brinda a la población inmigrante en condición regular los mismos beneficios que a la persona nacional<sup>14</sup>.

Para que la persona inmigrante obtenga su condición regular, debe solicitar una categoría migratoria y presentar los requisitos según lo establece la Dirección General de Migración y Extranjería. Sin embargo, la realización de este proceso puede tardar meses y aun así ser denegado porque no se cumple con los criterios necesarios.<sup>15,22</sup>

Esta situación les dificulta realizar una actividad remunerada durante este primer tiempo en el territorio costarricense, lo cual representa un desafío para las personas migrantes colombianas. Es común encontrar en sus relatos sentimientos de inconformidad, preocupación y frustración producto de no poder ejercer sus profesiones u oficios en los que cuentan con experiencia en su país de origen.

Casi la totalidad de las personas participantes han experimentado al menos uno de los obstáculos comúnmente descritos en la literatura en relación con el desempeño en un nuevo país. Puede implicar barreras de lenguaje, inestabilidad emocional y económica, dificultad para encontrar empleo, cambios en los roles familiares y pérdida de conexión cultural.<sup>4, 10</sup> Se reconoce un estereotipo aún presente en la población costarricense, acorde con la percepción del colombiano como persona violenta, delictiva y de poca confiabilidad<sup>18,26</sup>. Ante lo cual, la resiliencia podría resultar en un potencializador del bienestar y adaptación de la persona inmigrante, es el caso de las personas participantes de esta investigación.

Por su parte, la enfermera Madeleine Leininger afirma que existen aspectos en los que se debe trabajar para lograr una relación transcultural satisfactoria, en la cual se evita el etnocentrismo y la imposición de valores y creencias culturales, ya que estas prácticas promueven la xenofobia, el racismo y problemas para la interacción. Además, desde el ejercicio de la enfermería, podría causar disociación y conflicto entre el profesional en enfermería y la persona<sup>9</sup>. De aquí la importancia de que el profesional tenga un robusto conocimiento en esta área, a su vez, estos saberes deben ser enseñados y replicados en una cultura que promueve el respeto por la diversidad cultural.

Una posible investigación que aporte a este campo de estudio radica en determinar el conocimiento con el que cuenta el personal de enfermería de Costa Rica en materia de diversidad de cuidados culturalmente coherentes. Dicha investigación corresponde con la visión del Colegio de Enfermeras de Costa Rica<sup>20</sup>, pues, al contar con conocimientos científicos en materia cultural, se promueve el ejercicio crítico, científico, el juicio clínico y estratégico de excelencia, incluso puede ser desarrollado desde un marco de promoción de la salud.

Cabe destacar que la mayoría de las personas participantes de la investigación emigraron a Costa Rica por recomendación de amigos, familiares o conocidos, quienes les brindaron buenas referencias desde su experiencia. La recomendación se relaciona, principalmente, con el hecho de que Costa Rica reúne características atractivas para la persona migrante como lo son un entorno pacífico, libre de ejército y un marco legal que respalda a la persona inmigrante.

Por lo tanto, considerando el hecho de que Costa Rica se ha convertido en uno de los destinos principales para las personas migrantes, en gran parte debido a los esfuerzos en la creación de política migratoria por parte del Estado; las investigadoras realizan un llamado al gremio de enfermería en Costa Rica, para el accionar en la creación, reformulación y actualización de leyes con repercusión en temática de salud pública; se considera que este ejercicio debe estar dentro de las áreas de acción y liderazgo por parte de la disciplina enfermera.

La Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales de M. Leininger plantea que el conocimiento de la estructura cultural y social de una comunidad, grupo o individuo puede definir el logro de objetivos de la enfermería<sup>6</sup>. Se considera que el conocimiento de teorías de enfermería como la que se emplea en esta investigación le brinda al profesional una perspectiva más amplia sobre el cuidado y el fenómeno de salud, este abanico de conocimiento sería muy provechoso para la realización de evidencia científica que aporte al gremio.

## Conclusiones

Se concluye que el proceso migratorio es dinámico, distinto en cada persona, y presenta aspectos tanto positivos como negativos desde la perspectiva de cada individuo, según sus propias vivencias. La migración descrita se desarrolló en un contexto sociopolítico permeado por violencia que afectó de manera particular, según inciden los determinantes sociales de la salud en cada persona.

Se evidencia que la situación sociopolítica histórica de Colombia funge como el principal propulsor de la migración de sus habitantes. La mayoría de los participantes del grupo focal poseían un trabajo, familia y contaban con los recursos básicos suficientes, sin embargo, emigraron debido a las constantes amenazas que atentaban contra sus vidas. Se demuestra que los determinantes sociales de la salud se pueden analizar de manera transversal durante el proceso migratorio, ya que las vivencias están permeadas por estos e involucran aspectos relacionados a la situación sociopolítica, cultural, así como el marco legal que rige los derechos de las personas inmigrantes en los países que transitan para llegar a su destino.

La mayoría de las personas participantes se trasladaron hacia Costa Rica por recomendación de sus amigos, familiares o conocidos, pues alguno de estos ya había emigrado o tenía una perspectiva favorable del país, especialmente debido al entorno pacífico con el que se cuenta.

Las migrantes participantes lograron alejarse de peligros en su país de origen y manejar un nuevo estilo de vida. Por lo tanto, no se debe estereotipar las vivencias en torno al proceso migratorio como negativas ni incurrir en victimizar a las personas inmigrantes.

La teoría de Madeleine Leininger aportó, principalmente, conceptos que facilitaron el análisis del trasfondo cultural de las personas inmigrantes, no obstante, es notorio que muchos aspectos relativos a los procesos migratorios no son abordados por la teoría, la cual se enfoca en cuidados en un entorno clínico, no precisa aspectos relacionados a la promoción de la salud ni se centra en aspectos de salud pública como se aborda en este artículo innovador.

Esta investigación brinda múltiples aportes a la disciplina enfermera como lo es sensibilizar respecto a la necesidad de estudiar el fenómeno migratorio y como profesionales en enfermería considerar aspectos como los determinantes sociales de la salud en población migrante, relación entre las vivencias migratorias y la salud mental de estas personas; la adaptación cultural de las personas migrantes, así como la importancia de accionar en la formulación de políticas públicas.

Es necesario llevar este conocimiento al escenario práctico, donde como líderes de equipos interdisciplinarios de la salud, el profesional en enfermería podrá realizar programas de atención en salud y ejecución del proceso enfermero en el que se incluyan cuidados culturalmente coherentes.

Conflicto de intereses: Se declara que no existe ninguna situación de conflicto de interés real, potencial o evidente, relacionado con la ejecución de esta investigación. Respecto al financiamiento, no hubo ninguno externo.

## Referencias bibliográficas

1. Organización Internacional para las Migraciones. Los términos clave de migración [Internet]. OIM; 2006 [citado 2021 diciembre 10]. Disponible en: <https://www.iom.int/es/los-terminos-clave-de-migracion>
2. Orozco Vargas AE. Migración y estrés aculturativo: una perspectiva teórica sobre aspectos psicológicos y sociales presentes en los migrantes latinos en Estados Unidos. Dialnet [Internet]. 2013 [citado 2021 diciembre 12]; 8(1):7-44. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5118119&info=resumen&idioma=SPA>
3. Casabona M. Gestión Transcultural de los Cuidados de Enfermería del Proyecto Sociosanitario Intereuropeo Holandés [Internet]. Universidad de Alicante; 2008 [citado 2021 diciembre 12]. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9665/1/Tesis\\_doctoral\\_casabona.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9665/1/Tesis_doctoral_casabona.pdf)
4. Barnett E, Greenaway C. The Migrant Traveler. En: Travel Medicine [Internet]. 4ta edición. Elsevier; 2018 [citado 2021 septiembre 26]. Disponible en <https://www-clinicalkey-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/#!/content/book/3-s2.0-B9780323546966000343?scrollTo=%23h10000311>
5. González V. El duelo migratorio. Trabajo Social. 2005; 7: páginas 77-97.
6. Vega Escaño J, de Diego Cordero R, Badanta Romero B, Barrientos Trigo S. The migratory factor as a determinant of health: A transcultural occupational health nursing intervention. Enfermería Clínica English Ed [Internet]. 2018 [citado 2021 diciembre 12]; 28(1):57-62. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2445147918300031>
7. Pérez S. Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad urbana: Camaguey 2008. Rev Cubana Enfermería [Internet]. 2009 [citado 2021 diciembre 12]; 25(3-4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192009000200003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200003&lng=es).
8. Leininger M, McFarland M. Culture care diversity and universality. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2006.
9. Leininger M, McFarland M. Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice. 3rd ed. McGraw-Hill Companies, Inc; 2002.
10. Organización Internacional para las migraciones. MIGRATION IN THE 2030 AGENDA [Internet]. Geneva: OIM; 2017 [citado 2021 diciembre 10]. Disponible en: [http://publications.iom.int/system/files/pdf/migration\\_in\\_the\\_2030\\_agenda.pdf](http://publications.iom.int/system/files/pdf/migration_in_the_2030_agenda.pdf)
11. Organización Mundial de la salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. OMS; 2019 [citado 2021 diciembre 10]. Disponible en: [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/)
12. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes e inequidades en salud. [Internet]. OPS; 2012 [citado 2021 diciembre 10]. Disponible en: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en)
13. Smith J, Daynes L. Borders and migration: an issue of global health importance. The Lancet Global Health [Internet]. 2016 [citado 2021 diciembre 12]; 8(1):7-44. Disponible en: <https://www-clinicalkey-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/#!/content/journal/1-s2.0-S2214109X15002430>
14. Tribunal Supremo de Elecciones. Constitución política de 1949 y sus reformas. [estatuto en línea]. 2009 [citado 2021 diciembre 12]. Disponible en: <http://www.tse.go.cr/pdf/normativa/constitucion.pdf>
15. La Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (Ley general de migración y extranjería). N° 8764, [estatuto en línea] 2019 [citado 2021 diciembre 12]. Disponible en: [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=66139](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=66139)
16. Cancillería de Colombia. Antecedentes históricos y causas de la migración. [Internet]. 2021 [citado 2021 diciembre 13] Disponible en: <https://www.cancilleria.gov.co/colombia/migracion/historia>
17. Mejía, W. Colombia y las migraciones internacionales: evolución reciente y panorama actual a partir de las cifras. [Internet] REMHU.; 2012 [citado 14 diciembre 2021] 20(39), 185-210. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/remhu/v20n39/v20n39a10>
18. Polo, S., Serrano, E. y Granados, L. Costa Rica: Un reto social para los migrantes colombianos. Novum Jus: Revista Especializada en Sociología Jurídica y Política [Internet]. 2017 [citado 14 diciembre 2021]; 12(1): 191-218. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/323267464\\_Costa\\_Rica\\_un\\_reto\\_social\\_para\\_los\\_migrantes\\_colo](https://www.researchgate.net/publication/323267464_Costa_Rica_un_reto_social_para_los_migrantes_colo)

19. Leno D. Buscando un modelo de cuidados de Enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología* [Internet]. 2006 [citado 2021 diciembre 14];22(32). Disponible en: [http://www.ugr.es/~pwlac/G22\\_32Daniel\\_Leno\\_Gonzalez.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html)
20. Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica. Plan Nacional de Enfermería 2011-2021 [Internet]. 2011 [citado 2021 diciembre 14]. Disponible en: <https://www.enfermeria.cr/index.php/normativa/politica-nacional-de-enfermeria>
21. Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet]. 1948 [citado 2021 diciembre 14]. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
22. Dirección General de Migración y Extranjería. El Plan Nacional de Integración de Costa Rica 2018 – 2022 [Internet]; 2018 [citado 2021 diciembre 14]. Disponible en: <https://www.migracion.go.cr/Documentos%20compartidos/DIDH/Plan%20Nacional%20de%20Integraci%C3%B3n%20Costa%20Rica%202018%20-%202022.pdf>
23. Lapin A. Transcultural Geriatrics. En: *Geriatric Medicine and Gerontology*. [Internet] 8th ed. Filadelfia: Elsevier; 2017 [citado 2021 diciembre 14]. Disponible en: <https://www-clinicalkey-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/#!/content/book/3-s2.0-B9780702061851001332?scrollTo=%233-s2.0-B9780702061851001332-f133-001-9780702061851>
24. Pa Der Vang. Mental Health and Hmong Americans: A comparison of two generations. *Hmong Studies Journal* [Internet]. 2014 [citado 2021 diciembre 14];15(2):1–18. Disponible en: <https://n9.cl/rfwzm>
25. Organización Internacional para las Migraciones. Diálogo Internacional sobre la migración: fortalecimiento de la cooperación internacional y la gobernanza de la migración [Internet]; 2017 [citado 2021 diciembre 14]. Disponible en: [https://publications.iom.int/system/files/pdf/idm27\\_sp.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/idm27_sp.pdf)
26. Apablaza, M. Determinantes sociales de salud: Una perspectiva de Capital Social. Factores que inciden en la autopercepción de salud de la población chilena. Estudio entre los años 2015 y 2017. [PDF]. Chile: Universidad del desarrollo, 2019
27. Polit D, Tatano C. *Essentials of Nursing Research*. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2018.
28. Barrera J. *El proyecto de investigación. Una comprensión holística*. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio; 2002.
29. Hernández R, Fernández C, Baptista, P. *Metodología de la investigación*. 6th ed. México: McGraw-Hill; 2014.
30. Buss M, López M, Rutz A, Coelho S, de Oliveira I, Mikla M. Grupo focal: Una técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas. *Index Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2021 diciembre 14];22 (1). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962013000100016](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100016)
31. Martínez M. Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma* [Internet]. 2006 [citado 2021 diciembre 14]; 27(2): 07-33. Disponible en: [http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1011-22512006000200002](http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1011-22512006000200002)
32. Universidad de Costa Rica. Reglamento de trabajos finales de graduación [Internet]. cu.ucrac.cr; 2020 [citado 2022 enero 18]. Disponible en: [http://www.cu.ucrac.cr/normativ/trabajos\\_finales\\_graduacion.pdf](http://www.cu.ucrac.cr/normativ/trabajos_finales_graduacion.pdf)
33. Ministerio de Justicia y del Derecho. ABC de la Ley de Víctimas y Restitución de las Tierras. [Internet] GOV.CO; 2020 [citado 2022 enero 11]. Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/programas/justicia-transicional/ley-victimas-restitucion-tierras>



Dra. Itzel Arguedas Barrantes  
Licenciada en Enfermería de la Universidad  
de Costa Rica

Dr. Enoc Hidalgo Guevara  
Licenciado en Enfermería de la Universidad  
de Costa Rica

## Programa Educativo de Enfermería sobre sexualidad para familias de niños, niñas y adolescentes sordos

Educational Nursing Program on Sexuality  
for Families of Deaf Children and Adoles-  
cents

### Resumen

**Introducción.** La sexualidad es un aspecto indispensable en la vida de las personas, por lo que es necesario recibir una educación integral desde la niñez, según las dimensiones biológica, psicológica, social y ética de esta, para favorecer una transición saludable hacia la adolescencia. **Objetivo.** Brindar estrategias educativas sobre sexualidad a familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años, en el año 2020. **Metodología.** El Programa Educativo se estructuró según el Proceso de Enfermería (PE); lenguaje estandarizado NANDA, NOC y NIC; Diseño Universal de Aprendizaje (DUA) y la Terapéutica de Enfermería propuesta por Afaf Meleis. La selección de las personas participantes fue mediante muestreo por conveniencia y es un reporte de caso grupal. **Resultados.** Las familias expresaron la importancia de educar sobre sexualidad a sus hijos e hijas; sin embargo, destacaron el desconocimiento para cumplir con su rol de manera adecuada y la carencia de estrategias para abordar temas en su cotidianidad. **Conclusiones.** Es imprescindible tomar en cuenta las necesidades específicas de la población, siendo esto un proceso dinámico que permite a las familias sentirse partícipes y que las intervenciones están dirigidas a las necesidades reales. Lo anterior tuvo un efecto positivo percibido en el interés, compromiso y ejecución del rol al aplicar las estrategias adquiridas.

Descriptores: Educación de personas con discapacidad auditiva, enfermería, familia, sexualidad, transiciones.

### Abstract

**Introduction.** Sexuality is a vital aspect of people's lives. Since childhood, it is necessary to have a holistic education based on the biological, psychological, social, and ethic dimensions of sexuality to improve a healthy transition through adolescence. **Objective:** To give educational strategies on sexuality to families with deaf children and adolescents who are from 19 to 13 years old, during the year 2020. **Methodology:** The supervised practicum was structured according to the Nursing Process; standardized language: NANDA, NOC, and NIC; the universal design of learning (UDL); and the nursing therapeutic proposed by Afaf Meleis. Participants were chosen by convenience sampling and it is a group case report. **Results:** The families expressed the importance of educating their sons and daughters about sexuality; however, they highlighted the ability to fulfill their roles adequately and the lack of strategies to address issues in their daily lives. **Conclusions:** It is essential to consider the specific needs of the population through a dynamic process that allows the families to get involved. Additionally, the interventions are directed to the real needs. Therefore, there is a positive effect on interest, engagement, and performance of the role when applying the acquired strategies.

Keywords: Education of people with hearing disability, Family, Nursing, Sexuality, Transitions.

## Introducción

La sexualidad es un aspecto central de los seres humanos e inherente de la salud en general, ya que forma parte de todas las etapas del ciclo vital<sup>1</sup> y determina las relaciones forjadas, expresiones de afecto, experiencias personales o capacidad para compartir sentimientos<sup>2</sup>; favorece el respeto sin ejercer dominio entre géneros, fomenta la convivencia en armonía, asunción de la responsabilidad de los actos, entre otros<sup>3</sup>.

Por su relevancia, resulta vital educar sobre sexualidad desde la niñez para lograr una transición saludable hacia la adolescencia, pues en esta se consolidan cambios a nivel biológico, psicológico y social. Por lo tanto, debe llevarse a cabo de forma integral a través de las dimensiones de la sexualidad: biológica, psicológica, social y ética<sup>4,5</sup>.

A pesar de lo mencionado, la educación se ha limitado a aspectos básicos de la dimensión biológica<sup>6</sup>. Asimismo, se ha tendido a excluir a la niñez y adolescencia de dicha educación y, por el contrario, se involucra exclusivamente a la adultez<sup>7</sup>.

Además, el panorama presenta mayor complejidad cuando se trata de las personas con discapacidad, porque se contemplan como “carentes” de sexualidad, tanto por las mismas familias como por la sociedad en general<sup>8</sup>, teniendo fuerte implicación de modelos religiosos debido a sus bases conservadoras<sup>9</sup>.

Por ende, posee implicaciones interpersonales que afectan el adecuado desarrollo de la población<sup>10,11</sup>. Contrario a lo anterior, se ha evidenciado que las personas con discapacidad exploran su cuerpo, desean hallar respuestas a los cambios que observan tanto en sí mismos como en otras personas<sup>8</sup>.

Además, les interesa formar vínculos con grupos de pares, relacionarse afectivamente y ahondar en educación sexual y reproductiva<sup>8</sup>. Por consiguiente, el inicio de la educación es determinado por los hijos e hijas<sup>12</sup>, siendo necesario que se brinde una respuesta inmediata, oportuna y fidedigna por parte de sus respectivas familias. Específicamente en personas sordas, se ha demostrado que reciben una orientación deficiente, debido a que sus familias no se encuentran preparadas<sup>12,13,14</sup>.

Según la Encuesta Nacional sobre Discapacidad realizada a personas mayores de 18 años, en el año 2018 hubo un total de 81.122 personas con “baja audición”, 2.055 personas sordas y 18.558 personas con discapacidad usuarias de la Lengua de Señas Costarricense (LESCO). Referente a salud sexual y reproductiva, 52,7% no ha recibido dicha educación y solamente el 4,08% no ha tenido relaciones sexuales<sup>15</sup>, lo cual contradice el pensar colectivo.

Al no obtener información desde sus familias, las personas sordas incurren en diversas fuentes que respondan a sus necesidades<sup>16</sup>. No obstante, ha sido demostrada la dificultad que presentan las personas sordas para realizar una adecuada interpretación. Consecuentemente, ocasiona deficiencias en la orientación y propicia la construcción de una sexualidad basada en mitos y tabúes, conllevando a la vivencia irresponsable<sup>16</sup> e inclusive exponiendo a dicha población a situaciones de vulnerabilidad.

Dado esto, la educación oportuna e integral sobre sexualidad permite potenciar el bienestar y la calidad de vida a nivel individual y colectivo<sup>7</sup>; disminuye la incidencia de abusos sexuales<sup>17</sup>; favorece la integración activa a la sociedad al potenciar su autoconcepto y autoestima; desmitifica lo que se les ha hecho creer, de tal forma que puedan experimentar una sexualidad más plena y responsable<sup>8,18</sup>. De este modo, las personas sordas serían protagonistas en la toma de decisiones sobre cómo desean vivir su sexualidad.

Al ser las familias las principales fuentes de información, es necesario el trabajo articulado entre las personas profesionales de enfermería y las familias de dicha población, para que estas obtengan como resultado la adquisición de criticidad sobre la temática y herramientas que permitan la implementación de su rol de forma satisfactoria en su cotidianidad.

Complementando lo anterior y como es mencionado en la Teoría de las Transiciones propuesta por Afaf Meleis<sup>19,20</sup>, la enfermería funge un papel importante en la proporción de cuidados orientados a promover el desenvolvimiento de las familias y el cumplimiento del rol, tomando en cuenta las particularidades presentes en cada una; la manera en la que se enfrentan las etapas del desarrollo<sup>21</sup> y el significado que le confieren a la transición según las experiencias experimentadas y la cultura<sup>22</sup>.

Lo anterior permite adecuar la intervención a la situación de cada persona<sup>19</sup> a través del Proceso de Enfermería (PE). A partir de este, se implementan acciones, por ejemplo, la creación de programas educativos<sup>21</sup>, facilitando el proceso de aprendizaje de nuevas habilidades relacionadas con las experiencias<sup>23</sup>.

Sin embargo, a pesar de la importancia del personal de enfermería, según conocimiento de los autores, no existen publicaciones sobre sexualidad que empleen la teoría de Meleis<sup>19</sup> con personas sordas.

Adicionalmente, a nivel nacional no se encontraron registros sobre la realización de este tipo de programas dirigidos a las familias; por lo que, mediante este artículo, se pretende evidenciar la relevancia de la disciplina en el desarrollo e implementación de programas que beneficien a esta población, adecuando sus intervenciones a las necesidades humanas de cada una de ellas.

Lo anterior se apoya desde la vinculación del personal de salud con la posibilidad de contribuir en la disminución de desigualdades que presentan las personas con discapacidad en el acceso a servicios; lo cual se lograría si estos recibiesen capacitación. Es necesaria la adquisición de conocimiento, actitudes y habilidades para mejorar el cuidado de dichas personas<sup>24</sup>. Por lo tanto, el objetivo radica en brindar estrategias educativas sobre sexualidad a familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años, en el año 2020.

## Materiales y métodos

El presente artículo corresponde a un reporte de caso grupal, caracterizado como conjunto no mayor de 12 personas que poseen características en común<sup>25</sup>. Así mismo, expone la información obtenida mediante una práctica dirigida, en la cual se hace uso de las herramientas teóricas y metodologías adquiridas durante la formación en la Licenciatura en Enfermería<sup>26</sup>.

El Programa Educativo se estructuró según el PE, expresado en lenguaje estandarizado NANDA, NOC, NIC<sup>27,28,29</sup>, de manera que respondió a las cuatro dimensiones de la sexualidad<sup>4,5</sup>, estando guiado todo el proceso mediante la Terapéutica de Enfermería propuesta por Meleis<sup>19</sup>.

La selección de las personas participantes se realizó mediante muestreo por conveniencia. El criterio de inclusión implementado fue: padres, madres u otras personas familiares de niños y niñas sordos de 9 a 13 años conviviendo en el mismo espacio físico en zonas rurales o urbanas.

Los criterios de exclusión fueron: familias que no logren acceder a una red inalámbrica o un dispositivo electrónico que les permita conectarse a las plataformas solicitadas, no conozcan las plataformas con las que se trabaja y no tengan la disposición de aprender a usarlas. Lo anterior fue constatado a través de formularios de Google.

Inicialmente, se contactó a dos informantes claves, quienes eran las madres de un niño y niña sordos. Posteriormente, con previa autorización de las posibles personas integrantes, brindaron el contacto de familias con hijos o hijas sordas que conocían con anterioridad. Se seleccionaron 12 familias; sin embargo, debido a la inestabilidad de la conexión a internet, se finalizó con ocho familias, las cuales participaron en todas las sesiones programadas.

Para conocer las necesidades de las familias, se llevaron a cabo reuniones a través de la plataforma Zoom, guiadas con preguntas previamente estructuradas. Además, se dio la opción a las familias de plasmar sus opiniones a través de formularios de Google, los cuales se mantuvieron abiertos durante un periodo limitado.

El programa estuvo constituido por cuatro sesiones sincrónicas mediante la plataforma Zoom (cada sesión abarcó una dimensión de la sexualidad) y cuatro sesiones asincrónicas posteriores a estas, con el objetivo de evaluar el desarrollo de cada una mediante un formulario de Google y los conocimientos adquiridos a través de la plataforma Kahoot!, así como proporcionar el reforzamiento de estos con el envío de infografías. Cabe resaltar que dichas sesiones estuvieron basadas en el Diseño Universal de Aprendizaje (DUA) y Terapéutica de Enfermería, siendo elegidas las temáticas por las familias participantes. A su vez, fueron ejecutadas distintas actividades tomando en cuenta las particularidades de cada familia. Finalmente, todo el proceso estuvo guiado por los principios éticos del informe de Belmont: autonomía, beneficencia y justicia<sup>31</sup>.

## Resultados

### Valoración

Para la fase de valoración, se enviaron tres encuestas digitalizadas con preguntas abiertas y cerradas mediante formularios de Google, permitiendo mantener activas a las familias mientras se planificaba una sesión grupal sincrónica guiada con preguntas estratégicas para la obtención de datos pertinentes. Cada pregunta respondió a categorías relacionadas a conceptos claves de la teoría de Meleis<sup>19</sup>, siendo uno de estos las condiciones de las transiciones, quienes se clasifican en personales, comunitarias y sociales<sup>32, 33</sup>.

Relacionado a las personales, está integrada por estado socioeconómico, conocimiento, significados, creencias y actitudes culturales, y preparación<sup>32</sup>. Las familias participantes residían en el Gran Área Metropolitana (GAM), principalmente en zona urbana. Referente a la escolaridad de las personas representantes de cada familia, la mayoría presentaba un grado de, al menos, universitaria incompleta o superior.

La mayoría de las familias poseía un nivel socioeconómico suficiente para satisfacer las necesidades del hogar. Para una minoría, el aspecto socioeconómico fungió como factor inhibitorio, imposibilitando continuar en el Programa Educativo. Por su parte, el conocimiento actuó como un factor facilitador, ya que habían usado previamente Zoom y deseaban desarrollar las sesiones a través de dicha plataforma.

La concepción presentada acerca de la sexualidad no hizo alusión únicamente al aspecto biológico, pero no lograron identificar aspectos de la dimensión psicológica, social y ética. En relación con el significado, las familias se encontraron conscientes de las transiciones en las que se encuentran y concordaron en la existencia de creencias y actitudes influyentes en el proceso de transición, tal como la religión.

Con respecto a la preparación, como fue expuesto, las hijas o hijos son quienes inician la conversación sobre temas de sexualidad. Las familias indicaron no encontrarse preparadas para asumir el rol, lo que puede conllevar a la obtención de información tergiversada

*“Yo honestamente necesito saber cómo explicar temas sobre sexualidad con la ayuda de ustedes” (FAM).*

De este modo, se evidencia la importancia del rol de la familia en el desarrollo de los miembros, al ser el primer ambiente social. Ante este panorama, las personas participantes se encontraron conscientes de la importancia de su rol e implicación en el proceso para dotar de información a sus hijos e hijas, lo cual asegura la vivencia de una sexualidad segura.

Con respecto a la condición de la transición referente a la comunidad, incluye el apoyo de personas cercanas, siendo denominado desde la Teoría como grupo de referencia<sup>19</sup>. Todas las familias se encontraban viviendo en el Gran Área Metropolitana y resaltaron lo importante que ha sido la proximidad para superar las situaciones presentadas a lo largo del tiempo.

Según lo expuesto por Meleis<sup>19,23,34</sup>, las personas sordas se encontraban atravesando la transición del desarrollo, debido a que están finalizando la niñez e iniciando la adolescencia, lo que lleva a los integrantes a ser parte de la transición de tipo situacional, debido a los cambios del rol<sup>35</sup>. Además, se expondrán las cinco propiedades de la transición<sup>19</sup>. Primero, mediante la conciencia, las familias estuvieron de acuerdo con que los niños, niñas o adolescentes se encontraban en una transición del desarrollo, conllevando a una serie de cambios como aumento de dudas e interés hacia temas relacionados a la sexualidad.

La propiedad anterior está relacionada al compromiso, identificado por las familias como la necesidad de asumir el rol en educación sobre temas de sexualidad, siendo necesario asesorarse para desempeñar su rol de forma satisfactoria. Lo anterior denota la propiedad de cambio. En relación con la propiedad de diferencia, está conformada por expectativas insatisfechas<sup>23</sup>.

Haberse adaptado y aceptado tener un hijo o hija sorda propicia la asunción del rol y aumenta la probabilidad de obtener una transición saludable de la niñez a la adolescencia. Por último, los eventos críticos fueron identificados como los retos para ejecutar el rol adecuadamente.

Por otra parte, los patrones de respuesta surgen de los comportamientos tanto observables como no observables y su reconocimiento es fundamental en la taxonomía de las transiciones, siendo necesaria la valoración de indicadores como el sentirse conectado o interactuar, dada su importancia en el proceso de transición<sup>19</sup>. Siete de los hogares se comunican con LESCO; en dos de forma oral; en uno hicieron uso, en primer lugar, del lenguaje verbal y, en caso de no ser comprendida la información, hicieron uso de señas; en otro combinando la oralidad y el LESCO; por último, otros miembros de una familia a través de la comunicación gestual visual.

En otro aspecto, para obtener una transición saludable, la terapéutica debe estar basada en las necesidades narradas por las personas implicadas, pues son quienes poseen conocimiento de los aspectos prioritarios y de ayuda para el desempeño de su rol.

A través de una sesión sincrónica y un formulario en línea, las familias indicaron necesitar asesoría en distintos temas, tales como generalidades, sexualidad, prevención de abuso, conocimiento del cuerpo, cambios físicos, privacidad y pudor, menstruación, erecciones durante el día, cambios de humor, cambios emocionales, menstruación, relaciones en todos los ámbitos y efectos de estas en el desarrollo, derechos, actividades según la etapa de la vida, noviazgo y uso de métodos anticonceptivos.

## Diagnóstico

Con la información obtenida en la etapa de valoración, se realizó un análisis con el fin de trasladar las necesidades en el lenguaje taxonómico de NANDA, NOC, NIC<sup>27,28,29</sup>, siendo el diagnóstico NANDA prioritario: (000164) Disposición para mejorar el rol parental. Además, se relacionó el diagnóstico principal con la Teoría de las Transiciones, permitiendo plantear intervenciones basadas en conceptos propuestos por Meleis<sup>19</sup>. A continuación, en la tabla 1 se muestra el Plan de Cuidados

Tabla 1. Plan de Cuidados

Diagnóstico NANDA	Características definitorias	NOC	Indicadores	NIC	Actividades
000164: Disposición para mejorar el rol parental	<p>El padre/madre expresa el deseo de mejorar el apoyo emocional al niño o niña.</p> <p>Expresa deseos de mejorar la maternidad/paternidad.</p>	1826: Conocimiento: cuidado de los hijos	182603: Necesidades de seguridad	NIC 5604: Enseñanza: grupo	<p>Adaptar los materiales educativos a las necesidades de aprendizaje del grupo.</p> <p>Evaluar el progreso de la persona en el programa y el dominio del contenido.</p>
			182607: Necesidades psicológicas	5622: Enseñanza: relaciones sexuales seguras	<p>Comentar las consideraciones religiosas, culturales, del desarrollo, socioeconómicas e individuales referentes a la elección de la protección sexual.</p>
			182608: Necesidades emocionales	5624: Enseñanza: sexualidad	<p>Explicar el desarrollo emocional durante la infancia y la adolescencia.</p> <p>Facilitar la comunicación entre el niño, niña o adolescente y el progenitor.</p> <p>Apoyar el papel de los progenitores como principales educadores sexuales de sus hijos e hijas.</p> <p>Educar a los progenitores sobre el crecimiento y desarrollo sexuales a lo largo de la vida.</p> <p>Discutir la conducta sexual y las formas adecuadas de expresar los propios sentimientos y necesidades.</p>

Fuente: elaboración propia.

## Ejecución

La ejecución de las diferentes sesiones realizadas se enfocó en los patrones de respuesta expuestos por Meleis<sup>19,33</sup>, encontrándose integrados por indicadores de procesos y resultados. Para lograr una transición saludable, esta debe responder a los indicadores de procesos, los cuales están relacionados con el sentirse conectado, la forma de interacción entre las personas, la ubicación y sentirse situado, favoreciendo el desarrollo de la confianza y el afrontamiento<sup>36</sup>.

Las familias desde el inicio de las sesiones se sentían conectadas unas con otras, tal como lo expresaban a lo largo del programa. Por otra parte, la interacción con una red familiar, círculo de amigos y proveedores de atención médica permite a las personas alcanzar información importante, así como mantener un bienestar físico y emocional.

Dentro de la ubicación y sentirse situada, es importante recordar que, cuando las personas hacen comparaciones entre su vida antes y después del cambio, les permite situarse en términos de tiempo, espacio y relaciones<sup>37</sup>.

*"[...] hemos aprendido unas de otras, de nuestras diferentes situaciones" (FAK).*

El desarrollo de la confianza y autoconocimiento se evidenció mediante la comprensión del individuo en el proceso del evento de la vida involucrado, los recursos disponibles y las estrategias necesarias para afrontar determinado evento<sup>37</sup> de forma óptima. Lo expuesto con anterioridad fue aplicado en el programa educativo donde se desarrollaron cuatro sesiones sincrónicas, con el fin de aumentar el conocimiento en las participantes sobre las cuatro dimensiones de la sexualidad y estrategias de comunicación.

En la primera sesión sincrónica, se trabajó la dimensión física con las familias mediante cinco diferentes actividades; la segunda correspondió a la dimensión psicológica y emocional mediante cuatro actividades. Seguidamente, la tercera sesión abordó los temas de derechos en la sexualidad, basados en la legislación costarricense en dos actividades; por último, se realizó la cuarta sesión relacionada a los métodos anticonceptivos, sesión solicitada por las familias participantes con el fin de lograr conversar de manera integral este tema con sus hijos e hijas, utilizando las señas adecuadas.

## Evaluación

Las cuatro sesiones asincrónicas, realizadas mediante la plataforma Kahoot!, permitieron determinar si la puntuación de los indicadores NOC aumentó en comparación con la valoración inicial, mostrados en la tabla 2:

Tabla 2. Evaluación de los indicadores NOC.  
NOC [1826]: Conocimiento: cuidado de los hijos

Indicador	Puntuación		Diferencia
	Antes de la intervención	Después de la intervención	
182603: Necesidades de seguridad	2	4	2
182607: Necesidades psicológicas	2	4	2
182608: Necesidades emocionales	2	4	2
182616: Expectativas adecuadas a la edad	1	3	2
182619: Estrategias de comunicación eficaz	1	4	3

Como se observa en la tabla, los indicadores NOC tuvieron un aumento en los indicadores al final del programa educativo, en comparación con el conocimiento previo a la intervención. Un aspecto fundamental para determinar si estos aumentaron, se mantuvieron o disminuyeron, estuvo relacionado al uso de indicadores empíricos mediados a través de la plataforma Kahoot! y el conversatorio al inicio de cada sesión sincrónica sobre los temas abordados en la anterior.

## Discusión

Existen pocas publicaciones relacionadas a aspectos de la sexualidad en niños, niñas y adolescentes sordos. Asimismo, a nivel nacional, se carece de datos en dicha población porque no son contemplados dentro de estadísticas como la Encuesta Nacional sobre Sexualidad<sup>16</sup>. A pesar de lo anterior, ha sido descrita la existencia de significados sobre sexualidad desde edades tempranas<sup>37</sup>. Por dicho motivo, las familias son la principal fuente de información.

Sin embargo, tal como fue expuesto, las familias no poseían claridad sobre el concepto de sexualidad, conllevando a una educación deficiente en la temática, al obviar aspectos sociales, psicológicos y éticos. Lo anterior concuerda con estudios que detectaron la comprensión limitada de la sexualidad por parte de referentes cercanos, contemplando exclusivamente la dimensión biológica<sup>6,38</sup>.

Por su parte, el concepto de sexualidad posee influencia social en su construcción, así como de factores socioeconómicos, edad, sexo, rol de género y etnia<sup>39</sup>, fungiendo como factores facilitadores o inhibitorios en el proceso de transición<sup>19,32</sup>.

Asimismo, ha sido evidenciado que el grado académico determina la idoneidad y competencia para desempeñar el rol<sup>40</sup> y, por tanto, satisfacer las necesidades sobre sexualidad de sus hijos e hijas. Si bien la mayoría de las familias participantes poseían grado académico elevado, alegaron no encontrarse preparadas para sumir el rol, debido a la carencia de herramientas y desconocimiento de señas sobre sexualidad.

Ha sido descrito que las familias se consideran incapaces de entablar temas sobre sexualidad debido al desconocimiento, temor, sobreprotección<sup>41</sup>, arrastre de comportamientos y percepciones de la época en la que crecieron, carencia de recursos sociales que brinden acompañamiento durante el proceso y la contemplación de esta población como seres asexuados incapaces de poseer relaciones estables y reproducirse<sup>12,13,14</sup>.

Retomando la comunicación, se ha evidenciado dificultad en personas sordas para intercambiar información con su núcleo familiar, debido al desconocimiento de la lengua de señas, lo que repercute en diferentes esferas de su vida<sup>41</sup>.

Cabe resaltar la importancia de la adecuada comunicación, pero no basta con que esta se lleve a cabo de forma efectiva, si no se brinda desde el enfoque integral de la sexualidad. Un estudio halló que la educación al respecto permitiría la implementación de una educación integral, contextualizada, situada e inclusiva de los niños, niñas y adolescentes<sup>39</sup>.

Lo anterior resultó de gran importancia para las familias, ya que estas reflejaron interés en adquirir herramientas para brindar una educación óptima sobre sexualidad y, de este modo, ser la principal fuente de información de sus hijos e hijas, evitando su obtención de otros círculos sociales. Por lo tanto, se concuerda con hallazgos de un estudio<sup>12</sup> donde menciona que las personas sordas buscan activamente diferentes fuentes de información, en caso de que sus padres no logren satisfacer sus necesidades informativas.

Por otra parte, la información brindada durante las cuatro sesiones integró la sexualidad y la cultura sorda, así como su lengua materna, la LESCO. El propósito fue que la información brindada cumpliera con las necesidades de sus hijos e hijas, adaptada a la cultura y lengua en la que estas personas crecen y se desarrollan.

De lo contrario, ha sido evidenciado que estos podrían llegar a adquirir conductas de los oyentes, teniendo por consecuencia el acogimiento de estereotipos exacerbados en su sexualidad. A su vez, establecieron que el uso de la lengua de señas no es la única solución al abordar la sexualidad, pues se debe trabajar de manera conjunta con otros aspectos relacionados a la adolescencia<sup>17</sup>.

Finalmente, el presente artículo permitió evidenciar la importancia del personal de enfermería durante las transiciones en los adolescentes. Las enfermeras son socios clave de las personas y sus familias en el proceso de transición de un ciclo de vida humano, al facilitar su competencia del proceso de aprendizaje y desarrollo<sup>42</sup>.

## Conclusiones

Las estrategias educativas para el abordaje de la sexualidad de la población sorda estuvieron ligadas al uso de la LESCO, permitiendo a las familias entender cuáles eran los conceptos y sus respectivas señas, para que así estas pudieran utilizarlas al comunicarse con sus hijos e hijas. Sin embargo, existen limitaciones al haber palabras que no poseen una seña específica. Por su parte, el desarrollo virtual del Programa Educativo fungió como factor inhibitorio para algunas familias, al no poseer una conexión estable a Internet y carecer de dispositivos electrónicos que facilitarían el proceso.

Las familias comprendieron la importancia de recibir educación sobre sexualidad, especialmente desde enfermería, ya que, de lo contrario, sus hijos e hijas podrían hallar respuestas de otras fuentes, conllevando a la desinformación. El PE basado en un lenguaje taxonómico estandarizado facilitó desarrollar las diferentes actividades y que, al compartirlo en diferentes esferas nacionales e internacionales, pueda ser utilizado, adaptando las estrategias según la Lengua de Señas de cada país y las necesidades específicas de la población.

Finalmente, la labor de los profesionales en enfermería resulta de gran importancia, dado que las estrategias van ligadas a las necesidades identificadas, generando una distinción en los programas que se realizan y las estrategias que se brindan en cada una de las sesiones, realizando las modificaciones pertinentes según la objetividad de los indicadores.

Conflicto de intereses: Se declara que no existe ninguna situación de conflicto de interés real, potencial o evidente, relacionada con la ejecución de esta investigación.

## Referencias bibliográficas

1. De la Fuente JR, Heinze G. Salud Mental y Medicina Psicológica. 3a ed. [Internet]. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2018 [citado 05 Oct. 2021]. 472 p. Disponible en: <https://access-medicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=2368&sectionid=186910411>

2. Soto L. Programa de educación sexual para adolescentes sordos y sordas en el Colegio México durante el I y II ciclo del 2004 [Práctica Dirigida]. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2004. 156 p.

3. Ministerio de Salud de Costa Rica, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Política Nacional de Sexualidad 2010-2021 [Internet]. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud de Costa Rica; 2011 Mar [citado 05 Oct. 2021]. 37 p. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/>

[biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-plan-es-en-salud/politicas-en-salud/1038-politica-nacional-de-sexualidad-2010-2021-parte-i/file#:~:text=Una Polí-tica de Sexualidad debe,la violencia no teng](#)

4. Potter PA, Stockert PA, Griffin A, Hall AM. Fundamentos de Enfermería [Internet]. Barcelona: ELSEVIER; 2017 May [citado 07 Oct. 2021]. 1384 p. Disponible en: [https://books.google.co.cr/books?id=LLWXDwAAQBAJ&pg=PA145&d-q=adolescencia+cambios+hormonas+fisico&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiRsrVjwp\\_lAhUOr1kKHRFNC6IQ6AEI-JzAA#v=onepage&q=adolescencia cambios hormonas fisico&f=false](https://books.google.co.cr/books?id=LLWXDwAAQBAJ&pg=PA145&d-q=adolescencia+cambios+hormonas+fisico&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiRsrVjwp_lAhUOr1kKHRFNC6IQ6AEI-JzAA#v=onepage&q=adolescencia cambios hormonas fisico&f=false)

5. Buitrago MT, Buitrago G, Mercado M. Diseño de un instrumento para caracterizar el desempeño de la función sexual en personas con limitación física y validación de apariencia y contenido. Rev Urol Colomb [Internet]. 2017 Ene-Abr [citado 07 Oct. 2021]; 26(1):17-25. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1491/149150124004.pdf>

6. García MM, Pérez MA, Colunga CS. Tendencias históricas de la educación general y de la sexualidad del escolar sordo. Transformación [Internet]. 2016 May-Ago [citado 16 Ene. 2022];12(2):64-76. Disponible en: <http://salutsexual.sidas-tudi.org/resources/inmagic-img/DD30585.pdf>

7. Pinos GM, Pinos VP, Palacios MP, López SL, Castillo JE, Ortiz WA, et al. Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad y educación sexual en docentes de colegios públicos. Actual Investig en Educ [Internet]. 2017 Feb [citado 07 Oct. 2021]; 17(2):1-22. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/28671/28655>

8. Rivera P. Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. Rev Educ [Internet]. 2008 [citado 08 Oct. 2021];32(1):157-70. Disponible en: [https://www.mep.go.cr/sites/default/files/sexualidad de los niños niñas y jóvenes con discapacidad.pdf](https://www.mep.go.cr/sites/default/files/sexualidad%20de%20los%20niños%20niñas%20y%20jóvenes%20con%20discapacidad.pdf)

9. Olivera Y, Albarrán A. Estigmatización asociada a la sexualidad en la población masculina de 40 a 50 años, con discapacidad visual adquirida en el Distrito Capital. Rev Venez Análisis Coyunt [Internet]. 2014 [citado 15 Oct. 2021]; 22(1):159-74. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/364/36448449009.pdf>

10. Dean L, Tolhurst R, Khanna R, Jehan K. "You're disabled, why did you have sex in the first place?" An intersectional analysis of experiences of disabled women with regard to their sexual and reproductive health and rights in Gujarat State, India. Glob Health Action [Internet]. 2017 May [citado 12 Ene. 2022];10(02):33-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1290316>

11. Adlakha R, Price J, Heidari S. Disability and sexuality: claiming sexual and reproductive rights. Reprod Health Matters [Internet]. 2017 Jul [citado 14 Ene. 2022];25(50):4-9. Disponible en: <https://www.tandfonline-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/doi/pdf/10.1080/09688080.2017.1336375?needAccess=true>

12. Guimarães VMA, Santos F, Santos BF de S, Silva JP da. Surdez e sexualidade: Uma análise a partir das representações sociais de universitários surdos. Estud e Pesqui em Psicol. 2019 May-Ago [citado 12 Ene. 2022];19(2):387-405. Disponible en: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revvispsi/article/view/44280/30300>

13. Sanabria JP, Jiménez J, Parra K. Tordecilla, MA. Influencia de la religión en la toma de decisiones sobre sexualidad en estudiantes católicos practicantes. Rev Divers -Perspectivas En Psicol [Internet]. 2016 May [citado 18 Ene. 2022];12(2):231-42. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v12n2/v12n2a06.pdf>

14. Brenes Rodríguez MA. El sujeto sexual en la niñez y la adolescencia: su estudio a partir de las manifestaciones públicas relacionadas con los Programas de Afectividad y Sexualidad del Ministerio de Educación Pública en Costa Rica. Trab Soc. 2020 Jul-Dic [citado 18 Ene. 2022];22(2):147-63. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/343462855\\_El\\_sujeto\\_sexual\\_en\\_la\\_ninez\\_y\\_la\\_adolescencia\\_su\\_estudio\\_a\\_partir\\_de\\_las\\_manifestaciones\\_publicas\\_relacionadas\\_con\\_los\\_Programas\\_de\\_Afectividad\\_y\\_Sexualidad\\_del\\_Ministerio\\_de\\_Educacion\\_Publica\\_en\\_Cos](https://www.researchgate.net/publication/343462855_El_sujeto_sexual_en_la_ninez_y_la_adolescencia_su_estudio_a_partir_de_las_manifestaciones_publicas_relacionadas_con_los_Programas_de_Afectividad_y_Sexualidad_del_Ministerio_de_Educacion_Publica_en_Cos)



15. Acero SL, Castillo AT. Las actitudes y comportamientos de la sexualidad en el desarrollo personal de niños, niñas y adolescentes con capacidades diferentes, de la "Fundación Jesús para los niños" de la Provincia de Cañar, Cantón Cañar, en el periodo quimestral marzo - julio 2015 [Trabajo presentado para obtener Licenciatura]. Universidad Nacional de Chimborazo; 2016. [Internet]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1772/1/UNACH-FCEHT-TG-P.EDUC-2016-000008.pdf>
16. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Consejo Nacional de Personas con Discapacidad. Encuesta Nacional sobre Discapacidad 2018 [Internet]. San José, Costa Rica; 2019 May [citado 15 Oct. 2021]. Disponible en: <http://inec.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/reenadis2018.pdf>
17. López MU, Fortúnez M, Rivas BN. La educación sexual de los adolescentes sordos de la secundaria básica. Rev Atlante [Internet]. 2018 Nov [citado 16 Oct. 2021]. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/atlante/2018/11/educacion-sexual-adolescentessordos.html>
18. González E, Molina T, Luttgés C. Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2015 [citado 16 Oct. 2021];80(1):24-32. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v80n1/art04.pdf>
19. Meleis A. Transitions theory. New York: Springer Pub. Co; 2010. 641p.
20. Ramírez E. Enfermería en el pasado y presente de la familia mexicana. Enfermería Univ [Internet]. 2012 Jul-Sep [citado 20 Oct. 2021];9(3): 57-63. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632012000300006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000300006)
21. Rodríguez F. Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Rev Enfermería CyL [Internet]. 2010 [citado 20 Oct. 2021]; 2(2):43-68. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view-File/51/39>
22. Schumacher KL, Meleis AI. Transitions: A Central Concept in Nursing. J Nurs Scholarsh [Internet]. 1994 [citado 19 Oct. 2021];26(2):119-27. Disponible en: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
23. Meleis AI, Sawyer LM, Im E-O, Hilfinger DK, Schumacher K. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Adv Nurs Sci [Internet]. 2000 [citado 20 Oct. 2021]; 23(1):12-28. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>
24. Velonaki V, Kampouroglou G, Velonaki M, Dimakopoulou K, Sourtzi P, Kalokerinou A. Nurses' knowledge, attitudes and behavior toward Deaf patients. Disabil Health J [Internet]. 2015 [citado 20 Oct. 2021]; 8(1):109-17. Disponible en: <https://www-clinicalkey-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/#!/content/journal/1-s2.0-S1936657414001046>
25. Pineda R, Miranda G, Villasís M. La importancia de los reportes de casos clínicos en la investigación. Rev Alerg Méx [Internet]. 2018 ene-mar [citado 29 Mar 2022]; 65(1):92-98. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ram/v65n1/2448-9190-ram-65-01-92.pdf>

26. Campos J. Cómo hacer un Trabajo Final de Graduación. Lineamientos para la Escuela de Ciencias de la Educación. San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia; 2015. 221 p.
27. Nursing Diagnoses Definitions & Classification 2018-2020. NANDA International. 11a ed. Thieme, editor. New York; 2018.
28. Sue Moorhead E, Swanson Marion J, Meridean M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 6th ed. Elsevier, editor. 2018.
29. Butcher H, Bulechek G, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7th ed. Elsevier, editor. 2018.
30. Elsevier Connect. NANDA-I, NIC, NOC (NNN). Uso en seis fases del proceso enfermero. ELSEVIER [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/nanda-i-nic-noc-vinculos-y-uso-en-la-practica-clinica>
31. Cabral M, Da Costa B. Ética de investigación y asignación de recursos en tiempos de COVID-19. Revista Bioética [Internet]. 2021 Ene-Mar [citado 29 Mar 2022]; 29(1): 21-26. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/BFxpPFTL9HPc3g-QMY4h39z5k/?lang=es&format=pdf>
32. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7a Ed. España: ELSEVIER; 2011. 809 p.
33. Joly E. Integrating transition theory and bioecological theory: A theoretical perspective for nurses supporting the transition to adulthood for young people with medical complexity. J Adv Nurs [Internet]. 2016 Feb [citado 29 Oct. 2021]; 72(6):1251-62. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.12939>
34. Geary C, Schumacher KL. Care Transitions. Integrating Transition Theory and Complexity Science Concepts. Adv Nurs Sci [Internet]. 2012 Jul-Sep [citado 18 Nov. 2021]; 35(3):236-48. Disponible en: [https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2012/07000/Care\\_Transitions\\_\\_Integrating\\_Transition\\_Theory.6.aspx](https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2012/07000/Care_Transitions__Integrating_Transition_Theory.6.aspx)
35. Hart JA, Swenty CF. Understanding Transitions to Promote Student Success: A Concept Analysis. Nurs Forum [Internet]. 2015 Jun [citado 29 Oct. 2021]; 51(3):180-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nuf.12136>
36. Carreño Moreno S, Chaparro Diaz L. Adopción del rol del cuidador familiar del paciente crónico: Una herramienta para valorar la transición. Rev Investig Andin [Internet]. 2018 [citado 28 Oct. 2021]; 20(36):39-54. Disponible en: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/IA/article/view/968/1358>
37. Brisini KSC, Solomon DH, Nussbaum J. Transitions in marriage: Types, turbulence, and transition processing activities. J Soc Pers Relat [Internet]. 2017 Mar [citado 28 Oct. 2021]; 35(6):831-53. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0265407517699283>
38. Roldán D, Arenas A, Forero LJ, Rivera D, Rivillas JC. Conocimientos y percepciones de niñas, niños y adolescentes sobre la sexualidad. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2020 [citado 30 Mar 2022]; 39(2): 1-10. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v39n2/2256-3334-rfnsp-39-02-e339044.pdf>
39. Cawthon S, Johnson P, Garberoglio C Lou, Schoffstall S. Role Models as Facilitators of Social Capital for Deaf Individuals: A Research Synthesis. Am Ann Deaf [Internet]. 2016 [citado 18 Ene. 2022]; 161(2):115-27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27374739/>
40. Rodríguez C, Muñoz J. Calidad Educativa del Ambiente Familiar y Escolaridad Materna. Paradigma [Internet]. 2016 Jun [citado 05 Nov. 2021]; 37(1). Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1011-22512016000100006](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1011-22512016000100006)
41. Calzada DP, Carmona C. Narrativas acerca de la relación de pareja en cuatro sordos de la Ciudad de Barrancabermeja. Pontificia Universidad Javeriana Cali; 2016 [citado 02 Dic. 2021]. [Internet]. Disponible en: [http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/7332/Narrativas\\_relacion\\_pareja.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/7332/Narrativas_relacion_pareja.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
42. Sriyasak A, Almqvist A, Sridawruang C, Häggström-Nordin E. Healthcare providers' caring for Thai teenage parents: A focus group study. Midwifery [Internet]. 2019 [citado 28 Mar. 2022]; 69: 172-178. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S0266613818302821>

Dr. Alonso Cascante Arias

Licenciado en Enfermería de la Universidad de Costa Rica

Fiscal Asistente, Colegio de Enfermeras de Costa Rica

## Evidencia sobre ratios de enfermería-persona usuaria en Unidades de Cuidado Intensivo

Evidence of Registered Nurse-Patient Ratios in Critical Care Units

### Resumen

**Introducción.** Ante múltiples consultas y quejas de enfermeras profesionales por sobrecarga de usuarios en Unidades de Cuidados Intensivos, se realizó una revisión integrativa para emitir un criterio basado en la evidencia, acerca de la recomendación de ratios mínimos de profesionales de enfermería por usuarios en Unidades de Cuidados Intensivos que garanticen la seguridad del usuario, sean costo efectivos, reduzcan eventos adversos y garanticen el bienestar de las profesionales del cuidado. **Objetivo.** Determinar la recomendación teórico-normativa de ratio enfermera-usuaria en Unidades de Cuidados Intensivos a nivel internacional. **Método.** Revisión integrativa de literatura en bases de datos, relacionada a la evidencia científica en la que se basan las recomendaciones de ratios enfermera-usuaria. **Resultados.** Los resultados encontrados justifican las ratios enfermera-usuaria mediante cuatro unidades de análisis: la salud y seguridad del usuario, el bienestar del profesional, la satisfacción de las personas usuarias, así como en la economía del servicio. Siempre se recomienda que, en las UCI, la relación enfermera por usuario no supere el 1:2. **Conclusiones.** En todo momento, se recomienda que las Unidades de Cuidados Intensivos no superen la ratio enfermera-usuaria 1:2. Por lo que es necesario que, a nivel nacional, se realicen investigaciones sobre la determinación de ratios para los diferentes servicios hospitalarios.

Descriptores. Atención al paciente, cuidados críticos, enfermería, manejo de atención al paciente, relaciones enfermero-paciente

### Abstract

**Introduction:** Faced with multiple queries and complaints from professional nurses due to the overload of users in intensive care units, an integrative review was carried out to issue an evidence-based criterion about the recommendation of minimum ratios of nursing professionals per users in intensive care units; ratios that could guarantee user safety, cost effectiveness, reduction of adverse events, and guarantee of the well-being of care professionals. **Objective:** To determine the theoretical-normative recommendation of the nurse-user ratio in intensive care units at an international level. **Method:** An integrative literature review in databases, related to the scientific evidence on which the recommendations of nurse-user ratios are based. **Results:** The results of this investigation justify the nurse-user ratios through four units of analysis: the health and safety of the user, the well-being of the professional, the satisfaction of the users, as well as the economy of the service. It is always recommended that in ICUs, the nurse per user ratio doesn't exceed 1:2. **Conclusions:** It is recommended that intensive care units do not exceed the nurse-user ratio of 1:2. It is necessary that, at the national level, research be carried out on the determination of ratios for the different hospital services.

Keywords: Critical care, Nurse-Patient relations, Nursing, Patient care, Patient care management

## Introducción

La Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió en 2019 la resolución WHA72.6 sobre la Acción Mundial en Pro de la seguridad del paciente<sup>1</sup>, en la que se reconoce, entre otros elementos que, sin acceso al profesional de salud cualificado y comprometido, la seguridad del paciente no puede garantizarse. En casos de la poca inclusión de este tipo de profesional, se ven aumentados los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria. Por esto, se determina que, por lo general, las soluciones simples y costo efectivas, en comparación con el costo de atención de eventos adversos, son preferibles en la búsqueda de la prevención de estos.

Desde lo anterior, la OMS insta a los Estados miembros a: “elaborar y aplicar políticas, leyes, estrategias, orientaciones y herramientas nacionales y a destinar los recursos adecuados, con el fin de reforzar la seguridad de todos los servicios de salud, según proceda”<sup>1, pp 3</sup>. A partir de esto, se da la creación del Día Mundial de la Seguridad del Paciente. En concordancia con este estudio, una de las consignas de esta celebración es: “Contar con personal de salud competente y suficiente y establecer un entorno de trabajo seguro y propicio”<sup>2</sup>.

Por su parte, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) señaló que Costa Rica, como nación, cuenta con una deficiencia marcada de enfermeras y enfermeros, incluso cuando en los cálculos realizados por esta organización se consideró al personal auxiliar de enfermería como profesional<sup>3</sup>. Específicamente, la OCDE apuntó:

En promedio por toda la OCDE, hay alrededor de tres veces más enfermeros y enfermeras que médicos. Pero Costa Rica, en cambio, reporta 1.5 enfermeros y enfermeras por cada médico. Hay sólo 3.1 enfermeros y enfermeras por cada 1 000 habitantes, comparado al 9.1 por cada 1 000 habitantes del promedio de los países de la OCDE.<sup>3, pp. 37,38</sup>

Sumado a lo anterior, señalaron un crecimiento estancado de enfermería desde 2014 y hasta 2017 y marcadamente disímil respecto al gremio médico<sup>3</sup>.

De la misma manera, se considera que las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se convierten en las áreas de mayor riesgo de presentar Eventos Adversos por lo siguiente: la gravedad de las personas atendidas; la complejidad, variedad y cantidad de medicamentos; la cantidad y complejidad de técnicas; la práctica de distintos procedimientos diagnósticos;

los tratamientos invasivos; las barreras de comunicación existentes, la complejidad y constante innovación de tecnologías utilizadas; la cantidad y complejidad de la información recibida; entre otros.

Aunado a lo anterior, se visualiza que, en las UCI, la seguridad del usuario es menor, siendo los eventos adversos más frecuentes los relacionados con el uso de medicamentos, las infecciones y las complicaciones. El aumento en la periodicidad de estos eventos se relaciona mayoritariamente a la sobrecarga de funciones del personal profesional o al acceso insuficiente a este recurso<sup>4</sup>. Asimismo, profesionales de enfermería a nivel nacional han reconocido que la cantidad de personas usuarias por profesional de enfermería se vuelve un factor determinante en la aparición de eventos adversos en el país<sup>5</sup>.

Por lo anterior, surge la pregunta: ¿existen aportes teórico-normativos para determinar una ratio enfermera-usuaria en las Unidades de Cuidados Intensivos que demuestre beneficios para la seguridad y salud de los usuarios, satisfacción del profesional-usuario y economía del servicio? A partir de esta pregunta, se establece el objetivo general de esta investigación: determinar la recomendación teórico-normativa de ratio enfermera-usuaria en Unidades de Cuidados Intensivos a nivel internacional.

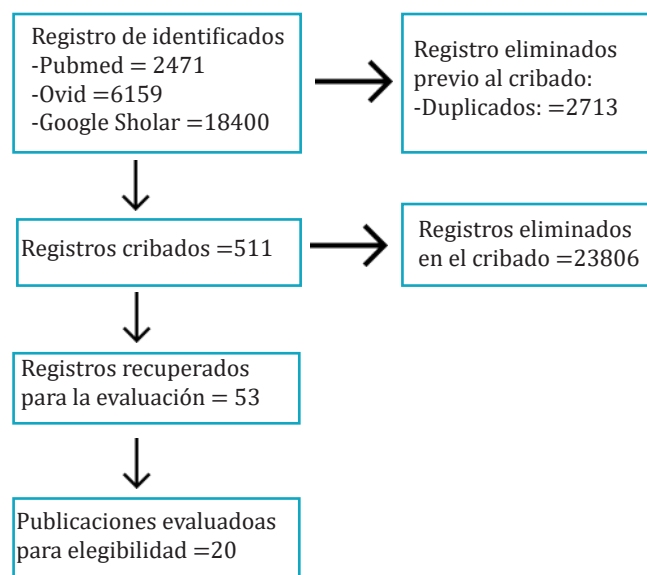
## Materiales y métodos

Se realizó una revisión integrativa de la literatura con un enfoque cualitativo descriptivo. La revisión integrativa es una metodología que permite llevar a cabo una síntesis de conocimiento y, por consiguiente, promueve la aplicabilidad de resultados de estudios significativos para la práctica<sup>6</sup>. A partir de esta metodología, se realiza una búsqueda en las bases de datos: PubMed, Ovid y Google Scholar. Se utilizaron los siguientes descriptores e indicadores booleanos en inglés: nurse ratio OR nurse staffing OR ratio AND Critical Care Units; y los siguientes en español: ratio enfermera AND Cuidados Intensivos; relación enfermera paciente.

A los artículos encontrados, se les aplicaron los siguientes criterios de inclusión: 1. artículos publicados entre 2011–2021; 2. artículos que guardaran relación con las ratios enfermera-usuaria o su impacto en la salud y seguridad del usuario, costos de implementación, o bien, impacto sobre el bienestar de las enfermeras; 3. artículos que discutan los ratios en Unidades de Cuidados Intensivos; 4. artículos en el idioma español o inglés y 5. artículos de acceso abierto. No se implementaron criterios de exclusión.

Posteriormente, se llevó a cabo una búsqueda sobre legislación o normativa a nivel global concerniente a ratios, razones o equipamiento de recurso humano de enfermería en Unidades de Cuidados Críticos. Para esta búsqueda, se utilizó el buscador de Google, los mismos indicadores booleanos descritos previamente junto a los descriptores: legislation OR law OR gov, para las búsquedas en inglés, y para las búsquedas en español, se agregaron los indicadores: legislación OR ley OR normativa. Para el presente, únicamente se consideraron aquellos que se pudieron verificar en sitios gubernamentales. El flujo del proceso de revisión, inclusión y exclusión de publicaciones se puede visualizar en la figura 1.

Figura 1 . Registro de publicaciones encontradas.



Fuente: elaboración propia basada en búsqueda de literatura, 2022.

A partir de la investigación, se determinan cuatro unidades de análisis que se logran estudiar en cuanto a la temática principal: ratios enfermería-usuario y su impacto en la salud y seguridad de personas en UCI; ratios enfermería-usuario y su impacto en la economía de las UCI; ratios enfermería-usuario y su impacto en la satisfacción del usuario y ratios enfermería-usuario y su impacto en las profesionales de enfermería. Para el análisis, se prescindió de artículos que no abordaran como eje de investigación las razones o ratios enfermera-usuaria o que abordaran el tema a modo de experiencia, análisis de caso o como ensayo.

## Resultados

En primer lugar, es indispensable realizar un abordaje de la Normativa Internacional que existe en torno a las ratios. En el Reino Unido, año 1967, la British Medical Association realizó una investigación de la que se generó el Intensive Care planning Unit Report No. 1, en el que se emitía una serie de recomendaciones para la dotación de equipo, condiciones del espacio físico y un Gold Standard de dotación de personal, el cual establecía, para todos los casos, la razón Profesional en Enfermería-Persona en Cuidados Intensivos 1:1, es decir, una enfermera por cada usuario de UCI<sup>7</sup>.

Por su parte, en Australia, en 1997, la Australian College of Critical Care Nurses (ACCCN por sus siglas en inglés), avalada por el Australian Council on Healthcare Standards, estableció una razón mínima de una enfermera por cada persona con ventilación asistida o personas críticamente enfermas comprobado clínicamente. De la misma manera, estableció una enfermera por cada dos personas con una criticidad menor de su enfermedad. Es decir, razón 1:1 o 1:2 dependiendo de la condición de criticidad de la persona usuaria<sup>8</sup>.

En 2003, la ACCCN cambió la norma a una enfermera por cada persona de Unidad de Cuidados Intensivos (1:1), y una enfermera por cada dos usuarios altamente dependientes (1:2), pero se incluyó a la enfermera encargada del servicio y a Enfermeras de Asistencia, Coordinación, Contingencia, Educación, Supervisión y Soporte (en inglés ACCESS nurses: Assistance, Coordination, Contingency, Education, Supervision and Support)<sup>8</sup>. Una especie de enfermera satélite encargada de supervisión y apoyo a las encargadas del cuidado directo.

De la misma manera, en 1999, en California, Estados Unidos, por medio de la Ley AB 394, establecieron una serie de razones mínimas entre enfermeras-usuarios, en los casos específicos de Unidades de Cuidados Críticos, la ratio era 1:2<sup>9</sup>.

Al finalizar esta investigación, se discute una enmienda conocida como Nurse Staffing Standards for Hospital Patient Safety and Quality Care Act of 2021, proyecto de Ley S-15671<sup>10</sup>, del Congreso de los Estados Unidos, en la que se modificaron varios ratios, pero reitera la razón 1:2 para las Unidades de Cuidados Críticos, con la diferencia de que ahora exigiría que sean enfermeras y enfermeros que demuestren competencia en Cuidados Intensivos.

Igualmente, en Estados Unidos, pero en el estado de Massachusetts, se inició la aplicación escalonada de ratios enfermera-usuario desde 2004 hasta 2014. Esto con el objetivo de medir su impacto real en la salud de las personas y en las finanzas de los sistemas de salud. Esta ley indicó el estándar 1:1 hasta 1:2, determinado por una herramienta de medición de la agudeza y las enfermeras de la unidad<sup>11,12</sup>.

En 2005, la Federación Mundial de Enfermeras de Cuidados Críticos elaboró la Declaración de Buenos Aires, 2005- Declaración de posición sobre la provisión de Fuerza de Trabajo de Enfermería en Cuidados Críticos. Dicho posicionamiento comprende siete Principios Fundamentales y 13 Requerimientos de Fuerza de Trabajo de Enfermería en Cuidados Críticos. Los principios son generalidades mundialmente aceptadas para la dotación de recurso humano de enfermería en Cuidados Críticos; estos se deben adaptar a las legislaciones y sistemas de salud de cada país. Los requerimientos son mínimos y se deben hacer esfuerzos por alcanzarlos y mantenerlos dentro de las diferentes UCI<sup>13</sup>.

A raíz de esta Declaración, en 2007, la Federación Europea de Asociaciones de Enfermería de Cuidados Críticos realizó el posicionamiento llamado Declaración de posición sobre los Requerimientos en Unidades Cuidados Críticos, donde plantearon tres Gold Estándar de Enfermería en Unidades de Cuidados Críticos y ocho Recomendaciones para las áreas de Cuidados Críticos<sup>14</sup>.

Ante presiones para justificar la ratio utilizada desde 1967 en Reino Unido, la British Association of Critical Care Nurses, la Critical Care Networks National Nurse Leads y el Royal College of Nursing Critical Care e in-flight Forum<sup>15</sup> realizaron en conjunto una serie de estudios de los cuales concluyeron que una razón 1:1, en muchos casos, no era suficiente para satisfacer las necesidades de cuidado de las personas y exigencias de las UCI, al contrario, justificaron que existieran menos usuarios por enfermera y la necesidad de profesionales de enfermería en áreas como la gerencial, educativa y de soporte.

Producto de lo anterior, encontraron un creciente cuerpo de evidencia que optimiza y facilita no solo a enfermeras, sino a gerentes y tomadores de decisiones, a determinar las cantidades apropiadas de personal de enfermería en las UCI<sup>16</sup>. Los tres organismos mencionados presentaron en el 2010 el documento llamado Standards for Nurse staffing in Critical Care Units o Estándar para la Dotación de Personal de Enfermería en las Unidades de Cuidados Críticos. En este documento se señalan 12 estándares que incluyen aspectos no solo cuantitativos, sino cualitativos<sup>15</sup> para interés del presente.

En 2010, en España, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad<sup>17</sup> publicó una serie de estándares y recomendaciones para las diferentes unidades hospitalarias, en el caso específico de Unidades de Cuidados Críticos se estableció la ratio: 1:1 en UCI Nivel asistencial III; 1:1,<sup>6</sup> en UCI nivel II y 1:3 en UCI nivel I. Finalmente, México<sup>18</sup>, Chile<sup>19,20</sup>, Colombia<sup>21,22</sup>, Brasil<sup>23</sup> y otros países latinoamericanos han realizado o están llevando a cabo esfuerzos para que sus legislaciones contemplen ratios de enfermería, pero no se han concretado en legislación.

## Ratios enfermera-usuario y su impacto en la salud y seguridad de personas en UCI

Las investigaciones que ahondaron en esta unidad de análisis específica se centraban en la carga de trabajo/cantidad de profesionales en enfermería y su impacto sobre infecciones, mortalidad, complicaciones postoperatorias, así como entubación no planificada y reintubación en las Unidades de Cuidados Críticos<sup>24</sup>.

En la revisión sistemática de metaanálisis elaborada por Aragón<sup>24</sup>, se encontraron 13 estudios que, de alguna manera, investigaban el papel de enfermería en infecciones dentro de las UCI; de estas, 11 investigaciones tenían como foco central las infecciones y el personal de enfermería; dos incluían las infecciones como una variable de investigación. Como principales hallazgos de estas publicaciones, un metaanálisis determinó que, cuando en las UCI se cumplía la razón enfermera-usuario 1:1, había una reducción de un 30% en la probabilidad de adquirir neumonía nosocomial, así como una reducción del 43% de probabilidad de adquirir una sepsis nosocomial.

Otros cuatro estudios encontraron que, durante los períodos en los que se reducía el personal de enfermería, había un aumento de infecciones de vía central y, al contrario, ante el aumento de personal había una disminución de infecciones de vía central<sup>24</sup>. Asimismo, este estudio también demostró que, ante la presencia de enfermeras ajenas del servicio, de otros servicios o flotantes en la UCI, también había un aumento de infecciones de vía central<sup>24</sup>.

Por otra parte, se encontraron cinco estudios que determinaron que aquellas personas que pasaban toda su estadía en Unidades de Cuidados Intensivos con poco personal triplicaban su probabilidad de tener infecciones cruzadas. Otra investigación encontró una relación temporal entre la aparición de infecciones por *Enterobacter choacae* o *Serratia marcescens* y la disminución de profesionales en enfermería disponibles en las UCI. Y tres estudios concluyeron que, cuando había pocas enfermeras o enfermeros, o bien, una sobrecarga de trabajo, había un incremento en la propagación de *Staphylococcus aureus* resistente<sup>24</sup>.

Cuando el foco de estudio eran las infecciones nosocomiales en general, dos estudios encontraron que, cuando se incrementaba el personal de enfermería, se estimaba una disminución del 26.7% de riesgo de adquirir infecciones en las UCI. Otro estudio encontró que la disminución de profesionales en enfermería estaba asociada a casi el doble de probabilidad de tener infecciones nosocomiales<sup>24</sup>.

En cuanto a la mortalidad y la carga de trabajo y disminución de profesionales en enfermería, la revisión sistemática realizada por Aragón<sup>24</sup> obtuvo 13 estudios, de estos, ocho incluían la mortalidad como la variable independiente mayor y en cinco la mortalidad era una variable dependiente. Al respecto, los estudios tuvieron resultados mixtos: siete estudios encontraron una marcada e importante relación entre la mortalidad y la disminución de profesionales en enfermería o sobrecarga de funciones, empero, seis estudios no encontraron relación directa o significativa entre la disminución de personal de enfermería, la sobrecarga de trabajo y la mortalidad<sup>24</sup>.

El mismo autor menciona que las cuatro investigaciones sobre el impacto de la sobrecarga de enfermeras y la disminución de profesionales encontraron que estos dos factores generan afectación en torno a las complicaciones postoperatorias y demostraron una marcada relación entre estas variables. Específicamente, en los períodos de disminución de profesionales en las UCI, aumentó el riesgo para falla pulmonar, neumonía, reintubación, septicemia, complicaciones cardiacas, pulmonares y un aumento en el costo de atención por persona<sup>24</sup>. Asimismo, esta revisión sistemática mencionó una investigación que estima que, teniendo una persona enfermera por usuario de UCI, se logra disminuir el 51% de entubaciones no planificadas.

Otra revisión sistemática de metaanálisis encontró evidencia determinante para indicar que, por medio de una ratio enfermera-paciente 1:1 en las UCI, se puede disminuir en un 28% la posibilidad de tener un infarto. Además, ocho de los estudios analizados indicaban que, aumentando la ratio a 1:1, la mortalidad reducía en un 9%. Aunado a eso, estimaban que asignar una profesional en enfermería por usuario evitaría un total de siete casos de neumonía adquirida en el hospital, siete casos de falla respiratoria, seis casos de entubaciones no planeadas y dos casos de paros cardiacos por cada 1000 hospitalizaciones<sup>25</sup>.

Finalmente, un reciente estudio prospectivo realizado en 27 hospitales intervenidos y 28 comparativos en dos oportunidades encontraron, antes del ingreso de la legislación sobre ratios en Queensland, Australia y dos años después de su entrada en vigencia, con casi medio millón de pacientes, evidencia relacionada a que, desde la legislación sobre ratios mínimos en cuidados intensivos, las tasas de mortalidad disminuyeron significativamente en comparación con hospitales en los que no se aplicaban las ratios; las readmisiones no habían aumentado ni eran menores con respecto a los lugares en los que no se aplicaban ratios y que la estadía hospitalaria era significativamente menor cuando se aplicaban<sup>26</sup>.

## Ratios enfermera-usuario y su impacto en la economía de las UCI

Aiken<sup>21</sup> indica que enfermería es, generalmente, considerada como un costo y no como una ganancia en el ámbito hospitalario, lo que la convierte en una profesión blanco de los recortes de costos, en parte, porque las instituciones no reciben dinero por los servicios que brinda enfermería, como sí lo hacen de los servicios médicos, lo cual desmotiva el suministro de la cantidad suficiente de enfermeras y enfermeros para satisfacer las necesidades de cuidado de las personas<sup>24,27</sup>.

No obstante, se ha argumentado que enfermería puede compensar estos costos con estadías más breves en las UCI, con menor cantidad de infecciones, menores costes relacionados a eventos adversos, entre otros <sup>27</sup>. Mientras los costos operativos incrementan al inicio del aumento de personal profesional de enfermería, las ganancias en general no tienen una disminución estadísticamente significativa <sup>27</sup>. En contraste, cuando los hospitales cuentan con mayor cantidad de Licensed Practical Nurse, que es similar al auxiliar de enfermería, se tienden a aumentar los costos operativos y disminuyen las ganancias hospitalarias <sup>26</sup>.

Finalmente, se ha evidenciado que, al aumentar la cantidad de profesionales, se producen mejores resultados en torno a la mortalidad, las readmisiones y las estadías hospitalarias. Los ahorros derivados de las no readmisiones y las estadías más cortas duplicaron el costo de la contratación de mayores cantidades de profesionales enfermeras <sup>26</sup>.

## Ratios enfermera-usuaria y su impacto en la satisfacción del usuario

Por otro lado, una investigación en 430 hospitales, en la que se entrevistó a 98.000 enfermeras y utilizando datos de la Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) survey (Encuesta estadounidense sobre satisfacción de parte de las personas usuarias de hospitales), demostró, como principal resultado, que la satisfacción de las usuarias era mayor en hospitales con mejores ambientes laborales o con mejores ratios enfermera-usuario <sup>27</sup>.

## Ratios enfermera-usuaria y su impacto en las profesionales de enfermería

Un equipo liderado por Aiken<sup>27,29,30</sup> demostró que, en el momento que se daba un aumento en la ratio de una persona usuaria por enfermera, surgían incrementos en la insatisfacción laboral y el burnout en un 15% y un 23% respectivamente (IC del 95%: 1,07-1,2 y un IC del 95%: 1,13-1,34, respectivamente) <sup>28</sup>.

Lo anterior implica que las enfermeras y enfermeros con ratios 1:8 (enfermera-usuario) tendrían 2.29 veces más probabilidad que las enfermeras con ratios 1:4, de mostrar un alto agotamiento emocional y 1.75 veces más de probabilidad de estar insatisfechas con su trabajo <sup>28</sup>.

También, encontraron que, aunque el 43% de los enfermeros y enfermeras que reportan un alto nivel de burnout y de estar insatisfechos con sus puestos laborales pretendían dejar su trabajo actual dentro de 12 meses; únicamente el 11% de las enfermeras que no presentaban síndrome de burnout y que seguían satisfechas con su trabajo tenían la intención de abandonarlo <sup>28</sup>.

La American Nurse Association mencionó que, cuando las cargas de trabajo de las enfermeras y enfermeros estuvieron en línea con las ratios que dictaba la legislación de California en sus tres estados, el burnout del personal de enfermería, así como los niveles de insatisfacción laboral se redujeron, además, las enfermeras reportaron una consistente mejoría en la calidad del cuidado <sup>29</sup>.

## Discusión

En Costa Rica, se publicó en 2014 la oficialización del Manual de normas para la habilitación de Hospitales Generales y Servicios Especiales. Este manual, de manera indirecta, genera ratios, pero con la particularidad de ser debido a la cantidad de camillas por servicio <sup>32</sup>.

Dicha norma indicaba que, en las Unidades de Cuidados Intensivos Médicos, tiene que haber una persona profesional en enfermería por cada cama; en las Unidades de Cuidados Intensivos Quirúrgicos la razón profesional en enfermería-cama es de 1:2 y en el caso de los Cuidados Intensivos Coronarios indica que debe haber una persona profesional en enfermería por cada cuatro camas <sup>32</sup>.

No obstante, en setiembre de 2018, mediante el Decreto Ejecutivo N.º 41182-S del 30 de noviembre, llamado Oficializa la "Norma para la habilitación de Servicios de Hospitalización", se derogaron una serie de normas de habilitación, incluido el Manual de Normas para la Habilitación de Hospitales Generales y Servicios Especiales que establecía esas ratios <sup>33</sup> mencionados previamente.

## Ratios enfermera-usuaria y su impacto en la salud y seguridad de personas en UCI

A partir del estudio metaanalítico de Aragon<sup>24</sup>, se determina que la salud de las personas usuarias que son tratadas en las UCI se ve gravemente deteriorada en ámbitos en los que existe sobrecarga laboral por parte de las profesionales de enfermería. En Costa Rica, como se mencionó, es variada la ratio y se contempla el personal de enfermería como personal profesional.



Desde el estudio de Aragon<sup>24</sup>, se evidencia lo necesario de tener profesionales cualificados en Cuidado Intensivo y una distribución adecuada a las necesidades de las personas usuarias. A partir del mejoramiento en las ratios y la capacitación del profesional, se promueve la disminución de afectaciones en usuarios como infartos, neumonía adquirida, falla respiratoria, entubaciones no planeadas y paros cardiacos.

Asimismo, la mortalidad también se ve reducida al momento de implementar ratios de enfermera-usuaria 1:2 o menos. A partir de estos datos, se determina lo indispensable de mejorar estos procesos a nivel nacional, siguiendo el ejemplo de las normativas internacionales mencionadas; pues, a partir de estas normativas, se han visualizado los cambios en la salud y seguridad de las usuarias en UCI.

## Ratios enfermera-usuaria y su impacto en la economía de las UCI

Como lo menciona McHugh et al.<sup>26</sup>, el coste de aumentar la cantidad de enfermeras profesionales en las UCI podría suponer una inversión más elevada en el cuidado que realiza el hospital; no obstante, a largo plazo, esos costos reemplazarían los relacionados al tratamiento de efectos adversos, estadías hospitalarias prologadas y la readmisión de las personas usuarias.

Por lo anterior, mantener ratios adecuados de profesional de enfermería-persona usuaria sería un beneficio económico que mantendrían los hospitales, pues, a pesar de invertir en profesionales cualificados y especializados, se ven disminuidos costos de no tener un cuidado adecuado.

## Ratios enfermera-usuaria y su impacto en la satisfacción del usuario

Según lo observado en un estudio realizado por Aiken<sup>27</sup>, se comprueba que la satisfacción de las personas usuarias está relacionada a los ambientes laborales y las ratios de enfermera-usuaria. A partir de esto, se determina que, a nivel nacional, el mejoramiento de la relación a una ratio de 1:2 incidiría en el mejoramiento de la satisfacción que sienten los costarricenses en los servicios de UCI.

## Ratios enfermera-usuaria y su impacto en las profesionales de enfermería

Por su parte, se debe hacer referencia a la salud de las profesionales de enfermería de las UCI. Se vislumbró que, al tener mayor sobrecarga laboral en términos de la ratio enfermera-usuaria, existe mayor probabilidad de padecer síndrome de burnout e insatisfacción laboral. Ambas tienden a reducir la calidad de la prestación de servicios brindados, llevando a problemáticas como las que se abordaron en la primera unidad de análisis.

Por todo lo anterior, para asegurar la primacía del sujeto de atención y cumplir los principios éticos de hacer el bien, no hacer daño y asegurar el derecho fundamental a la salud, así como cuidar la salud de las profesionales de enfermería, se deben realizar los esfuerzos necesarios para que se cumplan los siguientes estándares en las Unidades de Cuidados Intensivos en Costa Rica:

1. En todo momento, todas las Unidades de Cuidados Intensivos deben cumplir con una ratio persona profesional en enfermería-persona usuaria igual o menor a 1:2.
2. En todo momento, los servicios de Cuidados Críticos deben contar con una persona profesional en enfermería con habilidades y conocimientos comprobables en Cuidados Intensivos que cumpla la función de coordinador clínico del servicio. Esta profesional no se incluye como enfermera o enfermero al momento de determinar las ratios.
3. La primacía para dotar de personal de enfermería a las Unidades de Cuidados Intensivos será la complejidad y dependencia de las personas usuarias en el momento y no la clasificación de la Unidad. Para esto, la persona coordinadora clínica será quien defina la necesidad de recurso humano utilizando el Modelo de Enfermería para la categorización de pacientes vigente y validada en el país, lo que actualmente corresponde a la Escala de Perroca<sup>34</sup>.
4. Toda persona ventilada o con un estado crítico debe tener a una enfermera o enfermero asignado con conocimientos y habilidades acordes a sus necesidades de cuidado.
5. Para asegurar la idoneidad de la atención, las enfermeras y enfermeros que laboren en dichas unidades deben ser especialistas en Cuidados Intensivos
6. Las personas profesionales en enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos deben contar con un plan de educación continua acorde a las necesidades y exigencias de conocimiento y aptitudinales justificadas por la persona coordinadora clínica.

De importancia para la presente publicación, el autor tuvo una serie de dificultades a la hora de realizar la investigación, dentro de las que destacan el tiempo disponible para realizar la búsqueda y análisis de los datos, así como que gran parte de las investigaciones se encuentran en idioma inglés y pocos esfuerzos se han desarrollado en América Latina.

Igualmente, aunque a nivel internacional se ha desarrollado un robusto cuerpo de evidencia sobre la relevancia y justificación de la determinación de ratios no solo para las UCI, sino para los diferentes servicios de hospitalización, en Costa Rica este es un campo que no se ha investigado y que, ante ausencia de evidencia o legislación propia, resulta indispensable responder: ¿cuáles son los parámetros utilizados en Costa Rica para determinar la cantidad de usuarios por enfermera? ¿Las ratios enfermera:usuaria utilizadas en el país son similares entre servicios y centros hospitalarios similares? ¿La cantidad de usuarios que actualmente se delegan a las enfermeras es segura, satisfactoria y saludable tanto para las usuarias como para las profesionales del cuidado?

## Conclusiones

Las políticas de ratios mínimos de enfermera por usuaria son un enfoque factible para mejorar la dotación de personal de enfermería y los resultados de los pacientes con un buen retorno de la inversión. La evidencia científica respalda que las razones 1:1 hasta 1:2, según la situación de dependencia de la persona, muestran beneficios en la salud y seguridad, así como un aumento en la satisfacción de las personas atendidas.

La teoría muestra evidencia sobre la manera en la que las razones enfermera-usuaria 1:1 a 1:2, dependiendo del nivel de complejidad de las personas en Cuidados Intensivos, reduce el síndrome del quemado y aumenta la satisfacción del profesional de enfermería. Aunque es necesario realizar investigaciones en Costa Rica para determinar las ratios que deben prevalecer en los diferentes servicios hospitalarios.

Declaratoria de conflicto de intereses: la persona autora labora para la corporación que publica la presente investigación.

## Referencias bibliográficas

1.Organización Mundial de la Salud 72.<sup>a</sup> ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, WHA72.6 Acción mundial en pro de la seguridad del paciente. [Internet] Washington, Estados Unidos de Norteamérica: 2019. [Citado 2021 setiembre 23] Disponible en [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_R6-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-sp.pdf)

2.Organización Mundial de la Salud Día Mundial de la Seguridad del Paciente. [Internet] OMS: 2021 [Citado 2021 setiembre 23] Disponible en <https://www.who.int/es/campaigns/world-patient-safety-day/2021/key-messages>.

3.OCDE (2017) Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud, COSTA RICA, EVALUACIÓN Y RECOMENDACIONES. [Internet] OCDE: 2017: 37-41 [Citado 2021 setiembre 23] Disponible en [https://www.oecd.org/els/health-systems/Estudios-OCDE-sobre-los-Sistemas-de-Salud\\_Costa-Rica\\_Evaluaci%C3%B3n-y-Recomendaciones.pdf](https://www.oecd.org/els/health-systems/Estudios-OCDE-sobre-los-Sistemas-de-Salud_Costa-Rica_Evaluaci%C3%B3n-y-Recomendaciones.pdf)

4.García, R., Construyendo seguridad en cuidados intensivos. Enfermería Intensiva [Internet] 2011 [Citado 2021 setiembre 23] 22(1), 1-2. DOI: 10.1016/j.enfi.2011.01.00

5.Vargas, Z. Factores personales, laborales y contextuales del profesional de Enfermería que inciden en la presencia de un evento adverso. Enfermería Actual De Costa Rica [Internet] 2016 [Citado 2021 setiembre 23] 31: 1-19. Disponible en <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i31.24518>

6.Souza MT de, Silva MD da, Carvalho R de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein São Paulo [Internet]. 2010 [citado 2021 septiembre 23]; 8(1):102- 6. Disponible en: [https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102](https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102)

7.British Association of Critical Care Nurse; The Critical Care Networks National Nurse Leads; Royal College of Nursing Critical Care Forum. BACCN. Standards for Nurse Staffing in Critical Care. [Internet] Newcastle, Inglaterra: 2016. [Citado 2021 setiembre 23] Disponible en [http://icmwk.com/wp-content/uploads/2014/02/nurse\\_staffing\\_in\\_critical\\_care\\_2009.pdf](http://icmwk.com/wp-content/uploads/2014/02/nurse_staffing_in_critical_care_2009.pdf)

8.Australian College of Critical Care Nurses. ACCCN ICU Staffing Position Statement (2003) on Intensive Care Nursing Staffing. [Internet] ACCN: 2003 acccn.com.au. [Citado 2021 setiembre 23] Disponible en <https://www.accn.com.au/documents/item/20>

9.Kasprak, J. California RN Staffing Ratio Law. [Internet] Cga.ct.gov : 2003 [Citado 2021 setiembre 23] Disponible en <https://www.cga.ct.gov/2004/rpt/2004-R-0212.htm>

10.Senado de los Estados Unidos Nurse Staffing Standards for Hospital Patient Safety and Quality Care Act of 2021. [Internet] Congreso de los Estados Unidos: 2021 [Citado 2021 setiembre 23] Disponible en <https://www.congress.gov/bills/117th-congress/senate-bill/1567/text>

11.Estado de Massachusetts. Ley 4228. [Internet] Commonwealth of Massachusetts: 2004 [Citado 2021 setiembre 23] Disponible en <https://malegislature.gov/Bills/188/H4228.pdf>

12. Lewis, K. Nurse-to-patient Ratios: Research and Reality. Issue Brief. The Massachusetts Health Policy Forum. [Internet] 2005 [Citado 2021 setiembre 23] 30;(25):1-19. Disponible en <https://masshealthpolicyforum.brandeis.edu/publications/dfs/25-Mar05/IssueBrief25.pdf>
13. Federación Mundial de Enfermeras de Cuidados Críticos Position Statement on the Provision of Critical Care Nursing Workforce - Declaration of Buenos Aires, 2005. [Internet] Buenos Aires Argentina: 2005. [Citado 2021 setiembre 23] Disponible en <http://wfccn.org/wp-content/uploads/workforce.pdf>
14. Federación Europea de Asociaciones de Enfermería de Cuidados Críticos. Position Statement on Workforce Requirements in Critical Care Units. [Internet] Oulu, Finlandia: 2007. [Citado 2021 setiembre 23] Disponible en [http://www.efccna.org/images/stories/publication/2007\\_ps\\_workforce\\_requirements\\_neu.pdf](http://www.efccna.org/images/stories/publication/2007_ps_workforce_requirements_neu.pdf)
15. Gibson, V. Standards for the level of nurse staffing in critical care units. [Internet] core.ac.uk : 2010 [Citado 2021 setiembre 23] Disponible en <https://core.ac.uk/download/pdf/5900745.pdf>
16. Bray, K., Wren, I., Baldwin, A., St Ledger, U., Gibson, V., Goodman, S., y Walsh, D. Standards for nurse staffing in critical care units determined by: The British Association of Critical Care Nurses, The Critical Care Networks National Nurse Leads, Royal College of Nursing Critical Care and In-flight Forum. [Internet] Nursing In Critical Care: 2010 [Citado 2021 setiembre 23] 15(3), 109-111. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00392.x>
17. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidades de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. [Internet] Paseo del Prado. Madrid, España: 2010. [Citado 2021 setiembre 23] Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
18. Cámara de Diputados, 2022. Boletín N°4601 - México no cumple con recomendaciones de OMS en número de médicos y enfermeras por habitante. Comunicación. [Internet] 2014. [citado 5 Mayo 2022]. Disponible en: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2014/Noviembre/10/4601-Mexico-no-cumple-con-recomendaciones-de-OMS-en-numero-de-medicos-y-enfermeras-por-habitante>
19. Universidad de los Andes. Noticias - Dotación de enfermeras en servicios de salud afecta a la salud de los chilenos [Internet]. 2019 [citado 5 Mayo 2022]. Disponible en: <https://www.uandes.cl/noticias/dotacion-de-enfermeras-en-servicios-de-salud-afecta-a-la-salud-de-los-chilenos-2/>
20. FENASEF. Declaración Pública [Internet]. 2020 [citado 5 Mayo 2022]. Disponible en: <https://fenasenf.cl/noticias/noticias-fenasenf/declaracion-publica-7/>
21. Achury Saldaña D, Achury Beltrán L, Díaz Álvarez J, Rodríguez Colmenares S, Alvarado H, Ortiz C et al. Panorama General de la Relación Enfermera-Paciente en Algunas Unidades de Cuidado Intensivo en Bogotá. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2014;16(1).
22. Arango G, Peña B, Vega Y. Relación de la asignación de personal de enfermería con indicadores de resultado de la calidad de la atención en unidades de cuidados intensivos adulto. Aquichan. 2015;15(1):90-104.
23. Rossetti A, Gaidzinski R. Estimating the nursing staff required in a new hospital. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2011;19(4):1011-1017.
24. Aragon, D. Nurse staffing and patient outcomes in critical care: A concise review. [Internet] Critical Care Medicine: 2010 [Citado 2021 setiembre 23] 38(7), 1521-1528. Disponible en: 10.1097/ccm.0b013e3181e47888
25. Kane, R., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S., y Wilt, T. The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes. [Internet] Medical Care: 2007 [Citado 2021 setiembre 23] 45(12), 1195-1204. Disponible en: 10.1097/mlr.0b013e3181468ca3
26. McHugh, M., Aiken, L., Sloane, D., Windsor, C., Douglas, C., y Yates, P. Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. [Internet] The Lancet: 2021 [Citado 2021 setiembre 23] 397(10288), 1905-1913. Disponible en: 10.1016/s0140-6736(21)00768-6
27. Aiken, L. Economics of Nursing. [Internet] Policy, Politics, & Nursing Practice: 2008. [Citado 2021 setiembre 23] 9(2), 73-79. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1177/1527154408318253>
28. McCue M, Mark BA, Harless DW. Nurse staffing, quality, and financial performance. J Health Care Finance. 2003 [Citado 2021 setiembre 23] 29(4):54-76. Disponible en Ovid Technology, Inc. PMID: 12908654.
29. Kutney-Lee, A., McHugh, M., Sloane, D., Cimiotti, J., Flynn, L., Neff, D., y Aiken, L. Nursing: A Key To Patient Satisfaction. [Internet] Health Affairs: 2009 [Citado 2021 setiembre 23] 28(4), DOI: 10.1377/hlthaff.28.4.w669

30. Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., y Silber, J. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. [Internet] JAMA:2002, [Citado 2021 setiembre 23] 288(16), 1987. Disponible en DOI:10.1001/jama.288.16.1987

31. American Nurse Association (2011), Nurse Staffing Plans and Ratios. [Internet] Nursingworld.com: 2011 [Citado 2021 setiembre 23] Disponible en <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/State/Legislative-Agenda-Reports/State-StaffingPlansRatios>

32. Norma Nacional de Habilitación de Hospitales Generales, Decreto Ejecutivo N° 38508, República de Costa Rica. [Estatuto en Línea] 2014 [Citado 2021 setiembre 23] Disponible en [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?nValor1=1ynValor2=77632](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1ynValor2=77632)

33. "Norma para la habilitación de Servicios de Hospitalización". Decreto Ejecutivo N° 41182-S República de Costa Rica. [Estatuto en Línea] 2018 [Citado 2021 setiembre 23] Disponible en [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTCynValor1=1ynValor2=86761ynValor3=112735ystrTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTCynValor1=1ynValor2=86761ynValor3=112735ystrTipM=TC)

34. Perroca, Marcia Galan Development and content validity of the new version of a patient classification instrument. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2011, v. 19, n. 1 [Accedido 2021 septiembre 25], pp. 58-66. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000100009>>. Epub 11 Mar 2011. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000100009>.

## Cuidado humanizado en la Unidad de Cuidados Intensivos: una revisión integrativa

Dra. Rocío Retana Delgado  
M.Sc en Cuidados Intensivos  
Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital del Trauma

Humanized Care in the Intensive Care Unit:  
An Integrative Review

### Resumen

**Introducción.** El profesional de enfermería es pieza clave dentro del proceso de humanización, ya que, desde su área de intervención, contribuye al desarrollo de conductas y prácticas humanizadas, por lo que esta investigación se centra en el aporte que realiza enfermería en la humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos. **Objetivos.** Establecer la manera de promover la humanización por parte del personal de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos, según el análisis y síntesis realizados a partir de una revisión integrativa de literatura. **Método.** Se realizó una revisión integrativa de literatura en la que se completó una evaluación rigurosa de artículos. Para esto, se lleva a cabo una revisión de las bases de datos KIMUK, Scielo, Redalyc, La Referencia, Teseo, TESIUNAM, LILACS, PUBMED, Elsevier y Medicina Intensiva; se obtienen 34 artículos de la búsqueda. **Resultados.** Se seleccionaron artículos evaluados que se publicaron entre los años 2016-2021 en países de habla hispana, los cuales abordaran la temática de cuidado humanizado en el ámbito hospitalario. A partir del análisis realizado, se logran establecer siete líneas estratégicas que contribuyen a la humanización de cuidados por parte de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos. **Conclusiones.** La tecnología ha hecho aportes importantes a la salud, sin embargo, en el mundo globalizado y complejo que se vive, dichos cambios han traído consecuencias directas o indirectas en la atención de esta. A partir de esta investigación, se establecen estrategias que se pueden abordar desde enfermería para brindar un cuidado humanizado en estas Unidades.

Descriptores: Atención de enfermería; cuidados críticos; deshumanización; humanización de la atención; Unidad de Cuidados Intensivos.

### Abstract

**Introduction:** The nursing professional is a key player in the humanization process, since, from their area of intervention, they contribute to the development of humanized behaviors and practices. This research focuses on the contribution made by nursing in the humanization of intensive care units. **Objectives:** To establish the way to promote de humanization of care by the nursing staff in intensive care units, as found from an integrative literature review. **Method:** An integrative literature review was carried out in which a rigorous evaluation of articles whose authors have given a broad approach to the subject was completed. In addition, a review of the KIMUK, Scielo, Redalyc, La Referencia, Teseo, TESIUNAM, LILACS, PUBMED, Elsevier, and Medicina Intensiva databases was carried out. **Results:** Quality articles published between 2016-2021 in Spanish-speaking countries that addressed the issue of humanized care in the hospital setting were selected. A total of 34 articles were obtained. Based on the analysis carried out, it is possible to establish seven strategic lines that contribute to the humanization of care by nursing in intensive care units. **Conclusions:** Clinical technology has made important contributions to health; however, in the globalized and complex world, these changes have brought direct or indirect consequences in health care. From this research, it is possible to identify strategies that can be addressed from nursing to provide humanized care in these units.

Keywords: Nursing care, Critical care, Dehumanization, Humanization of care, Intensive care units.

## Introducción

La enfermería es la ciencia y el arte de cuidar de la salud del individuo, familia y comunidad. Dentro de su ejercicio, están la promoción y mantenimiento de la salud (física, mental, social, espiritual), la prevención de enfermedades y la participación en su tratamiento <sup>1</sup>. El cuidado de enfermería es el eje central del ejercicio profesional, en el que se favorece una atención individualizada, para entregar un cuidado integral <sup>2</sup>.

Por su parte, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un ambiente especializado, que cuenta con los recursos materiales y humanos para luchar contra la muerte, pero, al tratar con usuarios graves o en fase terminal, la convierte en una de las unidades más complejas <sup>2</sup>. Esto provoca sentimientos que no solo afectan al usuario, sino también a sus familiares y al equipo profesional involucrado en su atención.

Los enfermeros y enfermeras deben considerar al usuario como persona en todos los estados de salud, incluyendo los estados de máxima vulnerabilidad y complejidad. Son pieza clave dentro del proceso de humanización, ya que, desde su área de intervención, contribuyen al desarrollo de conductas y prácticas humanizadas. Es en estas situaciones donde enfermería tiene la labor de estar cerca del usuario, ofreciendo confort desde todas las esferas: física, psicológica, social y espiritual <sup>3</sup>.

El cuidado provee humanización, pero no todo el personal de enfermería cumple con el rol de cuidar, ya que estos deben contar con habilidades, principios y valores para relacionarse adecuadamente con quienes los rodean; debido a que, en ocasiones, la realización de sus funciones puede alejarlos de su deber. Se necesita disposición e interés para ir más allá de la tarea demostrando empatía y comprensión <sup>3</sup>.

La deshumanización es la privación de las cualidades humanas que distinguen a las personas, considerándolas como incapaces de sentir algo más que dolor <sup>4</sup>. De la misma manera, se ha expuesto que la dignidad es fundamental como parte de esas características humanas <sup>5</sup>. Es decir, desde la enfermería, es deber brindar un cuidado en el que se proteja la dignidad de la persona, tomando en cuenta su identidad, integridad y promoviendo su independencia a la mayor medida posible.

En la búsqueda de humanizar el cuidado, algunos autores mencionan que se deben abordar todos los aspectos o características de una persona y no solamente la clínica <sup>6</sup>, así se opta por mayor cercanía y ternura, con capacidad de mejoras personales <sup>5</sup>.

Además, se encuentra que, en lo referente a la humanización del cuidado, es necesario realizar un cambio “desde un paradigma de «cuidado centrado en el paciente» hacia un paradigma de «cuidado centrado en la persona»” <sup>7</sup>. A partir de esto, la base teórica para el desarrollo de esta investigación es la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson.

A partir de lo expuesto, nace la interrogante: ¿cómo se establecen estrategias para promover la humanización del cuidado de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos, a partir de una revisión integrativa a nivel de países hispanohablantes? Se plantea como objetivo establecer la manera de promover la humanización por parte del personal de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos, según lo encontrado a partir de una revisión integrativa de literatura.

## Materiales y método

Se realizó una revisión de literatura integrativa en la que se completó una revisión rigurosa de artículos, cuyos autores han dado un amplio abordaje del tema de humanización del cuidado. La revisión integrativa sintetiza resultados de estudios ya realizados, y muestra conclusiones generales sobre un fenómeno específico, abarcando todos los estudios relacionados. Además, posibilita identificar las lagunas del conocimiento, así como la necesidad de futuras investigaciones <sup>8</sup>.

Esta revisión ha sido propuesta por diferentes autores, los cuales se diferencian en el número de etapas que proponen y en la forma como desarrollarlas. El proceso sigue básicamente cinco etapas: 1) formulación del problema, 2) recolección de datos o definiciones sobre la búsqueda de la literatura, 3) evaluación de los datos, 4) análisis de los datos, 5) presentación e interpretación de los resultados <sup>8</sup>.

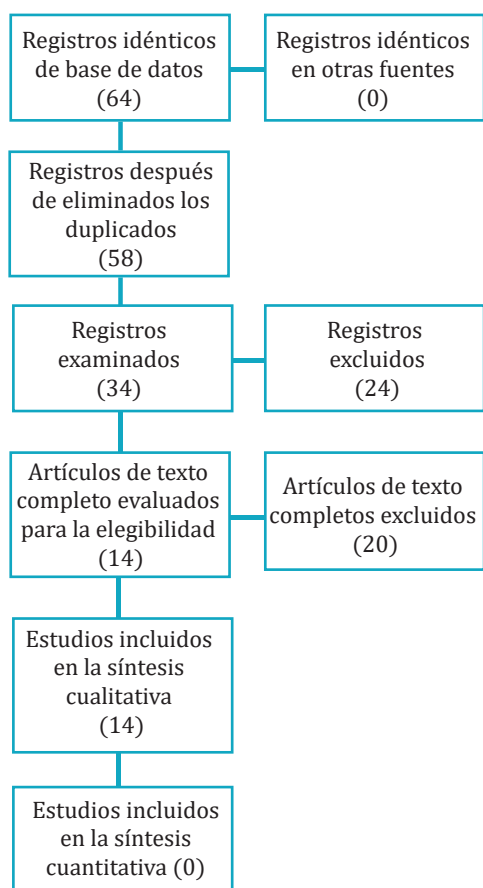
La búsqueda arrojó artículos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: 1. Un abordaje de la humanización estrictamente en el ámbito hospitalario. 2. Relacionados con la humanización de una UCI. 3. Entre el rango de años 2016-2021. 4. Artículos publicados en español. Dentro de los criterios de exclusión están: 1. Los artículos que aborden la humanización en el área hospitalaria, pero diferente a UCI.

Además, se llevó a cabo una revisión de las bases de datos: KIMUK, Scielo, Redalyc, La Referencia, Teseo, TESIUNAM, LILACS, PUBMED, Elsevier y Medicina Intensiva. A partir de los artículos encontrados en cada una de las bases de datos, se aplica el instrumento extensión PRISMA-equidad 2012 para la revisión de la calidad de estos. Además, la evaluación de los artículos se llevó a cabo por una sola persona revisora.

Las palabras clave utilizadas en la estrategia de búsqueda fueron: Atención de enfermería, cuidados críticos, deshumanización, humanización de la atención y UCI. La estrategia de búsqueda se plasma en la figura 1.

Todos los artículos recolectados fueron analizados buscando establecer las categorías de análisis que podrían llevar a los profesionales de enfermería a humanizar los cuidados en usuarios que están en una UCI. Se establecieron siete líneas estratégicas: UCI a puertas abiertas (presencia y participación de los familiares en los cuidados), Comunicación, Bienestar del usuario, Cuidados al profesional, Síndrome post UCI, Cuidados al final de la vida e Infraestructura humanizada.

Figura 1. Diagrama de metodología de búsqueda.



Fuente: elaboración propia a partir de búsqueda realizada.

## Resultados

En el transcurso del desarrollo de esta investigación, se encuentra que la mayor cantidad de artículos publicados sobre este tema se desarrolló en el año 2017; y fue a partir de este momento, cuando se comenzó a tomar en cuenta la percepción de los usuarios, además, se propusieron las líneas estratégicas para humanizar las UCI. A partir del año 2019, se presenta una disminución. Se recolectaron en total 34 estudios; siete estudios publicados en el 2016 (20.5%); en el año 2017 un total de 13 estudios (38.2%); para el año 2018 las investigaciones disminuyen a siete (20,5%); y después del año 2019, presentan una disminución importante las publicaciones sobre este tema, con tres (8.8%) en este año; dos en el 2020 y dos en el 2021 (5,8%).

Todos los estudios de esta investigación se recolectaron a nivel internacional y abarcaban diferentes temáticas. A partir de esto, se observa que las temáticas mayormente abordadas son: cuidados al final de la vida, cuidado humanizado, UCI de puertas abiertas e implicación de los familiares en los cuidados, así como bienestar del usuario. En la tabla 1, se clasifica la información encontrada.

Tabla 1: Distribución de artículos según temas, base de datos, año de publicación y aporte.

ARTÍCULOS	AÑO DE PUBLICACIÓN	PAÍS	REVISTA	APORTE
Integralidad y humanización en la gestión del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos <sup>9</sup>	2016	Brasil	Rev. Escuela de Enfermería Universidad de Sao Paulo	Resultados: menciona elementos para promover la humanización. Conclusiones: evidencia la necesidad de humanizar la atención en las UCI.
Cuidado humanizado de enfermería a través de la higiene y confort en UCIP <sup>10</sup>	2016	Argentina	Rev. Medicina Infantil	Resultados: menciona cuidados humanizados. Conclusiones: identifica la importancia del cuidado.
Buscando humanizar los cuidados intensivos <sup>6</sup>	2017	Brasil	Rev. Brasileña Terapia Intensiva	Resultados: menciona <b>ocho áreas</b> de cambio para humanizar. Conclusiones: evidencia áreas de cambio para humanizar las UCI.
Humanización de la sanidad y salud laboral: implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del proyecto HU-CI <sup>7</sup>	2017	España	Rev. Medicina, seguridad y trabajo	Resultados: menciona <b>ocho líneas</b> estratégicas para humanizar. Conclusiones: evidencia estrategias para humanizar las UCI.
Humanizando los cuidados intensivos: de un proyecto inspirador a nuevas realidades <sup>11</sup>	2017	España	Rev. Ética de los cuidados	Resultados: menciona <b>ocho líneas</b> de investigación para humanizar. Conclusiones: evidencia estrategias para humanizar las UCI.
Humanizar la sanidad es cosa de todos. ¿Cómo humanizar la neurología? <sup>12</sup>	2017	España	Rev. Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica	Resultados: menciona elementos para humanizar. Conclusiones: evidencia la manera en la que se puede humanizar la atención.
Implantación de un proyecto de humanización en una unidad de cuidados intensivos <sup>13</sup>	2018	España	Rev. Medicina Intensiva	Resultados: menciona áreas para humanizar como <b>cuidando al profesional, UCI a puertas abiertas, participación de familiares, síndrome post UCI</b> . Conclusiones: evidencia áreas para humanizar las UCI.
Cuidado humanizado y riesgos psicosociales: una relación percibida por profesionales de enfermería en Chile <sup>1</sup>	2018	Uruguay	Rev. Enfermería Montevideo	Resultados: menciona datos sobre la percepción del cuidado humanizado. Conclusiones: evidencia que, a mayor percepción de riesgo psicosocial, hay menor entrega de cuidado humanizado.
El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud <sup>2</sup>	2018	Chile	Rev. Acta Bioethica	Resultados: menciona aspectos éticos que influyen en el cuidado. Conclusiones: evidencia la necesidad de centrar el cuidado más en la persona y sus necesidades.
Proyecto "humanizando los cuidados intensivos", nuevo paradigma de orientación de los cuidados intensivos <sup>14</sup>	2020	España	Rev. Bioética y Derecho	Resultados: menciona <b>siete líneas</b> estratégicas para humanizar. Conclusiones: evidencia estrategias para humanizar las UCI.
Satisfacción en la unidad de cuidados intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular <sup>15</sup>	2016	España	Rev. Medicina Intensiva	Resultados: menciona el grado de satisfacción de los pacientes en relación con el cuidado brindado. Conclusiones: evidencia la necesidad de tomar en cuenta la opinión del paciente a la hora de humanizar.
Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional <sup>16</sup>	2016	Colombia	Rev. Cuidarte	Resultados: menciona la percepción de los familiares en relación con el cuidado brindado. Conclusiones: evidencia la necesidad de tomar en cuenta a la familia a la hora de humanizar.



Tabla 1: Distribución de artículos según temas, base de datos, año de publicación y aporte.

¿Es necesario «humanizar» las unidades de cuidados intensivos en España? <sup>5</sup>	2017	España	Rev. Enfermería Intensiva	Resultados: menciona el área de <b>UCI a puertas abiertas</b> ; sin restricción de presencia de familiares y horarios flexibles. Conclusiones: evidencia como humanizar la UCI.
Sobrevivir a las unidades de cuidados intensivos mirando a través de los ojos de la familia <sup>17</sup>	2017	España	Rev. Medicina Intensiva	Resultados: menciona la percepción de los familiares en relación con el cuidado brindado. Conclusiones: evidencia la necesidad de tomar en cuenta a la familia a la hora de humanizar.
Percepción de la familia del paciente crítico sobre enfermería, en el horario de visita en un hospital de alta complejidad <sup>18</sup>	2017	Argentina	Rev. Del Hospital el Cruce	Resultados: menciona la percepción de los familiares en relación con el cuidado brindado. Conclusiones: evidencia la necesidad de tomar en cuenta a la familia a la hora de humanizar.
Vivencias de la familia con paciente internado en unidad de cuidado intensivo UCI <sup>19</sup>	2017	Colombia	Rev. Científica de la Universidad de la Sabana	Resultados: menciona las necesidades de los familiares en relación con el cuidado brindado. Conclusiones: evidencia la necesidad de tomar en cuenta a la familia a la hora de humanizar.
Incertidumbre en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo <sup>20</sup>	2018	Colombia	Rev. Pontificia universidad Javeriana	Resultados: menciona la percepción de los familiares en relación con el cuidado brindado. Conclusiones: evidencia la necesidad de tomar en cuenta a la familia a la hora de humanizar.
Principales demandas informativas de los familiares de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos <sup>21</sup>	2018	España	Rev. Medicina Intensiva	Resultados: menciona las necesidades de los familiares en relación con el cuidado brindado. Conclusiones: evidencia la necesidad de tomar en cuenta la importancia de brindar información a la familia.
Relación enfermera-familia en la unidad de cuidados intensivos. hacia una comprensión empática <sup>22</sup>	2021	Colombia	Rev. Ciencias de la Salud	Resultados: menciona que debe existir una relación enfermera-familia para humanizar el cuidado. Conclusiones: evidencia la necesidad de tomar en cuenta a la familia a la hora de humanizar.
Reflexión sobre la muerte y el morir en la UCI a partir de la perspectiva profesional en cuidados intensivos <sup>2</sup>	2016	Brasil	Rev. Bioética	Resultados: menciona la percepción de la muerte por parte del personal de salud. Conclusiones: evidencia que la muerte siempre causa sentimientos en el profesional.
Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería <sup>23</sup>	2017	España	Rev. Gaceta Sanitaria	Resultados: menciona las dificultades percibidas por parte de los enfermeros para brindar cuidados al final de la vida. Conclusiones: evidencia la necesidad de contar con guías o protocolos de cuidados paliativos en las UCI.
Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: desafíos para enfermería <sup>24</sup>	2018	Colombia	Rev. Persona y bioética	Resultados: menciona las dificultades percibidas por parte de los enfermeros para brindar cuidados al final de la vida. Conclusiones: evidencia la necesidad de contar con guías o protocolos de cuidados paliativos en las UCI.
Limitación de soporte vital. cuidados paliativos y final de vida en UCI <sup>25</sup>	2020	España	Rev. Bioética y Derecho	Resultados: menciona la manera en la que se puede humanizar la atención con usuarios paliativos. Conclusiones: evidencia la necesidad de contar con guías o protocolos de cuidados paliativos en las UCI.
El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: a propósito de un caso <sup>26</sup>	2021	España	Rev. Enfermería Clínica	Resultados: menciona la manera en la que se puede humanizar la atención al final de la vida. Conclusiones: evidencia la necesidad de contar con guías o protocolos de cuidados paliativos en las UCI.
Infraestructura humanizada en las UCI. un reto a nuestro alcance <sup>27</sup>	2016	España	Rev. Enfermería Intensiva	Resultados: menciona áreas a tomar en cuenta para humanizar como: <b>infraestructura, bienestar y comunicación</b> . Conclusiones: evidencia áreas para humanizar las UCI.

Tabla 1: Distribución de artículos según temas, base de datos, año de publicación y aporte.

La deshumanización de la salud <sup>28</sup>	2016	Chile	Rev. Altus	Resultados: menciona qué es la deshumanización en salud. Conclusiones: evidencia la necesidad de humanizar la atención del usuario.
La deshumanización en medicina, desde la formación al ejercicio profesional <sup>4</sup>	2017	Colombia	Rev. Iatreia	Resultados: menciona por qué se puede dar la deshumanización en salud. Conclusiones: evidencia la necesidad de humanizar la atención del usuario.
Percepción del cuidado humanizado de enfermería por parte del paciente adulto con enfermedad oncológica hospitalizado en una IPS de IV nivel <sup>29</sup>	2017	Colombia	Rev. Científica de la Universidad de la Sabana	Resultados: menciona la percepción del usuario en relación con el cuidado brindado. Conclusiones: evidencia la importancia de tomar en cuenta las necesidades del usuario a la hora de humanizar.
Relatos de vida y fotografía de pacientes sedados en UCI: ¿estrategia de humanización posible? <sup>30</sup>	2017	España	Rev. Enfermería Global	Resultados: menciona elementos para humanizar el cuidado. Conclusiones: evidencia cómo humanizar las UCI.
	2018	Colombia		
Deshumanización en la atención de enfermería hacia los pacientes en los servicios hospitalarios <sup>31</sup>			Rev. Universidad Santo Tomas	Resultados: menciona por qué se puede dar la deshumanización en salud. Conclusiones: evidencia la necesidad de humanizar la atención del usuario.
Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería <sup>32</sup>	2019	Colombia	Rev. Avances en Enfermería	Resultados: menciona la percepción del usuario en relación con el cuidado brindado. Conclusiones: evidencia la importancia de tomar en cuenta las necesidades del usuario a la hora de humanizar.
Factores estresantes para los pacientes de la unidad de cuidados críticos cardiológicos de un hospital Lima - metropolitano <sup>33</sup>	2019	Perú	Rev. Universidad Peruana Cayetano Heredia	Resultados: menciona los factores estresantes experimentados por parte del usuario. Conclusiones: evidencia la importancia de tomar en cuenta las necesidades del usuario a la hora de humanizar.
Calidad de atención y humanización del personal de enfermería y su relación con la satisfacción de los padres de los neonatos internados en el servicio de neonatología del hospital regional Cusco – 2016 <sup>34</sup>	2017	Perú	Rev. Universidad Cesar Vallejo	Resultados: menciona cómo los enfermeros son responsables de brindar calidad de atención. Conclusiones: evidencia cómo la calidad de atención provoca satisfacción en los familiares.
Experiencias, percepciones y necesidades de los pacientes en AVM EN UTI. revisión bibliográfica sistemática de estudios cualitativos, en los últimos 10 años <sup>35</sup>	2019	Argentina	Rev. de la Universidad Nacional de Córdoba	Resultados: menciona la percepción del usuario en relación con el cuidado brindado. Conclusiones: evidencia la importancia de tomar en cuenta las necesidades del usuario a la hora de humanizar.

Fuente: elaboración propia, a partir de búsqueda realizada en base de datos en 2021.

Durante el análisis de los artículos encontrados a partir de la revisión integral de literatura de investigación en enfermería, se encontró que, en siete de los documentos (20,5%), se menciona la necesidad de implementar líneas o áreas estratégicas en el proceso de humanización del cuidado en las UCI. En un artículo publicado en el año 2016: *Infraestructura humanizada en las UCI. Un reto a nuestro alcance*, se mencionan tres elementos de las líneas estratégicas para humanizar la UCI: infraestructura, bienestar y comunicación.

Del año 2017, se encuentran cuatro artículos, de los cuales, tres discuten ocho líneas estratégicas que son: UCI a puertas abiertas, presencia y participación de familiares, comunicación, bienestar del paciente, cuidados al personal, síndrome post UCI, Cuidados al final de la vida e Infraestructura humanizada.

En el año 2018, se publica el artículo: *Implantación de un proyecto de humanización en una unidad de Cuidados Intensivos*; en el que se mencionan cuatro elementos de las líneas estratégicas para humanizar el cuidado que se brinda en la UCI: cuidando al profesional, UCI a puertas abiertas, participación de familiares, síndrome post UCI. Además, en un artículo publicado en el año 2020, se hace mención de siete líneas estratégicas y no ocho, puesto que los autores agrupan la estrategia de UCI a puertas abiertas junto con la participación de familiares.

Además, se encuentran siete artículos, con temas relacionados a las percepciones, necesidades y preocupaciones de la familia de usuarios hospitalizados en UCI y cuatro artículos sobre la importancia de la humanización en la muerte o contar con cuidados paliativos en las unidades. En esta investigación se encuentran resultados positivos apuntando a que son siete líneas estratégicas que benefician la transición hacia la humanización del cuidado en las UCI.

Esto se determina, dado que la estrategia de UCI a puertas abiertas propone disminuir las restricciones que se promueven en lo relacionado a la cercanía e interacción que podrían tener los familiares con las personas usuarias. Esta estrategia se podría unificar con la de participación de familiares en los cuidados; concordando con lo mencionado en algunos de los artículos <sup>14</sup>.

## Discusión

Primeramente, se evidenció la importancia de la humanización de las UCI para garantizar el bienestar del usuario. En las UCI, se brindan cuidados críticos de soporte vital a las personas usuarias, esto conlleva el uso de tecnología avanzada, tratamientos agresivos (sedación, intubación, ventilación

mecánica y monitorización invasiva) que tienen como fin que el equipo de salud utilice todas las medidas posibles para preservar la vida <sup>24</sup>.

De los resultados obtenidos en esta investigación, se encuentra que son los enfermeros y enfermeras los responsables de la aplicación de la tecnología, por lo cual, deben contar con una preparación profesional y capacitación. No obstante, no solo requieren de habilidad técnica, deben emplear criterios éticos para considerar a la persona usuaria como ser humano y evitar reducir lo humano a lo biológico. De esta manera, se logra brindar el cuidado desde un enfoque holístico, asegurando la humanización del cuidado <sup>3</sup>.

Además, se identificaron aquellos factores que influyen en la deshumanización por parte del personal de enfermería hacia sus usuarios. Se encuentra que el principal factor de deshumanización es el síndrome de desgaste profesional <sup>13</sup>.

Las instituciones hospitalarias tienen normas establecidas para sus trabajadores, de esta forma, el cuidado se ve obstaculizado por las múltiples tareas delegadas, quedando desplazadas la comunicación y la interacción con el usuario y la familia. Además, el profesional de enfermería cuenta con varias responsabilidades, lo que en algunas ocasiones no le permite interactuar con los familiares, por lo que es necesario contar con el apoyo de otros especialistas, como psicólogos y trabajadores sociales, para ofrecer diferentes formas de apoyo a la familia <sup>31</sup>.

La evolución científica y técnica de la atención al usuario crítico ha mejorado de gran manera la práctica clínica, pero este progreso no se ha visto acompañado de igual manera en sus aspectos más humanos. En muchas ocasiones, las características organizativas y arquitectónicas de las UCI provocan que se conviertan en ambientes hostiles para los usuarios y sus familias e incluso para los propios profesionales <sup>6</sup>.

En una organización humanizada existe un compromiso por humanizar; las relaciones, las conductas, el entorno y uno mismo, especialmente cuando se toma conciencia de la vulnerabilidad ajena y de la necesidad de ayuda de los usuarios. En este estudio, se sintetiza que existen siete líneas estratégicas que pueden llevar a los profesionales de enfermería a humanizar los cuidados de los usuarios que se encuentran en una UCI.

Se encontró que diversos estudios <sup>5, 6, 7, 11, 13, 14, 27</sup> plantean que, para que se promueva una humanización del cuidado, es necesaria la implementación de siete líneas estratégicas centradas en el cuidado holístico:

1. **UCI de puertas abiertas e implicación de los familiares en los cuidados:** la visita de familiares de usuarios ingresados en estas unidades tiene un carácter restrictivo, el cual se ha implementado en la búsqueda de brindar un cuidado de calidad. Sin embargo, a partir de estudios realizados, se ha encontrado que brindar a la familia la oportunidad de contribuir a la recuperación del usuario puede tener efectos positivos, ya que reduce el estrés y facilita la cercanía y comunicación<sup>13</sup>.
2. **Comunicación:** la comunicación tiene gran importancia tanto entre los profesionales como con los usuarios y familiares. Una comunicación efectiva (completa, clara, oportuna, concisa) entre los profesionales evita errores y favorece los cuidados al usuario. Así mismo, la falta de comunicación afecta al equipo e influye en el bienestar del usuario y la familia<sup>11</sup>.
3. **Bienestar del usuario:** la propia enfermedad genera dolor y malestar físico, psicológico y emocional en los usuarios. Algunos factores que causan sufrimiento e incomodidad a los usuarios críticos son: dolor, sed, frío, calor, dificultad para descansar y limitación en la movilización. Emocionales como soledad, aislamiento, miedo, pérdida de identidad, intimidad y dignidad, sensación de dependencia, incertidumbre por falta de información e incompreensión, entre otras. La valoración y control del dolor, la sedación y la prevención del delirium son indispensables para mejorar el confort de los usuarios<sup>14</sup>.
4. **Cuidar al cuidador:** el síndrome del desgaste profesional es un trastorno que provoca agotamiento emocional, despersonalización (causa relaciones frías, distantes y deshumanizadas) y sentimientos de baja autoestima, afectando a la persona a nivel personal y profesional, pudiendo llevar a trastornos psicológicos graves. Esto influye en la calidad de los cuidados<sup>11</sup>. "Según algunos estudios, las tasas de «síndrome de burnout» pueden llegar hasta un 50% en los profesionales que trabajan en UCI"<sup>13</sup>.
5. **Síndrome post UCI:** una vez dada el alta hospitalaria, se pueden seguir presentando algunos problemas físicos (dolor, debilidad, malnutrición, lesiones por presión, alteraciones del sueño, necesidad de usar dispositivos), neuropsicológicos (déficits cognitivos, alteraciones de la memoria, atención, velocidad del proceso mental) o emocionales (ansiedad, depresión o estrés postraumático) afectando a un número importante de usuarios (de 30% al 50%)<sup>14</sup>.  
"Este síndrome afecta también a los familiares, convirtiéndolos en una población vulnerable, en muchas ocasiones olvidada, que sufre consecuencias negativas físicas, psicológicas y sociales, por las que se deteriora su propia calidad de vida"<sup>6</sup>. Para disminuir la aparición, se necesitan actividades preventivas, así como un manejo y seguimiento de las alteraciones presentes.
6. **Cuidados al final de la vida:** al estar frente al proceso final de la vida, se debe realizar el cuidado con un enfoque en la reducción del sufrimiento, buscando una muerte libre de malestar y sufrimiento para el usuario y sus familiares<sup>14</sup>.  
La limitación de soporte vital, frecuente en el enfermo crítico, debe realizarse siguiendo las guías y recomendaciones establecidas por las sociedades científicas. Debe aplicarse integrada en un plan de cuidados paliativos global, de forma multidisciplinaria. La existencia de protocolos específicos y la evaluación periódica de la atención ofrecida deben considerarse requisitos básicos<sup>6</sup>.
7. **Infraestructura humanizada:** el espacio físico de las UCI es uno de los factores que dificulta brindar cuidados humanizados, impidiendo el acompañamiento familiar y la intimidad de los usuarios. Un cambio necesario para que se observe un beneficio en el cuidado de personas usuarias dentro de las UCI es brindar habitaciones individuales para proteger la privacidad de estas, si no es posible, se podría realizar una división del espacio con cortinas o biombos<sup>11</sup>.

"Cuidar a sus cuidadores" debe convertirse en un deber moral y un imperativo ético para cualquier organización, debiendo marcarse una serie de objetivos orientados hacia la ejecución de acciones preventivas y terapéuticas. Diferentes sociedades científicas han pretendido dar difusión y visibilidad a este problema ofreciendo recomendaciones para reducir su aparición y mitigar sus consecuencias; estableciendo estrategias concretas que permitan dar una respuesta adecuada a las necesidades físicas, emocionales y psicológicas de los profesionales que laboran en cuidados intensivos, derivadas de su dedicación y esfuerzo en el desempeño de su trabajo<sup>11</sup>.

Se deben tomar en cuenta condiciones ambientales de luz natural, temperatura constante y adecuada, el nivel de ruido, material y acabado, mobiliario y decoración. La monitorización de estos elementos puede influir positivamente en los sentimientos y en las emociones favoreciendo espacios más humanos<sup>11</sup>.

Watson privilegia el enfoque humanístico, atendiendo al usuario de forma biopsicosocial, espiritual y sociocultural e indica que el objetivo de enfermería es ayudar a las personas a alcanzar el más alto grado de armonía entre mente, cuerpo y alma <sup>29</sup>.

Por su parte, es importante destacar el aporte de Jean Watson en su Teoría de Cuidado Humanizado, esta teorizante establece diez factores para la atención humanizada: 1) practicar el amor y la amabilidad; 2) inculcar fe y esperanza; 3) cultivar la sensibilidad de ambos; 4) desarrollar y mantener una relación de cuidado, ayuda y confianza; 5) estar presente y dar apoyo durante la expresión de sentimientos positivos o negativos; 6) uso de todas las formas de conocimiento en la toma de decisiones; 7) comprometerse con la enseñanza-aprendizaje; 8) crear un ambiente protector holístico, reforzando la dignidad y la paz; 9) asistir a las necesidades humanas, administrando un cuidado en el cual se potencializa la alianza mente, cuerpo y espíritu; 10) estar abierto y atento a la espiritualidad, estimulando la comprensión de uno mismo y de los demás <sup>29</sup>.

En los últimos siete años, se ha encontrado una necesidad creciente de humanizar estas unidades. Sin embargo, como se encontró en la revisión realizada, después del año 2019 se demuestra que el interés sobre la investigación en materia de humanización en UCI va decreciendo comparado a años anteriores.

Una de las limitaciones de este estudio es el sesgo del idioma que pudo producir la búsqueda de artículos solo en español, ya que la información puede no ser representativa de la totalidad de estudios sobre este tema; sin embargo, esto podría tener un impacto nulo en la calidad de la revisión, al tratarse de una revisión integrativa, en la cual el enfoque serán los resultados y conclusiones derivados de la discusión de la información de los artículos. Además, otra limitación es la falta de estudios experimentales que permitan demostrar que el cuidado humanizado conlleva menos complicaciones y resultados más positivos.

Se recomienda impulsar la investigación en esta temática para determinar el beneficio de la implementación de estas líneas estratégicas en todas las UCI, además de capacitación sobre temas de humanización para el personal a cargo; logrando así un cuidado humanizado en estas unidades.

## Conclusiones

Mediante esta investigación, se establecen siete estrategias para promover la humanización en las UCI y la importancia de esta para garantizar el bienestar de la persona usuaria. La entrega de un cuidado humanizado debe ser prioritaria para enfermería, manteniendo dominio y continua reflexión acerca de problemas de interacción humana. Por lo que se deben descubrir las situaciones de deshumanización, para intervenir y mejorar el cuidado.

Además, se identificó que el síndrome del desgaste del profesional es un factor que influye en la deshumanización por parte del personal de enfermería, por lo cual se debe dar una respuesta adecuada a las necesidades físicas, emocionales y psicológicas de los profesionales que laboran en las UCI.

En este estudio, se encontró que existen siete líneas estratégicas para promover la humanización de los cuidados en las UCI: UCI a puertas abiertas (presencia y participación de los familiares en los cuidados), comunicación, bienestar del usuario, cuidados al profesional, síndrome post UCI, cuidados al final de la vida e infraestructura humanizada. Estas pueden promover que los profesionales de enfermería lleven a cabo un cuidado más humanizado con usuarios que se encuentran en una UCI. Buscar la excelencia requiere un cambio de actitud y compromiso, priorizando a la persona como eje central de la atención en salud.

El proceso de cambio es lento y complejo, ya que desafía la estructura actual de las UCI. Sin embargo, es indispensable que se comience el camino hacia la construcción del cuidado humanizado en estas unidades.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.

Financiamiento: ningún financiamiento externo.

## Referencias Bibliográficas

1. Ramos Guajardo S, Ceballos Vásquez P. Cuidado humanizado y riesgos psicosociales: una relación percibida por profesionales de enfermería en Chile. *Rev. Enfermería Montevideo* [Internet]. 2018 jun. [Citado 02 agosto 2021]; 7 (1). <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v7i1.1537>
2. Do Carmo Vicensi M. Reflexión sobre la muerte y el morir en la UCI a partir de la perspectiva profesional en cuidados intensivos. *Rev. Bioética* [Internet]. 2016. [Citado 02 agosto 2021]; 24 (1): 64-72. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241107>
3. Escobar Castellanos B, Cid Henríquez P. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Rev. Acta Bioethica* [Internet]. 2018 jun. [Citado 02 agosto 2021]; 24 (1): 39-46. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039>
4. Ávila Morales J. La deshumanización en medicina Desde la formación al ejercicio profesional. *Rev. Iatreia* [Internet]. 2017 abri-jun. [Citado 02 agosto 2021]; 30 (2):216-229. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1805/180550477011.pdf>
5. Arias Rivera S., Sánchez M. ¿Es necesario «humanizar» las Unidades de Cuidados Intensivos en España? *Rev. Enfermería Intensiva* [Internet]. 2017 ene-mar. [Citado 02 agosto 2021]; 28 (1): 1-44. DOI: 10.1016/j.enfi.2017.02.002
6. Heras La Calle G, Cruz Martin M, Nin N. Buscando humanizar los cuidados intensivos. *Rev. Brasileña Terapia Intensiva* [Internet]. 2017. [Citado 02 agosto 2021]; 29(1):9-13. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003>
7. Gálvez Herrera M, Gómez García J, Martín Delgado M, Ferrero Rodríguez M. Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. *Rev. Medicina, seguridad y trabajo* [Internet]. 2017 jun. [Citado 02 agosto 2021]; 63 (247). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2017000200103](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000200103)
8. Oliveira Crossetti M. Revisión integrativa de la investigación en enfermería, el rigor científico que se le exige. *Rev. Gaúcha Enfermería* [Internet]. 2012 jun. [Citado 02 agosto 2021]; 33 (2). <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200002>
9. Calvetti de Medeiros A., Heckler de Siqueira H. Zamberlan C. Cecagno D. dos Santos Nunes S. Bergmann Thurow M. Integralidad y humanización en la gestión del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Rev. Escola de Enfermería Universidad de Sao Paulo* [Internet]. 2016. [Citado 02 agosto 2021]; 50 (5): 816-822. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600015>
10. Montserrat Mazza M., Palacio J., Mogro V, Martínez G. CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA A TRAVES DE LA HIGIENE Y CONFORT EN UCIP. Un desafío para la acción. *Rev. Medicina infantil* [Internet]. 2016 Septiembre. [Citado 02 agosto 2021]; 3, Disponible en: [https://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2016/xxiii\\_3\\_259.pdf](https://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2016/xxiii_3_259.pdf)
11. Velasco Bueno J, Heras La Calle G. Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades. *Rev. Ética de los Cuidados* [Internet]. 2017 jul-dic. [Citado 02 agosto 2021]; 10(20). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n20/et2000.php>
12. Heras La Calle G. Humanizar la sanidad es cosa de todos. ¿Cómo humanizar la neurología? *Rev. Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica* [Internet]. 2017 ene-jun. [Citado 02 agosto 2021]; 45: 1-32. DOI: 10.1016/j.sedene.2017.05.001
13. De la Fuente Martos C., Rojas Amezcua M., Gómez Espejo M.R., Lara Aguayo P, Morán Fernández E., Aguilar Alonso E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev. Med. Intensiva* [Internet]. 2018 marz. [Citado 02 agosto 2021]; 42 (2): 71-138. DOI: 10.1016/j.medin.2017.08.002
14. Baeza Gómez I, Quispe Hoxsas C. Proyecto "Humanizando los Cuidados Intensivos", nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Rev. Bioética y Derecho* [Internet]. 2020 MAYO. [Citado 25 agosto 2021]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872020000100008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100008)
15. Holanda Peña M., Marina Talledo N., Ots Ruiz E., Lanza Gómez J., Ruiz A., García Miguelez A., "et al". Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. *Rev. Med Intensiva* [Internet]. 2017 marzo. [Citado 02 agosto 2021]; 41 (2): 63-132. DOI: 10.1016/j.medin.2016.06.007

16. Rodríguez B., Arias Velandia L., Carreño Leiva M., Ornella Z. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Rev. Cuidarte* [Internet]. 2016 julio-dic. [Citado 02 agosto 2021]; 7(2): 1297-1309, Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-790005>
17. Martín Delgado M., García de Lorenzo y Mateos A. Sobrevivir a las unidades de cuidados intensivos mirando a través de los ojos de la familia. *Rev. Med. Intensiva* [Internet]. 2017 nov. [Citado 02 agosto 2021]; 41 (8): 451-510. DOI: 10.1016/j.medint.2017.02.003
18. Lujan J., Díaz J., Paz M., Dziad L., Duarte L., Gómez C. Percepción de la familia del paciente crítico sobre enfermería, en el horario de visita en un Hospital de Alta Complejidad. *Rev. Del Hospital el Cruce* [Internet]. 2017. [Citado 02 agosto 2021]; Disponible en: <https://repositorio.hospitalelcruce.org/xmlui/handle/123456789/556>
19. Merchán Espitia M. Vivencias de la Familia con Paciente Internado en Unidad de Cuidado Intensivo UCI. *Rev. Científica de la Universidad de la Sabana* [Tesis doctoral] [Internet]. 2017. [Citado 02 agosto 2021]; Disponible en: <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/31150/Marcela%20Elizabeth%20Merch%c3%a1n%20Espitia%20%28Tesis%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Flórez Torres I, Montalvo Prieto A, Romero Massa E. Incertidumbre en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Rev. Pontificia Universidad Javeriana* [Internet]. 2018. [Citado 02 agosto 2021]; 20 (1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-1.icfp>
21. Velasco Bueno J, Alonso Ovies A., Heras La Calle G., Zaforteza Lallemand C. Principales demandas informativas de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. *Rev. Medicina Intensiva* [Internet]. 2018 agos-set. [Citado 02 agosto 2021]; 42: 337-345. <https://doi.org/10.1016/j.medint.2017.09.007>
22. Duque-Ortiz C., Arias-Valencia M. Relación enfermera-familia en la unidad de cuidados intensivos. Hacia una comprensión empática. *Rev. Ciencias de la Salud* [Internet]. 2021 agosto. [Citado 25 agosto 2021]. 19 (1). <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10059>
23. Velarde-García J., Luengo-González R., González-Hervías R., González-Cervantes S., Álvarez-Embarba B., Palacios-Ceña D. Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería. *Rev. Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2017 julio-agosto. [Citado 02 agosto 2021]; 31 (4): 299-304. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.006>
24. Yáñez Dabdoub M, Vargas Celis I. Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: desafíos para enfermería. *Rev. Persona y bioética* [Internet]. 2018. [Citado 02 agosto 2021]; 22 (1): 56-75. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.1.5>
25. Rubio Sanchiz O, Ventura Pascual L. Limitación de soporte vital. Cuidados paliativos y final de vida en UCI. *Rev. Bioética y Derecho* [Internet]. 2020 mayo. [Citado 25 agosto 2021]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872020000100006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100006)
26. Allande Cussó R., Navarro C., Porcel Gálvez A. El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: a propósito de un caso. *Rev. Enfermería Clínica* [Internet]. 2021 Feb. [Citado 02 agosto 2021]; 31: 62-S67. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.018>
27. Gómez Tello V, Ferrero M. Infraestructura humanizada en las UCI. Un reto a nuestro alcance. *Rev. Enfermería Intensiva* [Internet]. 2016 oct-dic. [Citado 02 agosto 2021]; 27 (4): 135-178. DOI: 10.1016/j.enfi.2016.10.002
28. Zeppelin M. La deshumanización de la salud. *Rev. ALTUS* [Internet]. 2016 agosto. [Citado 02 agosto 2021]; Disponible en: <http://bioetica.uft.cl/index.php/revista-altus/item/la-deshumanizacion-de-la-salud>
29. MALPICA TINOCO M. PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA POR PARTE DEL PACIENTE ADULTO CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA HOSPITALIZADO EN UNA IPS DE IV NIVEL. *Rev. Científica de la Universidad de la Sabana* [Tesis doctoral] [Internet]. 2017. [Citado 02 agosto 2021]; Disponible en: <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/32533/Percepci%c3%b3n%20del%20cuidado%20humanizado%20de%20enfermer%c3%ada%20por%20parte%20del%20paciente%20adulto%20con%20enfermedad%20oncol%c3%b3gica%20hospitalizado%20en%20una%20ips%20de%20iv%20nive.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

30. Pereira da Silva Ribeiro C., Martins Trovo M., Puggina A. Relatos de vida y fotografía de pacientes sedados en UCI: ¿estrategia de humanización posible? Rev. Enfermería Global [Internet]. 2017 Julio. [Citado 02 agosto 2021]. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.257291>

31. Orozco S, Vija M. DESHUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA HACIA LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS. Rev. Universidad Santo Tomas [Internet]. 2018. [Citado 02 agosto 2021]; Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10415/Vijamar%C3%ADa%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

32. Joven Z., Guáqueta Parada S. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. Rev. Avances en Enfermería [Internet]. 2019. [Citado 02 agosto 2021]; 37 (1). <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.65646>

33. Dávalos Pérez H. FACTORES ESTRESANTES PARA LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS CARDIOLÓGICOS DE UN HOSPITAL LIMA - METROPOLITANO. 2018. Rev. Universidad Peruana Cayetano [Tesis doctoral] [Internet]. 2019. [Citado 02 agosto 2021]; Disponible en: [https://repository.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7078/Factores\\_DavalosPerez\\_Hilda.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7078/Factores_DavalosPerez_Hilda.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

34. López Varela E. Calidad de atención y humanización del personal de enfermería y su relación con la satisfacción de los padres de los neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Cusco – 2016. Rev. Universidad Cesar Vallejo [Tesis doctoral] [Internet]. 2017 Julio. [Citado 02 agosto 2021]; Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/20499/Lopez\\_VEM.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/20499/Lopez_VEM.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

35. Pomar M. Experiencias, percepciones y necesidades de los pacientes en AVM en UTI. Revisión bibliográfica sistemática de estudios cualitativos, en los últimos 10 años. Rev de la Universidad Nacional de Córdoba [Internet]. 2019 nov. [Citado 02 agosto 2021]; 19(34): 48-56, Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/26324/28123>



Dr. Rafael Argüello Castillo

Máster en Cuidado Paliativo

Docente Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica

## Experiencias virtuales de los adultos mayores de un hogar de larga estancia

Virtual Experiences of the Elderly of a Long-Stay Home

### Coautores:

Guzmán Ugalde, M. A.; Correa Gallardo, M.P.; Sandí Corrales, A.S.; Amarista Mejías, S.G.; Maura Ricardo, M.; Sánchez Zarate, M.F.

### Resumen

**Introducción.** Este artículo describe las intervenciones realizadas por estudiantes de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (UCR), mediante el uso de la telenfermería para el abordaje integral de personas adultas mayores (PAM) en un hogar de larga estancia. **Objetivos.** Describir las intervenciones realizadas por estudiantes de Enfermería mediante el uso de la telenfermería para el abordaje integral de PAM en un hogar de larga estancia. **Método.** Estudio que aborda la sistematización de experiencias de los estudiantes de Enfermería de la UCR en el Módulo de Intervención de Enfermería con la Adulter Mayor, al trabajar con la población de un hogar de larga estancia durante el 2021. **Resultados.** Se ejecutaron tres intervenciones enfocadas en la promoción de la salud, donde la respuesta de la población en su mayoría fue positiva y colaboradora. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender fue clave para la realización de las actividades y la consecución de los objetivos; la población presentó una actitud de apertura y, a pesar de que existían diferencias en las respuestas según las distintas personalidades, todas enriquecieron el proceso. El uso de tecnologías de comunicación les da un nuevo sentido a diversos procesos enfermeros, ya que son una nueva estrategia para abordar temáticas sin necesidad de desplazarse. **Conclusiones.** La telenfermería no sustituye el abordaje que se pueda dar de manera presencial, pero posibilita disminuir distancias e ir cerrando brechas en atención en salud relacionada con la población adulta mayor.

Descriptores: Anciano, Asertividad, Comunicación, Promoción de la Salud, Telemedicina

### Abstract

**Introduction:** This article describes the interventions carried out by students of the nursing degree at the University of Costa Rica, through the use of tele-nursing for the comprehensive approach of older adults in a long-stay home. **Objectives:** To describe the interventions carried out by nursing students with the use of tele-nursing for the comprehensive approach of older adults in a long-term care home. **Method:** A systematization of the experiences of nursing students of the University of Costa Rica in the nursing intervention module with the elderly, when working with the population of a long-stay home during 2021. **Results:** Three interventions focused on health promotion, where the population response was mostly positive and collaborative, were carried out. Nola Pender's health promotion model was key to carrying out the activities and achieving the objectives; the population presented an attitude of openness and even though there were differences in the answers according to the different personalities, all of them enriched the process. The use of communication technologies gives a new meaning to various nursing processes, since they are a new strategy to address issues without having to travel. **Conclusions:** Tele-nursing does not replace the approach that can be given in person, but it makes it possible to reduce distances and close gaps in health care in relation to the older adult population.

Keywords: Aged, Assertiveness, Communication, Aptitude, Health Promotion, Telemedicine

## Introducción

La sistematización de experiencias comprende un proceso complejo en el cual los autores, mediante la reflexión de la propia práctica, adquieren y registran el conocimiento obtenido con el fin de generar una reflexión relativa a este; para ello es necesaria la reconstrucción histórica del proceso y el ordenamiento de la información producida<sup>1</sup>. Esta metodología de registro de información es usada frecuentemente en campos de intervención social como salud, educación, proyectos de desarrollo, entre otros; pues constituye por sí misma una forma de recuperar los aprendizajes obtenidos a través de las experiencias prácticas<sup>2</sup>. Dicha metodología no se limita solamente a una sistematización de información, sino que es un proceso cualitativamente mucho más complejo y dinámico, por su carácter sociohistórico que comprende diferentes actores y contextos, los cuales no pueden ser solamente ordenados o clasificados<sup>2</sup>.

Por otra parte, el Módulo Intervención de Enfermería con la Adultez Mayor, que forma parte del plan de estudios de la Escuela de Enfermería de la UCR, tiene por objetivo permitir al estudiantado implementar prácticas y conocimientos adquiridos, para aprender y fortalecer habilidades, desarrollar destrezas y actitudes, con el fin de favorecer el envejecimiento activo y saludable de la población adulta mayor en distintos contextos, según sus condiciones y necesidades.

En este módulo existe una intervención de enfermería en centros de atención a la persona adulta mayor; esta pasantía ha sido peculiar en comparación con años anteriores, ya que, debido a la pandemia del COVID-19, se ha tenido que recurrir al uso de la telenfermería para cumplir los objetivos planteados y favorecer el aprendizaje del estudiantado. En relación con lo anterior, la presente sistematización pretende describir las intervenciones realizadas por estudiantes de Enfermería mediante el uso de la telenfermería para el abordaje integral de PAM en un hogar de larga estancia.

Para el cumplimiento de este propósito, se establecieron como ejes de sistematización las actividades ejecutadas, la respuesta de la población adulta ante estas actividades y el uso de la telenfermería para la consecución de los objetivos planteados. Así, este ejercicio de sistematización permite compartir los aprendizajes adquiridos desde las experiencias del estudiantado y el docente, así como evidenciar la importancia de la producción y la circulación de conocimiento académico en las universidades como una herramienta de visualización y cavilación sobre lo que se ha hecho, lo que se debe cambiar y lo que se puede promover para implementar.

La enfermería es una disciplina cuyo objetivo es proveer cuidados a la persona usuaria a partir de un cuerpo de conocimientos propios y habilidades, construidos y basados en la investigación, el quehacer y la autoevaluación de la gestión<sup>3</sup>. En este sentido, para brindar un cuidado con los mejores estándares de calidad y seguridad, el profesional de enfermería debe hacer uso de diferentes habilidades, entre ellas la comunicación.

De acuerdo con Pender, el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) es un intento de representar la naturaleza multidimensional de las personas que interactúan con sus entornos interpersonales y físicos mientras buscan la salud; este modelo integra los constructos de la teoría del valor de la expectativa y la teoría cognitiva social, dentro de una perspectiva de enfermería del funcionamiento humano holístico.

No obstante, en la situación actual a raíz de la pandemia por COVID-19, las líneas de comunicación entre los profesionales de salud y las personas usuarias han sido afectadas. Este problema no exenta a los profesionales de enfermería, quienes se han encontrado en la obligación de buscar nuevos medios por los cuales comunicarse y seguir brindando cuidado, sin que esto implique la presencialidad de la persona usuaria y, por ende, una posible exposición al virus SARS-CoV-2.

Así mismo, la pandemia ha traído otros retos como la aparición de las nuevas tecnologías, la implementación de nuevas políticas sanitarias y la invisibilidad de los cuidados, al no estar la persona usuaria en modalidad presencial<sup>4</sup>. Sin embargo, también ha impulsado algunos cambios positivos como la actualización de conocimientos y el afán de proteger la salud, así como garantizar la seguridad de la población por parte de los enfermeros y las enfermeras, además, un reconocimiento social unánime hacia los trabajadores de la salud<sup>5</sup>.

Si bien la transformación epidemiológica ha dificultado la atención en salud, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han tomado protagonismo como un instrumento que permite y promueve la comunicación. En este sentido, la telesalud es el conjunto de actividades que están relacionadas con la salud, las cuales se llevan a cabo a distancia mediante el uso de las TIC e incluyen la telemedicina, la teleducación en salud, la telenfermería y otras<sup>6</sup>.

La telenfermería, por su parte, es un servicio que permite a los enfermeros y enfermeras brindar atención a poblaciones rurales o apartadas, manteniendo una comunicación efectiva con los usuarios que tienen diversas patologías o condiciones como enfermedades no transmisibles, lo cual favorece una intervención eficaz en la promoción y difusión de estilos de vida saludables, en el autocuidado, entre otros <sup>7</sup>.

Asimismo, el uso de la telenfermería permite proporcionar apoyo a las necesidades emocionales y educativas de la persona, y promocionar su salud; además, facilita el trabajo multidisciplinario y constituye una fuente de información rápida y segura <sup>8</sup>.

En síntesis, permite promover la continuidad de los cuidados, actuando como complemento a la visita domiciliaria y proporciona cuidados enfermeros en diferentes espacios y distancias <sup>9</sup>. A su vez, mejora la comunicación enfermera-paciente, permitiendo establecer una relación terapéutica y proporcionando un cuidado con calidad <sup>9</sup>.

En el caso de Costa Rica, se ha considerado la viabilidad de implementar la telenfermería como estrategia de continuidad de cuidados a la distancia, debido a las mejoras de los últimos años en el área de las telecomunicaciones, que le han permitido subir cinco posiciones en el Índice de Desarrollo de las Tecnologías de Información y la Comunicación <sup>10</sup>.

## Metodología

Jara <sup>2</sup> explica que la sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. La sistematización de experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora.

Para el cumplimiento de la presente sistematización de experiencias, se propone describir las intervenciones realizadas por los estudiantes de quinto año de Enfermería, con el uso de la telenfermería para el abordaje integral de personas adultas mayores en un hogar de larga estancia.

Dicho hogar contaba para el momento de la intervención con una población aproximada de 50-54 personas, en su mayoría hombres; además, tenía un salón amplio, ventilado y con buena iluminación, designado para el desarrollo de las sesiones virtuales. También poseía una computadora y una pantalla grande con parlantes para que los adultos mayores pudieran visualizar y escuchar al grupo de trabajo durante la interacción por la plataforma Zoom.

Para llevar a cabo la presente sistematización de experiencias, se desarrollaron los puntos metodológicos propuestos por Oscar Jara <sup>2</sup>, los cuales son: el establecimiento del punto de partida y las preguntas iniciales, la recuperación del proceso vivido, la redacción de las reflexiones de fondo y la identificación de los puntos de llegada.

En los inicios de este proceso, el equipo se reunió para definir cuáles experiencias se querían sistematizar y en cuáles fuentes de información se enfocaría.

En este sentido, se plantearon algunas preguntas preliminares, tales como ¿cuáles fueron las respuestas de la población a los diferentes tipos de las actividades ejecutadas? y ¿las actividades realizadas contribuyeron al logro de objetivos planteados durante las sesiones? Respecto a lo anterior, el establecimiento del punto de partida y las preguntas iniciales permitieron establecer los objetivos específicos, los cuales fueron:

1. Describir, desde el modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, las diferentes actividades desarrolladas mediante el programa de intervención de enfermería durante el Módulo de Intervención de Enfermería con la Adultez Mayor.
2. Identificar las respuestas de la población adulta mayor ante las actividades ejecutadas durante el programa de intervención en enfermería.
3. Discutir el uso de la telenfermería para la consecución de los objetivos planteados durante las sesiones en el programa de intervención de enfermería

Así mismo, se definió que las agendas, bitácoras e informes serían las fuentes de información para el desarrollo del trabajo. Partiendo de esto, inició el proceso de registro de las evidencias; de manera que se reconstruyó y ordenó la información en orden cronológico. Se establecieron como ejes del presente trabajo las actividades ejecutadas durante la intervención, las respuestas de la población adulta mayor ante estas actividades y el uso de la telenfermería para la consecución de los objetivos planteados durante las sesiones en el programa de intervención de enfermería.

Utilizando el Proceso de Atención de Enfermería, se establecieron los siguientes diagnósticos para la población: [00182] Disposición para mejorar el autocuidado, [00161] Disposición para mejorar los conocimientos, [00068] Disposición para mejorar el bienestar espiritual y [00076] Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad. Sin embargo, utilizando la red lógica, se priorizó el diagnóstico de Disposición para mejorar el bienestar espiritual, para este se seleccionó el NOC [2002]

Bienestar personal con los indicadores, [200203] Relaciones sociales, [200206], Estado cognitivo, [200210] Capacidad para expresar emociones y [200209] Nivel de felicidad, además, para abordarlo se utilizaron los NIC [5240] Asesoramiento y NIC [5270] Apoyo emocional.

## Desarrollo

### Presentación del caso

En diciembre del 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan en China notificó, ante la Organización Mundial de la Salud (OMS), la existencia de un conglomerado de casos de neumonía en la ciudad que estaban siendo causados por un nuevo tipo de coronavirus “SARS-Cov-2”<sup>12</sup>. Posteriormente, el 11 de marzo de 2020, la OMS determinó en su evaluación que la COVID-19 podía caracterizarse como una pandemia<sup>11</sup>.

Debido a la emergencia mundial, el Ministerio de Salud de Costa Rica inició sus preparaciones ante la llegada del virus, por lo cual se implementaron medidas como la realización de teletrabajo para las instituciones públicas y la cancelación de todos los eventos y actividades de concentración masiva<sup>12</sup>. Esta situación impactó diversos ámbitos de la sociedad, siendo uno de estos la educación; ya que medidas como el confinamiento y el distanciamiento social han llevado al cierre de centros educativos e instituciones afines, por tal motivo, se ha realizado un traslado a una modalidad virtual<sup>12</sup>.

La UCR, bajo este contexto, se vio obligada a reaccionar ante la inminencia de una crisis sanitaria, por lo que el acuerdo de la resolución VD-11502-2020: Lineamientos Académicos y Administrativos para la Docencia con Componente Virtual de la UCR establecía que impartir cursos de manera presencial debía ser aprobado por el Consejo Asesor de cada Facultad y las Direcciones y el Consejo Asesor de cada Sede Regional<sup>13</sup>.

Dada la situación, para el primer semestre del año 2021, en la carrera de Enfermería se optó por modificar las actividades que se realizaron durante el Módulo Intervención de Enfermería con la Adultez Mayor, llevando sus escenarios de aprendizaje a la virtualidad, donde la telenfermería surgió como una herramienta esencial para proporcionar cuidado.

Además, a nivel local, el Ministerio de Salud estableció lineamientos de aplicación obligatoria a los centros de larga estancia, los cuales debían cumplir con el objetivo de prevenir y mitigar los contagios ante la pandemia COVID-19<sup>14</sup>. Ante esto, una de las indicaciones durante el año en que se realizaron estas actividades consistía en que: “las visitas de personas sin vínculo con los residentes estuvieran suspendidas”<sup>14</sup>.

Por lo tanto, no había posibilidad de realizar ningún tipo de actividades presenciales en los centros y se optó por realizar actividades de manera virtual mediante las TIC<sup>15</sup>.

### Valoración y diagnóstico

La pasantía en el centro de larga estancia consistió en un programa de cuatro semanas, cuya frecuencia fue una intervención semanal. Al inicio se realizó una preintervención en la cual se estableció contacto con una funcionaria del lugar, encargada del área de terapia física, quien tenía conocimiento sobre la situación del centro y de los adultos mayores. Lo anterior aportó información oportuna y necesaria para realizar un diagnóstico situacional de la institución, a partir del cual se elaboró la agenda del primer día de intervención, la cual tuvo por objetivo específico determinar las principales necesidades de la población adulta mayor que reside en el centro de larga estancia.

Para lo anterior, se hizo uso del historial de las personas residentes del centro, así como de encuestas realizadas por los estudiantes del grupo 05 del Módulo de Adultez Mayor relacionadas a las perspectivas y necesidades en salud. Cabe señalar que, debido a la extensión de la población, el tiempo limitado de las intervenciones y el componente virtual de estas, no fue posible la realización del examen físico.

### Ejecución

#### Primera intervención

Por medio de una interacción con una funcionaria del centro de larga estancia, se conoció todo lo relacionado al ambiente y las características de las personas que integraban el grupo de trabajo. Posteriormente, el equipo preparó la primera intervención en la cual se valoró a las PAM con las que se trabajaría, para así conocer sus necesidades grupales y poder desarrollar distintas actividades educativas para abordar durante los espacios compartidos.

La actividad de inicio tuvo como objetivo conocer a las PAM que residen en el centro de larga estancia, para esto se contó con la ayuda de funcionarios del centro. La actividad consistió en que los participantes expresaran sus gustos de forma dinámica, el grupo fue participativo y se adaptó a los espacios con creatividad.

La segunda actividad llevó por objetivo identificar las principales necesidades de la población adulta mayor del centro, la cual fue nombrada “la receta de la salud”. Lo que buscaba era conocer la percepción de los adultos sobre el concepto de salud y las necesidades presentes en el grupo. Durante la exposición, se tuvo una respuesta positiva, las personas participantes se mostraron colaborativas y atentas, además, sus respuestas fueron de gran utilidad para la programación de los temas y actividades a realizar en las siguientes intervenciones.

Dicha actividad permitió identificar qué es el concepto de “salud” para cada uno de los adultos mayores del centro, lo cual facilitó la observación de los factores personales, la autoeficacia percibida, las barreras percibidas para la acción y el afecto relacionado con la actividad. Por último, la actividad de cierre tuvo el objetivo de construir un ambiente de confianza y seguridad con las PAM del centro, así como servir de actividad de evaluación. Esta consistía en hacer un dibujo sobre una anécdota en salud y contarla, sin embargo, debido al tiempo y la extensión de las primeras actividades, no se logró realizar. No obstante, con la información de las actividades anteriores, se cumplió con el objetivo de evaluación.

## Segunda intervención

En el segundo momento de contacto con la población, se comenzó a trabajar el tema de habilidades para la vida a nivel personal; lo anterior con la finalidad de aumentar la autoeficacia percibida de los participantes. La sesión inició con una actividad rompe hielo de tipo lúdica, la cual tuvo por objetivo identificar la percepción que tienen las PAM sobre sí mismas, para comprender su autoconocimiento. Cabe señalar que esta actividad propició un espacio de conexión grupal, al permitir a las PAM compartir y expresar sus vivencias.

Así mismo, dentro de la sesión se realizó la actividad lúdica denominada la “tómbola de las emociones”, la cual tenía como objetivo desarrollar los conceptos de empatía, manejo de emociones, estrés y situaciones difíciles. Este acercamiento sirvió de base y conocimiento para futuras intervenciones con la población. Al igual que con otras actividades, se tuvo una respuesta positiva del grupo, sin embargo, al tratarse de una actividad más pasiva y en grupos, se observó que los participantes se desconectaban un poco de la actividad y no se cumplió a cabalidad el objetivo propuesto.

En la última actividad, se pretendió identificar los beneficios de la acción encontrados por las personas participantes, así como los afectos que tenían relacionados a las actividades para la vida. Por eso se les brindó a las PAM una hoja para completar basándose en el autoconocimiento de las emociones. Esta actividad también buscó subrayar la importancia del reconocimiento de las emociones de las PAM del centro, lo cual tuvo una respuesta muy positiva de los participantes.

## Tercera intervención

En la tercera intervención, se pretendía desarrollar tres actividades con las cuales se quería seguir ampliando el tema de habilidades para la vida y así implementar en la población diversas acciones hacia una conducta promotora de la salud. En un primer momento, se planteó la realización de una actividad que permitiera el abordaje del tema de la comunicación; posteriormente, mediante la actividad central, se pretendía reforzar los temas de comunicación aunados a la temática de relaciones interpersonales y manejo de conflictos. No obstante, a pesar de tener la agenda de trabajo lista para la intervención, no fue posible realizarla, ya que en el centro se llevó a cabo la campaña de vacunación contra la COVID-19 el día anterior y los adultos mayores presentaron diferentes efectos secundarios que les impidieron participar.

## Cuarta intervención

La primera actividad de esta intervención tuvo por objetivo reconocer las distorsiones en la escucha que pueden existir en una relación interpersonal, para lograrlo se planteó la realización de un “teléfono chocho”. De esta actividad se recibió una respuesta de la población muy positiva, todos jugaron y la dinámica se desarrolló de la manera adecuada. Para la actividad de desarrollo, también de tipo lúdica, el grupo se subdividió en tres y se les entregó una carta con preguntas relacionadas a situaciones donde pudieran liberar sus emociones, esto con el fin de desarrollar los conceptos de comunicación asertiva, relaciones personales y manejo de problemas y conflictos con los subgrupos.

Por último, para el cierre del taller, se propuso un “show de talentos”, el cual tuvo como objetivo conocer las destrezas de cada adulto mayor y motivar por medio de las influencias interpersonales una actitud para el cambio hacia una conducta promotora de la salud. Cabe señalar que, mediante esta actividad, muchos talentos salieron a flote y hubo una gran participación.

## Evaluación

El contexto de la COVID-19 en el que se vivió la intervención de enfermería requirió que se adaptara la práctica de enfermería a un método poco utilizado como lo es la telenfermería, lo cual presentó un reto tanto a nivel personal como grupal, ya que esta constituía una forma de hacer enfermería distinta a las aprendidas; y durante su puesta en práctica surgió la necesidad de desarrollar espacios que fueran adecuados para la población, con la finalidad de captar la atención del grupo participante.

Algunas de las causas para que se tomara la decisión de movilizar la atención presencial de las PAM a un plano virtual, donde las posibilidades y condiciones de inequidad en cuanto al acceso a recursos digitales se torna una situación más compleja, fue que se concluyó que esta atención era la mejor opción para evitar la pérdida total de contacto con dicho grupo y para reducir su exposición a riesgos de contraer la enfermedad.

Cabe resaltar que, a lo largo de las intervenciones, se presentaron situaciones que obligaron al equipo de trabajo a cambiar en mayor o menor medida la dinámica planificada, sin embargo, esto no fue un impedimento para completar los objetivos que se propusieron. Los mayores retos presentados durante el proceso, sin duda, fueron las limitaciones en tecnología, así como las interrupciones en la comunicación, ya sea por la inestabilidad de la conexión a internet o problemas con el audio, pues desde la primera intervención se descubrió que era necesario tener una persona enlace que se encontrara con las PAM, lo cual fue asumido por el personal del centro.

En relación con lo anterior, es necesario señalar la importancia de los recursos, ya que con los que se contaba no fueron ideales para que la intervención fuera la óptima, sin embargo, el deseo de aprender por parte de las PAM y la motivación por lograr un cambio por parte del estudiantado pudieron más que los retos presentes, de manera que se logra concretar la práctica y la intervención en el centro.

Al iniciar la rotación y a través de los diversos contactos con las personas adultas, se evidenció cada vez más la necesidad de desarrollar y adecuar de la mejor manera las actividades y contenidos propuestos, tomando en cuenta dos ejes fundamentales: el envejecimiento como parte del ciclo vital y la tecnología como herramienta para proporcionar cuidados.

En esta misma línea, se evidenció que las PAM empezaron a comprender el envejecimiento y a visualizarlo como una etapa de la vida en la cual existen cambios tanto físicos como mentales, pero que no son necesariamente negativos, por lo que, a partir de la construcción grupal, este concepto se observa de manera versátil y las PAM son las que le dan significado a la forma en la que se vive esta etapa. En este sentido, los cambios pueden significar un desarrollo máximo y bienestar para el usuario, de manera que se puedan emprender acciones que promuevan el envejecimiento activo; ya que este se mantuvo como un pilar central del acercamiento.

Con base en lo mencionado, es posible determinar que en el envejecimiento saludable se busca el bienestar de la persona adulta mayor mediante el mantenimiento de su capacidad funcional, la cual, a su vez, está determinada tanto por aspectos intrínsecos (físicos y emocionales) como por aspectos

extrínsecos (el medio social). Por tal motivo, muchas de las actividades realizadas durante este proceso requerían de trabajo en grupos; sin embargo, otras eran actividades personales que luego debían compartir con las personas de su entorno.

Así mismo, un aspecto importante es que los adultos mayores de este centro debían convivir entre ellos sin tener un lazo familiar, por lo cual, se pudo determinar que una de las necesidades importantes por trabajar era la comunicación. Por este motivo, se realizaron actividades con el fin de mejorar los aspectos relacionados con la comunicación, de modo que se tomó en consideración lo mencionado en la teoría de la gerotranscendencia, así como la teoría del desarrollo, en las cuales se propone que, en la etapa de adultez mayor, existen aspectos que toman mayor relevancia, entre ellos, las relaciones y los vínculos significativos.

En síntesis, el uso de la telenfermería surge como una herramienta efectiva para abordar las necesidades de la población desde el cuidado centrado en la persona, no obstante, se debe decir que no sustituye la presencialidad, sino que esta es útil cuando la presencialidad no es posible o como un complemento para la misma. Así mismo, la telenfermería es una herramienta que posibilita trabajar en las conductas de las personas, donde por medio de la comunicación facilitada por las TIC es posible implementar e inducir conductas promotoras de la salud. Por otro lado, aun con los retos presentes de la telenfermería, también se obtuvieron beneficios, como el hecho de poder comunicarse al mismo tiempo desde diferentes lugares y con diferentes personas.

Con respecto al enfoque teórico de Nola Pender, se puede apreciar que las intervenciones realizadas fueron orientadas hacia la promoción de la salud. La primera intervención buscaba profundizar en las conductas previas de los usuarios en un primer acercamiento por medio de la receta de salud; durante esta, según la teoría de Pender, se indaga sobre las características y experiencias individuales, lo cual permitió a los investigadores identificar cuáles conductas de los adultos mayores podrían ser mejoradas.

Durante la segunda y cuarta intervención, se trabajó en los aspectos teóricos relacionados a las cogniciones y afectos específicos a la conducta. Algunos de los aspectos que fueron trabajados relacionados con este punto fueron: la autopercepción y el autoconocimiento. Si bien a causa del limitado tiempo no se logró trabajar en cambios de conductas específicas de la salud, se reforzaron las bases necesarias para que más adelante el grupo pudiera recibir otras intervenciones centradas en la modificación de las conductas de salud.

## Marco teórico

### Enfoques teóricos de los procesos de envejecimiento-vejez

Algunos autores consideran que el envejecimiento es una respuesta general en el tiempo, que produce cambios visibles, llevando al adulto mayor a un estado de tensión, ansiedad, estrés y vulnerabilidad, producidos principalmente por el concepto social y las enfermedades <sup>16</sup>. Estos prejuicios establecidos por la sociedad son responsables de que exista una visión negativa de la vejez, considerando esta etapa del ciclo vital como sinónimo de dependencia, enfermedad e incapacidad. Sin embargo, el envejecimiento es un proceso multifactorial, gradual y adaptativo que está asociado a modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas <sup>16</sup>.

Actualmente, existe un gran desafío que demanda crear estrategias para dar respuesta a las necesidades de una sociedad cada vez más envejecida, dado el acelerado envejecimiento tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados. Algunos autores, tomando como referencia lo establecido por la OMS en el año 2011, estiman que la proporción de adultos mayores en el mundo se duplicará, pasando aproximadamente del 11 % al 22 % en el año 2050, lo que tendrá un gran impacto en el ámbito social y de la salud <sup>17</sup>.

Por este motivo, se necesita una visión centrada en la persona adulta mayor desde una perspectiva positiva, en la cual el envejecimiento no sea sinónimo de enfermedad y se logren construir estrategias saludables que les faciliten a todas las PAM su máximo desarrollo y bienestar. Es así como surgen los conceptos de envejecimiento activo y envejecimiento saludable.

En este sentido, la OMS afirma que el envejecimiento activo se entiende como el proceso en el que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida en el proceso de envejecimiento <sup>17</sup>. Esta es una visión integral, que se centra en el máximo desarrollo de las PAM y mira al proceso de envejecimiento desde una postura positiva y participativa, dejando de lado las connotaciones negativas y patológicas en torno a esta etapa de la vida <sup>17</sup>.

Por otra parte, el envejecimiento saludable se describe como el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional a lo largo de toda la vida, que facilita el bienestar en la edad avanzada y está determinado por la combinación de las capacidades físicas, mentales y psicosociales del individuo, junto con el entorno social. Es decir, un envejecimiento en buena salud incluyendo tanto la salud física, mental y conductual, así como la relacionada con las condiciones psicosociales de seguridad, participación y bienestar <sup>17</sup>.

### Teorías del envejecimiento desde la perspectiva biológica

Existen múltiples teorías respecto al envejecimiento, sin embargo, no existe una en específico que pueda determinar el porqué ocurre. Por lo tanto, lo más aceptado es una idea unificada de estas, las cuales engloban los genes, la actuación de los sistemas de mantenimiento y reparación genética, el entorno y el azar. A continuación, se dará una breve explicación de las teorías biológicas existentes.

Desde la perspectiva sistemática, se utiliza como base la división que realizan Trevisan y compañeros <sup>18</sup> de las teorías del envejecimiento, en dos grandes grupos: las estocásticas y las no estocásticas. Las teorías estocásticas se asocian a la pérdida de funciones durante el envejecimiento, debido a la acumulación de lesiones aleatorias, en parte, causadas por factores ambientales, entre ellas se encuentran la teoría de las mutaciones somáticas, la teoría del error-catástrofe y la teoría de "reparación del ADN" <sup>18</sup>.

Por su parte, según la teoría no estocástica, el entorno y la genética actúan conjuntamente en el envejecimiento; en ella se incluyen la teoría del envejecimiento celular o la senescencia programada, teoría de los telómeros, teoría de la mutagénesis intrínseca, teoría neuroendocrina y la teoría inmunológica <sup>18</sup>.

### Teorías del envejecimiento desde la perspectiva sociológica

Otro grupo de teorías que buscan explicar el envejecimiento de la población son las que relacionan este proceso con los aspectos sociales. A continuación, se describen brevemente algunas teorías sociológicas.

La teoría de la desconexión, propuesta por Elaine Cumming y William Henry, plantea que el envejecimiento es un proceso en el que la sociedad y los adultos mayores se separan gradualmente o se desconectan. Este proceso beneficia a ambas partes, ya que los adultos mayores, al ser liberados de los roles sociales, pueden centrarse en ellos mismos; mientras que a nivel de sociedad se facilita la transición al poder de los adultos jóvenes, lo que hace posible que la sociedad siga funcionando <sup>19</sup>. Sin embargo, se debe considerar que, aunque algunos adultos mayores desean centrar su vida en sí mismos, otros permanecen activos, incluso laboralmente, ya que suelen sentir satisfacción al proporcionar un valioso servicio a la sociedad y no desconectarse <sup>19</sup>.

En contraposición, la teoría de la actividad propone que los adultos mayores deben mantenerse activos, y si surge alguna limitación o discapacidad, es conveniente realizar las modificaciones necesarias para que la persona mantenga su estilo de vida tan dinámico como en la juventud. Es decir, esta teoría no defiende la disminución de la actividad; con esto, niega la existencia de una tercera edad; además, la sociedad debe aplicar las mismas normas tanto a las personas de edad avanzada como a aquellas de menor edad <sup>19</sup>.

## Teorías del envejecimiento desde la perspectiva psicológica

Este grupo se encuentra relacionado, principalmente, con cambios conductuales en la persona adulta mayor, por ejemplo, la teoría de la gerotranscendencia implica una transición de una meta perspectiva racional y materialista a una visión cósmica y trascendente, es decir, cuando las personas envejecen están menos interesadas en sus cuerpos físicos, sus bienes materiales, sus intereses sin sentido y sus intereses propios; en su lugar, desean una vida más significativa y un mayor vínculo con los demás, existe el deseo de asumir papeles e invertir tiempo en descubrir facetas ocultas de uno mismo <sup>19</sup>.

Por lo tanto, esta teoría explica que los adultos mayores trascienden a una vida con sentido y dejan de lado aquello que ya no tiene tanto valor; de modo que mantener vínculos y relaciones significativas adquiere relevancia, así como la oportunidad de descubrir y conocer actividades que durante la juventud no pudieron ser aprendidas, y en este momento de la vida existe el tiempo de hacerlo.

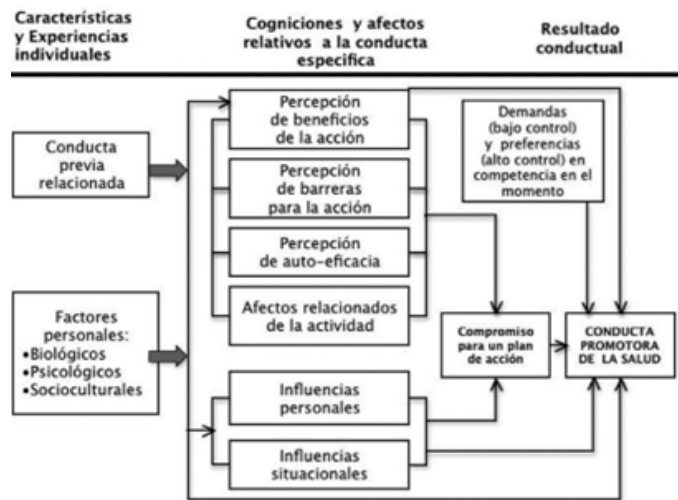
Por otra parte, según la octava etapa de la teoría del desarrollo propuesta por Erickson, existen tres desafíos a los que se enfrenta la población adulta mayor <sup>19</sup>:

1. Diferenciación del ego frente a la preocupación por el papel: desarrollar satisfacciones de uno mismo como persona en lugar de los roles establecidos a través de los padres o las funciones laborales.
2. Trascendencia del cuerpo frente a la preocupación por el cuerpo: placeres psicológicos en lugar de dejarse absorber por problemas de salud o por las limitaciones físicas.
3. Trascendencia del ego frente a la preocupación por el ego: lograr satisfacción mediante la reflexión sobre la propia vida y los logros del pasado.

## Teoría de Enfermería

La teoría de Nola Pender es propia de enfermería. De acuerdo con Pender, el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) es un intento de representar la naturaleza multidimensional de las personas que interactúan con sus entornos interpersonales y físicos, mientras buscan la salud. Este modelo integra los constructos de la teoría del valor de la expectativa y la teoría cognitiva social, dentro de una perspectiva de enfermería del funcionamiento humano holístico <sup>20</sup>. En la figura 1 se puede apreciar el diagrama del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.

Figura 1. Diagrama del modelo de promoción de la salud de Pender <sup>18</sup>



Fuente: Aristizábal Hoyos et al., 2011.

Este modelo expone de forma amplia los aspectos que intervienen en la modificación de la conducta de las personas, sus actitudes y motivaciones que permiten o no adoptar la conducta promotora de salud <sup>21</sup>. El MPS se centra en seis conceptos principales: los beneficios percibidos por la acción, las barreras percibidas para la acción, la autoeficacia percibida, el afecto relacionado con el comportamiento, las influencias interpersonales y las influencias situacionales <sup>20</sup>.

De acuerdo con este modelo, los componentes nombrados anteriormente influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, lo que incide directamente en el resultado final deseado, es decir, en la conducta promotora de la salud <sup>21</sup>. A continuación, se detallan las definiciones de los conceptos principales del MPS.



Primeramente, el concepto de beneficios percibidos por la acción está constituido por las representaciones mentales de las consecuencias positivas o reforzantes de una conducta; estos beneficios pueden ser intrínsecos o extrínsecos<sup>20</sup>. El segundo concepto es el de las barreras percibidas para la acción, el cual está constituido por las percepciones sobre la indisponibilidad, inconveniencia, gasto, dificultad o la naturaleza de una acción en particular<sup>20</sup>.

El tercer concepto es el de autoeficacia percibida, donde las creencias de autoeficacia personal son específicas de la conducta y se miden en términos de tres parámetros: magnitud, fuerza y generalidad<sup>20</sup>. El cuarto concepto es el de afecto relacionado con el comportamiento, este se encuentra relacionado con la actividad y consta de tres componentes: la excitación emocional del acto en sí, la autoacción y el entorno en el que tiene lugar la acción<sup>20</sup>.

Por su parte, el quinto concepto es el de influencias interpersonales, el cual engloba las cogniciones que involucran comportamientos, creencias o actitudes de otros<sup>20</sup>. Finalmente, el sexto concepto, de las influencias situacionales, incluye las percepciones de las opciones disponibles, las características de la demanda y las características del entorno en el que se propone que tenga lugar un comportamiento determinado<sup>20</sup>.

Durante la elaboración de la sistematización, se decide trabajar con el MPS, debido a que esta teoría de enfermería permite abarcar las conductas que fomentan la salud, lo cual se encuentra relacionado con el enfoque de las intervenciones realizadas con la población; aunado a esto, el modelo se aplica de forma potencial a lo largo de toda la vida, por lo cual es adaptable a las PAM<sup>22</sup>.

Los principales supuestos del MPS establecen que las personas buscan crear condiciones de vida por medio de las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud. Dichas personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias y valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad<sup>22</sup>.

Por otra parte, estos supuestos del MPS indican que los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta e interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo. Además, los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida y la reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta<sup>22</sup>.

## Conclusiones

### Punto de llegada

El MPS fue clave para el abordaje de las necesidades de los usuarios, ya que mediante este no solo se logró identificar las necesidades de las PAM; sino que también se pudo realizar el análisis de las conductas previas, lo que favorece la concepción de los distintos temas abordados semana tras semana. Además, se pudieron establecer diversas intervenciones que favorecieron a que la población del centro comprendiera por su propia experiencia los beneficios relacionados con acciones promotoras en salud, las barreras que pueden encontrar, la autoeficacia y los afectos relacionados a la actividad. Así mismo, por medio de las intervenciones, las PAM pudieron tomar en cuenta los factores personales de cada uno; cómo estos pueden influir en las acciones personales encaminadas a la promoción de la salud y cómo les afectan las situaciones externas. Aunque por el pequeño espacio del tiempo no se logró visualizar el compromiso de las PAM con las acciones a realizar implementadas en su vida diaria, se logró que ejecutaran acciones claras en su diario vivir para un envejecimiento activo.

La respuesta dada por cada uno de los miembros del lugar de larga estancia fue muy valiosa, debido a que siempre hubo participación. Si bien existía mayor energía en unos participantes del taller versus el resto de la población atendida, siempre todos tuvieron la oportunidad de participar y dar a conocer sus ideas; lo cual enriqueció las intervenciones realizadas por los estudiantes.

El uso de la telenfermería viene a dar una nueva forma de interactuar entre las personas, esta crisis sanitaria hizo que los profesionales en enfermería se apropiaran de recursos existentes y los explotaran de la mejor manera. A pesar de tener algunas dificultades con la conexión, fue bastante enriquecedor cada proceso y las personas se sentían a gusto con estar participando interactivamente de actividades hechas para ellos desde la distancia. Cabe destacar que la telenfermería no sustituye el abordaje que se pueda dar de manera presencial, pero sí brinda la posibilidad de disminuir distancias e ir cerrando brechas en atención en salud, dejando en evidencia que la educación se puede proporcionar también por medio de plataformas digitales.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.

Financiamiento: ningún financiamiento externo.

## Referencias bibliográficas

1. Jara Holliday O. Guía para sistematizar experiencias. Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza; 2006.
2. Jara Holliday O. La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles. Bogotá: Cinde. 2018.
3. Castro M, Simian D. La enfermería y la investigación. Revista Médica Clínica Las Condes. 2018;29(3):301-10.
4. Román F. La enfermería: una reflexión sobre su futuro y su razón de ser. *Temperamentvm*. 2020;16:e13196-6.
5. González-García M, Fernández-Feito A, Lana A. Cambios en los valores profesionales enfermeros durante la pandemia por COVID-19. *Dialnet*. 2021.
6. Organización Panamericana de la Salud. Conversaciones sobre eSalud. Gestión de información, diálogos e intercambio de conocimientos para acercarnos al acceso universal a la salud. OPS; 2014.
7. Toffoletto MC, Ahumada Tello JD. Teleenfermería en el cuidado, educación y gestión en América Latina y el Caribe: revisión integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020;73.
8. Nuñez León JA, Ramos Díaz A, Jiménez Aragonés M, García Pérez M, Mella Herrera L, Romero Borges K. Teleenfermería, opción atractiva para transformar la gestión del cuidado. *Revista Médica Electrónica*. 2020 04;42:1759-1764. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242020000201759&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242020000201759&nrm=iso).
9. Cano-Ibarra SM, Guavita Pérez G, Ángel Gazabon MP, López Arcos NDC, Pacheco De La Rosa M, Orozco Herrera C. Teleenfermería herramienta de innovación tecnológica al seguimiento continuo del cuidado. *Salud y Movimiento*. 2017;9(1).
10. Carvajal Flores L, Vásquez Vargas L. Conocimiento, práctica y percepción de enfermeras respecto a Tele-enfermería como estrategia de continuidad del cuidado. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2016 dic;5(2):25-33. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/1284>.
11. Organización Mundial de la Salud. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. OMS; abril, 2020.
12. Kikut Valverde L. Análisis de resultados de la evaluación de la virtualización de cursos en la UCR ante la pandemia por COVID-19: Perspectiva estudiantil. Universidad de Costa Rica; 2020.
13. Vicerrectoría de Docencia. Resolución VD-11502-2020. Universidad de Costa Rica; 2020. Disponible en: [https://www.mep.go.cr/sites/default/files/orientaciones-proceso-educativo-distancia\\_0.pdf](https://www.mep.go.cr/sites/default/files/orientaciones-proceso-educativo-distancia_0.pdf).
14. Ministerio de Salud de Costa Rica. Lineamientos para Hogares de Larga Estancia Privados con o sin fines de lucro, para atención de Personas Adultas Mayores ante la Emergencia por COVID-19. Ministerio de Salud de Costa Rica; 2021.
15. Ministerio de Salud de Costa Rica. Lineamientos para Hogares de Larga Estancia Privados con o sin fines de lucro, para atención de Personas Adultas Mayores ante la Emergencia por COVID-19. Ministerio de Salud de Costa Rica; 2020.
16. Da Silva Rodrigues CY. Envejecimiento: evaluación e interpretación psicológica. Editorial El Manual Moderno; 2017.
17. Fortuño Godes J, Segura Bernal J. Envejecimiento, actividad física y desarrollo emocional. Editorial UOC; 2021.
18. Trevisan K, Cristina-Pereira R, Silva-Amaral D, Aversi-Ferreira TA. Theories of aging and the prevalence of Alzheimer's disease. *BioMed research international*; 2019.
19. Eliopoulos C, Lira Mendoza BA, Palacios Martínez JR. Enfermería gerontológica. Wolters Kluwer Health; 2014.
20. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. Pearson; 2015.
21. Aristizabal Hoyos GP, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*. 2011 12;8:16-23. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000400003&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&nrm=iso).
22. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. *Modelos y teorías en enfermería*. 2011;1:80.

**Dra. Agnes Gutiérrez Rojas**  
Magíster en Enfermería de Salud Mental

**Dra. Alejandra Trejos Chacón**  
Maestría en Gerencia de Servicios de Salud. Maestría en Calidad y Seguridad del Paciente. Maestría en Educación. Licenciatura en Enfermería con énfasis en Salud Mental y Psiquiatría

**Dra. Arlin Madriz Martínez**  
Enfermera Especialista en Salud Mental

**Dra. Erika Badilla Sánchez**  
Enfermera Especialista en Salud Mental y Psiquiatría

**Dra. Jacqueline Monge Medina**  
Licenciatura en Enfermería. Maestría en Administración de Servicios de Salud.

**Dra. Jessica Pérez Villalobos**  
Enfermera Especialista en Salud Mental y Psiquiatría

**Dr. Jorge López Cisneros**  
Enfermero Especialista en Salud Mental y Psiquiatría

**Dra. Marlene Salazar Umaña**  
Licenciatura en Enfermería con énfasis en Salud Mental y Psiquiatría

**Dra. Marta Salazar Davidson**  
Magíster en Enfermería en Salud Mental de la Universidad de Costa Rica.

**Dra. Maureen Araya Solís**  
Enfermera Especialista en Salud Mental

**Dra. Nadia Flores Ceciliano**  
Magíster en Gerencia de la Salud. Licenciatura en Enfermería con énfasis en Salud Mental y Psiquiatría.

**Dra. Sandra Mora Sánchez**  
Enfermera Especialista en Salud Mental y Psiquiatría

**Dr. Rodrigo Lépiz Álvarez**  
Enfermero Especialista en Salud Mental y Psiquiatría

**Dra. Marielos Fernández Hincer**  
Enfermera Especialista en Salud Mental y Psiquiatría

**Dra. Maricruz Pérez Retana**  
Enfermera Especialista en Salud Mental

**Dr. William Alberto Bogantes Madriz**  
Enfermero Especialista en Salud Mental y Psiquiatría

**Dra. Janicia Gamboa León**  
Enfermera Especialista en Salud Mental y Psiquiatría

**Dra. Sonia Montero Lobo**  
Enfermera Especialista en Salud Mental y Psiquiatría

## Experiencias de Enfermería en Salud Mental durante la pandemia por COVID-19

Mental Health nursing experiences during the COVID-19 pandemic

### Resumen

**Introducción.** Este documento surge del interés de recuperar y aprender de las experiencias acumuladas en enfermería en salud mental, durante la pandemia por el COVID-19, en el sistema de salud costarricense. **Objetivo.** Sistematizar las experiencias de enfermería especialista en salud mental, en diferentes escenarios laborales. **Desarrollo.** El estudio tiene como punto de partida la experiencia del proceso vivido y la búsqueda de respuesta a la interrogante: ¿cómo ha sido estar en la primera línea de atención procurando siempre el cuidado de la salud mental y el bienestar emocional? Los datos se organizan e interpretan a partir de las vivencias, cada relato refleja a un ser, profesional capaz de darle un significado a la disciplina. **Conclusiones.** La situación de pandemia por COVID-19 ha favorecido la innovación estratégica en el cuidado de enfermería en salud mental basado en la relación interpersonal de ayuda profesional-persona e importancia de posicionar la disciplina en diferentes escenarios del sistema de salud, para brindar soporte emocional a las personas, familias, comunidad y el personal de salud. De esta forma, contribuye con una atención científica, ética, sensible, solidaria, consecuente con un modelo de responsabilidad, transformador de conductas protectoras, calidad, bioseguridad, autocuidado y confianza; ejes terapéuticos del proceso de atención en salud mental congruentes con la teoría y práctica de la disciplina, las determinantes de la salud y derechos humanos en el contexto de una crisis universal.

Descriptores: Atención de Enfermería, Enfermería, Infecciones por Coronavirus, Pandemias, Salud Mental.

### Abstract

**Introduction:** This document arises from the interest of recovering and learning from the experiences accumulated in mental health nursing during the COVID-19 pandemic in the Costa Rican health system. **Objective:** To systematize the experiences of nursing specialists in mental health in different work scenarios. **Development:** The study has as its starting point in the experience of the lived process and the search for an answer to the following question: What has it been like to be in the first line of care, always seeking mental health care and emotional well-being? The data is organized and interpreted from the experiences. Each narration reflects a being; a professional capable of giving meaning to the discipline. **Conclusions:** The situation of the COVID-19 pandemic has favored strategic innovation in mental health nursing care based on the interpersonal relationship of the professional-person help and the importance of positioning the discipline in different scenarios of the health system to provide emotional support to individuals, families, the community and health personnel. This contributes to a scientific, ethical, sensitive, and supportive care, consistent with a model of responsibility, transforming protective behaviors, quality, biosecurity, self-care, and trust. They are therapeutic axes of the mental health care process consistent with the theory and practice of the discipline, the determinants of health, and human rights in the context of a universal crisis.

Keywords: Nursing, Coronavirus infections, Mental health, Nursing, Nursing care, Pandemics.

## Introducción

La pandemia por COVID-19 ha afectado la salud mental de muchas personas, poniendo a prueba todos los niveles de atención de la salud<sup>1</sup>. Las personas profesionales de enfermería en salud mental del sistema de salud costarricense no escapan de esa realidad y les ha correspondido ser parte fundamental de esa primera línea de defensa procurando brindar el mejor acompañamiento emocional en el cuidado integral a las personas afectadas.

La situación actual, el confinamiento domiciliario y el distanciamiento físico y social interrumpen los procesos relacionales, fundamento de la salud mental. Por eso están asociados con niveles más altos de malestar psíquico e incluso de trastornos por ansiedad excesiva, depresión, insomnio y síndrome de estrés postraumático<sup>2</sup>.

Para los profesionales de enfermería en salud mental es importante reconocer cuál es el significado o el valor que le brindan las personas a los problemas cotidianos que emergen ocasionados por el COVID-19. A partir de las diferentes respuestas humanas evidenciadas, el enfermero o enfermera especialista en salud mental puede orientar sus intervenciones, con miras a producir un cambio que favorezca estrategias de afrontamiento efectivas y, por ende, establecer mecanismos de defensa saludables<sup>3</sup>.

Ante esto, la enfermería de salud mental ha fortalecido el rol de liderazgo y empatía, siendo capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo, mediante la relación interpersonal de ayuda, como se evidencia en los relatos, muchas veces anteponiendo sus necesidades y preocupaciones personales, para mantenerse en la vanguardia y brindar el mejor cuidado humanizado.

Por tanto, motivados ante la importancia de estas evidencias en el cuidado de la salud que brinda la disciplina, surge la iniciativa de realizar este trabajo, cuyo objetivo es sistematizar las experiencias de un grupo de enfermeros y enfermeras especialistas en salud mental en diferentes escenarios laborales y así documentar e interpretar las vivencias acumuladas, compartidas a través de la narrativa de sus historias y es, a su vez, una forma de reconocimiento a todo el gremio de enfermería costarricense.

## Desarrollo

En este apartado, se describe el proceso metodológico de la sistematización de experiencias de enfermeras y enfermeros especialistas en salud mental y psiquiatría, quienes laboran en diferentes escenarios del sistema de salud costarricense, en tiempo de pandemia; según Oscar Jara<sup>4</sup>, es la vivencia del proceso mismo, se inicia con el punto de partida. Es vital haber participado de la experiencia, el orden de los registros (reuniones, bitácoras, consultas a expertos, relatos, fuentes bibliográficas); formular las preguntas iniciales que orientan la reflexión, el problema de intervención, los objetivos, el objeto y los ejes seleccionados.

En ese sentido, cada relato representa una vivencia única, real e irrepetible en la vida profesional. El conocimiento, el liderazgo y la empatía propician el desarrollo de procesos técnicos de intervención con especial capacidad de escucha activa, que posiciona a enfermería como figura esencial en el cuidado especializado en salud mental.

A continuación, se presentan las vivencias narradas de modo ordenado bajo el término de persona, interpretando lo vivido en la atención de enfermería en salud mental:

### Persona 1

“El inicio de la pandemia marcó el desafío de hacer frente a los propios miedos e inseguridades, el compromiso de ofrecer soporte emocional al personal de salud que atendería la población afectada por el virus, lucha para enfrentar la crisis con estrategias de afrontamiento y resiliencia, además de temores, necesidades de escucha y acompañamiento. La profesión y especialidad, ha permitido acompañar, guiar, orientar y ser facilitadora del crecimiento del recurso humano de salud, poder dirigir y educar en los procesos.”

Han sido muchos los cambios en la atención para enfrentar la batalla, innumerables experiencias: “el aumento de casos y contagios requirieron una contratación masiva de personas con necesidad laboral, ilusión y compromiso, historias enriquecedoras que pasaron de ser casuales a cotidianas... el duelo, vivir el momento presente y la esperanza de un futuro mejor... elaborar estrategias de comunicación entre familias y usuarios a través de cartas, videollamadas, tarjetas con mensajes, entre otros”.

Esta persona plantea la importancia de la relación entre profesional-persona, al reflexionar: “es vital la concordancia del cuidado para manejar el proceso de transferencia y contra-transferencia del personal ante la pérdida de vidas humanas, sobrellevar la ambivalencia en medio de la exposición y riesgo de contagio... los días pasan... recuerdo los mensajes de motivación de usuarios que ya no están, se encuentran en su hogar o ya fallecieron... acompañar en momentos de agonía; orar, escuchar música, tomando su mano en silencio”.

“Luego de escuchar junto a una madre una canción dedicada a su hijo que nació fallecido y que en pocas horas será su funeral y no podrá asistir. O bien preparar a una familia en aislamiento sanitario para coordinar desde su hogar quién se encargará del funeral de un ser querido; pero agradezco a la vida por la oportunidad de esta experiencia de resiliencia, crecimiento profesional y el ser aliada en la lucha diaria para brindar el cuidado humanizado que caracteriza a enfermería”.

Cierra su relato con estas palabras: “esta experiencia de dolor nos enseña la capacidad de adaptación y resiliencia del ser humano. Como profesional de enfermería en salud mental y psiquiatría, sin duda, la pandemia me permitió crecer, aprender; estoy orgullosa, segura de las capacidades y competencias del quehacer profesional”.

## Persona 2

“Como profesional del sistema de salud diariamente realizo acompañamiento a personas usuarias que enfrentan la partida de un ser querido. Con la pandemia, no fue la excepción, les puedo decir que nunca una reacción de duelo es igual a la otra, las experiencias de los duelos de personas que perdieron a sus allegados por complicaciones con dicha enfermedad fueron siempre muy diferentes”.

Menciona en relación al tema de la muerte: “una de las experiencias más difíciles fue cuando acompañé a una madre, quien acababa de recibir la noticia de la muerte de su hijo mayor, producto de complicaciones por COVID-19... era entender que su hijo había muerto, por la normativa del aislamiento sanitario... hacía varias semanas no veía físicamente a su hijo, él vivía solo; no se enteró de que él había enfermado y, finalmente, le dicen que falleció, no podrá ver su rostro o su cuerpo antes de sepultarlo, ni velar su cuerpo ni realizar una ceremonia, su familia no podrá juntarse a darle un último adiós”.

“En ese momento entendí que, aunque cada uno realiza su proceso de duelo de forma diferente, cada quien a su ritmo y a su estilo; siempre contamos con los rituales culturales para un funeral, que socialmente están establecidos y que, aunque existen variaciones según las creencias religiosas, todos tienen como objetivos servir de herramienta para la elaboración de ese duelo”.

La persona relatora trae a colación un tema muy complejo, refiere que: “debido a la pandemia se incrementaron las cifras de personas que mueren diariamente, ello evidencia todos los días el dolor de familiares que han perdido a su ser querido, así como el significado de ese duelo, aunado a que no podrán realizar su despedida”.

Desde esta vivencia la persona relatora interpreta a modo de conclusión que: “el funeral permite despedirse por así decirlo, entonces, qué pasa cuando no se puede realizar... por disposiciones sanitarias que impiden la realización de rituales

del duelo ante la muerte, dificultando realizar funerales para hacer el cierre, para esta madre, perder a su hijo... por la enfermedad... podía compararse con que su hijo desapareció, guardaba la esperanza de que no fuera él, que alguien se haya equivocado, no pudo realizar su cierre como culturalmente se espera, ayudar a elaborar el duelo fue un reto en esta pandemia”.

## Persona 3

“No cabe duda de que el año 2020 nos sorprendió con un reto impredecible en el campo de la salud... el cual iba a marcar un antes y un después de ese año. En lo personal, como enfermero del sistema de salud, puedo definir mi experiencia como <sentimientos encontrados>. La noticia de que un virus se había desatado en el mundo... sentí todo tipo de sentimientos: duda, temor, zozobra, ansiedad... el sector salud se pondría a prueba para asumir la responsabilidad de atender con todos los protocolos sanitarios establecidos y los sistemas de bioseguridad que debían cumplirse a cabalidad para la seguridad de las personas usuarias y el personal de salud”.

La persona relatora menciona que: “la profesión se caracteriza por brindar ese acompañamiento integral, que implica cercanía, escucha activa, confianza, seguridad y cómo el uso del equipo de protección personal complica y se pierde ese contacto humano tan necesario para que surja la relación interpersonal de ayuda”.

Ante esta situación plantea que: “durante esta emergencia nacional, hemos hecho todo lo posible para que las personas usuarias se sientan bien, procurando siempre cumplir los lineamientos y, sobre todo, poner todo lo que está a nuestro alcance para que superen el virus y puedan volver a sus casas”.

Finalmente, expresa que: “es importante destacar que la vocación y el amor por nuestra profesión evidenciado en cada jornada, en cada persona atendida en el sector salud del país, al transcurrir más de un año del primer caso, se está más fortalecido con el día a día de cada experiencia... la vacunación viene a darnos una esperanza alentadora para erradicar el COVID-19, mientras tanto seguimos dando lo mejor”.

## Persona 4

“Al declararse COVID-19, pandemia, la atención de la misma recae, principalmente, en dos instituciones: el Ministerio de Salud y la CCSS. Es algo nuevo, desconocido, lo que genera ansiedad, miedo, angustia por el qué será y cómo se detendrá... cómo prevenir el riesgo de contagio, ya que podría ser mortal... lineamientos institucionales, nacionales y mundiales cambiaban a veces en unas cuantas horas”.

Se pregunta a sí misma: “¿qué se aprendió? Se aprende a valorar aún más la salud, la familia, las personas que están presentes pase lo que pase, se anhela un abrazo y una visita a tus padres, que por el amor se limitan contacto y cercanía, en este momento... el riesgo es grave... asociado al lugar donde trabajas y la labor que se realiza”.

Además, destaca que: “en la parte profesional, se valora aún más la necesidad de atención de la salud mental de todas las personas... de todas las edades... afectadas por los cambios en las rutinas, el encierro, el aislamiento sanitario, el temor propio de la enfermedad, la problemática económica por muchas empresas que tuvieron que cerrar, los emprendedores ya no generaban, y esto produce un desequilibrio”.

Por otra parte, menciona: “somos gestores del cuidado de otras personas, pero ¿dónde queda el cuidado para el personal de salud? Al personal que sostiene el sistema de salud, ¿quién les atiende y escucha? También se vive miedo, cansancio, agotamiento, se ve a personas morir, se doblan o triplican turnos, para satisfacer las demandas de cuidado, ¿pero la gestión de la salud del recurso humano cómo se atiende?”.

“Para lograr esto, se llegaron a implementar varias estrategias: consulta telefónica, capacitaciones virtuales, visitas a los servicios del área COVID-19, se atiende, aunque no se logra cubrir la demanda... se necesita más profesionales de enfermería en salud mental para atender a cada una de las personas que trabajan y brindan atención en cada uno de los establecimientos de salud”.

Para terminar refiere que: “en lo personal queda un sin sabor de no haber podido satisfacer todas las demandas de atención, pero sí con la satisfacción de que se realizó un gran esfuerzo e insto a las jefaturas a generar plazas... la problemática de la salud mental se convertirá en la próxima pandemia, pero sin la cantidad necesaria de profesionales de salud mental que brinden atención, será difícil contener las consecuencias negativas a falta de acceso de los servicios de salud”.

## Persona 5

“Desde un punto de vista muy personal, creo que, al igual que la mayoría de las personas, se vive incertidumbre, temor a lo desconocido, aunque se decía que se transmitía la enfermedad solo por vías respiratorias, siempre había mucha duda... a la forma de contagio, esto causaba mucha inquietud e incertidumbre... inquietaba mucho que no entendieran la seriedad de la situación... el exceso de confianza del costarricense y que, a pesar de la información que todos los días se daba en las noticias, había mucha ignorancia.

Mientras tanto yo estaba manejando mi crisis: en lo personal, lo profesional, como enfermera, madre, esposa y abuela o como el ser humano que soy”.

En cuanto a la adaptación a las medidas de bioseguridad, resalta que: “cuando se empezó a usar el cubrebocas, fue muy complicado acostumbrarse, sin embargo, se convierte en parte cotidiana de la vida profesional, en la casa, con la familia... se pasa de consulta presencial a telefónica... coordinaciones internas para realizar una entrevista e intervención emocional a distancia, bien dirigida, con la adecuada preparación para ayudar a muchas personas”.

Además: “cuando se realiza intervención emocional, por teléfono, una experiencia cuando la persona esta angustiada, dificulta la contención, aunque se logra con técnica con la interacción cognitiva, imágenes guiadas y respiración profunda... como terapeuta se vive ansiedad... mucho miedo de que le pasara algo debido a la distancia”.

Relata que: “fue un proceso muy triste y frustrante, pero aprendí que también por teléfono se puede ayudar, es un recurso con el que se contaba en ese momento. Por supuesto, teniendo claro que la esencia de la presencia nunca va a dejar de ser indispensable”.

Finalmente, desde una perspectiva existencial, se plantea una interrogante: “¿qué me deja este proceso del COVID-19? Los seres queridos son tan importantes, al estar acostumbrados a tenerlos cerca, y que de un momento a otro ya no es igual... las rutinas se alteran de la noche a la mañana... no deben darse por sentado las cosas... vivir más intensamente, disfrutar de lo que se tiene hoy, abrazar más, dar más besos cuando tengamos la oportunidad de hacerlo, no esperar. Tengo la fe de alcanzar más paz, más tranquilidad y que esto cambie y acabe definitivamente”.

## Persona 6

Describe en su relato que: “si retrocediera el tiempo a ese 06 de marzo de 2020, cuando nuestro país confirmó su primer caso de COVID-19, no hubiera podido imaginar todas las vivencias, emociones, pensamientos que he experimentado en la dimensión personal, social, familiar y profesional, ha sido un trayecto de altos y bajos, de momentos felices, satisfactorios, otros de tristeza, preocupación y agotamiento”.

Menciona que: “cada día se volvió usual que se diagnostique a una persona con COVID-19, me acostumbré a esperar a diario, la lista de personas con dicha enfermedad. Esta lista se puede visualizar como un número más de casos, pero significa una persona con una historia de vida, un rostro que conocer cuando la cantidad de casos era baja y era posible visitarlos en su casa, ahora es una llamada telefónica, con una posible crisis emocional, al escuchar de mí y por primera vez, que su prueba de diagnóstico está positiva”.

“Ante este diagnóstico, algunas personas me expresaban que no tenían alimentos suficientes para cumplir un aislamiento, que la estabilidad de sus trabajos está amenazada al informar a su jefe de la situación, que no disponen de un espacio físico en sus casas para aislarse, ya que comparten la cama y un cuarto con sus familiares, o son habitantes de calle sin un lugar donde acudir y muchísimas más historias que requieren una escucha asertiva de sus temores, dudas, inquietudes, enojo y tristeza, así como acciones interinstitucionales para abordar sus necesidades básicas”.

La persona relatora destaca que: “tener formación en enfermería de salud mental, desde la enfermería, me ha permitido fortalecer el autocuidado, espacios de manejo de emociones, facilita la comunicación interpersonal efectiva-asertiva con profesionales de salud de otras instituciones, el uso de herramientas terapéuticas para la intervención en crisis de muchas personas que escucho a diario, humanizada para dar cuidado a los otros desde el rol laboral del sistema de salud”.

### Persona 7

“En cuanto a la experiencia personal, social y profesional, se es actor social en diferentes escenarios de la sociedad, en la relación profesional-persona-familia. Como todos al inicio de algo desconocido; los mitos y tabúes que a lo largo de la historia de la humanidad han sido parte de la desinformación, ignorancia y estigmatización hacia quienes padecen alguna enfermedad... con sentimientos encontrados, inmersos en el paradigma de la socialización, de los cuales enfermería no está exenta, tuve pánico o terror por la enfermedad”.

Expresa que el temor ha estado presente todos los días, sin embargo, su trabajo ha sido constante: “en la consulta se atiende a personas sobrevivientes al COVID-19, las secuelas de ansiedad y depresión son las más comunes. Por tanto, requieren de diferentes estrategias de manejo emocional para superar lo vivido. De ahí la importancia de ofrecer un abordaje individual y grupal el proceso de duelo, crisis reactivas, vitales, sumada al impacto socioeconómico, el aislamiento sanitario, dado que la persona es un ser que crece en todo sentido a través de la socialización”.

Describe que la pandemia ha dejado una alteración en la salud mental: “cicatrices emocionales que vivirán con ellos y ellas sin olvidar a la familia. Por eso es importante el trabajo de los profesionales de enfermería en salud mental para crear estrategias, tomando como base, por ejemplo, Dorotea E. Orem<sup>5</sup>, propiamente la «teoría del déficit de autocuidado». La cual permite el abordaje de los sentimientos, emociones, temores, miedos y el abordaje de las necesidades de forma integral en un lenguaje que las personas puedan comprender e implementar y, a la vez, con este conocimiento empoderarse”.

Finalmente, concluye su relato citando el texto del pensamiento enfermero de Suzanne Kérouac et al<sup>6</sup>, “el paradigma de transformación que tiene como objetivo el cambio de mentalidad, porque se trabaja con: persona-salud-entorno y en la práctica no se pueden separar, ya que, están intrínsecamente interrelacionados y dependen uno del otro. Además, el paradigma tiene como base lograr una apertura en las ciencias de la enfermería hacia un mundo sensibilizado, solidario, humanizado, informado, concientizado y educado”.

### Persona 8

“El día 6 marzo se da la noticia del primer usuario positivo por COVID-19, un día diferente, al inicio de la atención se sentía un aire distinto en el ambiente, algo nuevo que reta a dar lo mejor como ser humano. Se coordina, por parte de la jefatura, la atención al usuario interno y externo, incluso ir a primera línea a dar contención emocional, estar ahí; durante primera intervención se percibía tensión... era un solo día que nos depararía en ese subibaja de emociones, donde la parte humana y el cansancio pueden influir en la forma de lo que vivimos”.

Desde el punto de vista de organización de la oferta de servicios de enfermería en salud mental, menciona que: “se inició con una planeación de cómo se daría esa atención, terapias innovadoras con entrevista motivacional, control del estrés, escucha activa, expresión de sentimientos, ayuda interpersonal orientada a la promoción del autocuidado, mensajes de apoyo, acciones humanizadas y sensibles, respetuosas de los derechos”.

Relata que: “la familia pasó a ser un factor fundamental para los y las compañeras de trabajo, miedo al enfermarse o enfermar a su familia, tener que establecer rutinas de ingreso a su hogar, un abrazo a los seres queridos es difícil negarlo, pero no lo hago para protegerlos, tener que alejarme de esas personas que se aman... lo hago para protegerlos, son algunas de las expresiones de compañeros de trabajo”.

Durante los primeros meses de pandemia, se empiezan a incrementar las medidas de aislamiento sanitario para el personal de enfermería: “por nexos epidemiológicos, de esa manera se inicia la atención vía virtual, dando ese acompañamiento en los momentos de crisis, los compañeros expresan miedo, una emoción que muchas veces sentimos hacia lo desconocido, nos hemos adaptado el día a día a una mascarilla, a no saludar de la misma manera, a valorar más lo que se tiene, la familia, los grupos de trabajo”.

Concluye su relato expresando que: “como personal de salud nos ha tocado ir el día a día implementando nuevas técnicas, en la perspectiva de adaptarnos rápido a un cambio, que hace meditar, crecer y pensar en las personas importantes, lo valioso que son las pequeñas cosas que tenemos y muchas veces no le damos el valor”.

### Persona 9

“Mi experiencia fue única y muy especial, al inicio me pregunté cómo iba ser, cuando tuve la oportunidad de estar ahí... empatía, es la palabra para poder ayudar y entender a las personas usuarias que lo necesitaban. Fueron muchas emociones y sentimientos encontrados, cómo es el ambiente, corresponde seleccionar estrategias de comunicación para fortalecer la relación interpersonal”.

Comentó, además, su experiencia en la atención a personas extranjeras: “tuve la oportunidad de dar acompañamiento a personas de otras nacionalidades y otros idiomas, tratar de buscar soluciones, videollamadas con la familia, superar problemas de comunicación, no hablaban inglés ni español. Se da seguimiento a todos, lamentablemente, uno falleció, pero a los que continuaban siempre se les dio acompañamiento y abordaje integral”.

Menciona que: “como enfermera, es una gran satisfacción haber colaborado con el proceso de comunicación entre las personas y sus familias; se tuvo la oportunidad de expresar sentimientos y necesidades de las personas en ese momento, además, siempre agradecidos por el trato del personal sanitario y el gran sistema de salud que tiene Costa Rica”.

Finaliza su relato expresando que: “es una experiencia única observar la gran labor que cumplen los y las profesionales de enfermería especialistas en salud mental”.

### Persona 10

Describe la experiencia de iniciar un programa de salud mental: “desde cero, se define el cronograma de actividades ajustadas a las necesidades individuales, según los modos de adaptación propuestos por Callista Roy<sup>7</sup>... fisiológico, de autoconcepto, rol-relaciones y modo de la interdependencia. El abordaje pone a prueba la manera en que las personas logran confrontar el proceso de la enfermedad por el COVID-19. El proceso de enfermería según los postulados NIC-NOC<sup>8</sup>, incluida la evaluación de resultados de la atención de enfermería en salud mental y el alcance de los objetivos del programa”.

A su vez, traza una serie de interrogantes a las cuales va dando respuesta desde la vivencia personal: ¿qué me refieren las personas usuarias afectadas por el COVID-19?

Continúa con el relato: “recuerdo a un hombre joven, con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas que, al mirar tantos fallecimientos, expresó: -«estoy en el cuarto de muerte», esa noche le colocaron intubación endotraqueal, por presentar una crisis que complicó el estado físico y mental, se incrementaron los niveles de ansiedad y estrés, que son el punto clave de la intervención prioritaria en el abordaje del usuario con COVID-19”.

Desde la vivencia descrita, se plantea para sí misma una serie de respuestas a sus reflexiones y de lo anterior surge la pregunta: ¿qué papel cumple la enfermera de salud mental?

“Enfermería en salud mental brinda atención terapéutica que incluye el acompañamiento desde la relación interpersonal de ayuda, en “el aquí y el ahora”, en la resolución del conflicto, la búsqueda de soluciones, la expresión de sentimientos y emociones, la reflexión, la escucha activa y empática, permitiendo facilitar un sentido de colaboración y participación en su propio autocuidado.”

Respecto al proceso de enfermería agrega: “se tiene resultados efectivos en el plan de cuidados, con el uso de ejercicios de relajación, técnicas de respiración consciente, la imaginación guiada, la programación neurolingüística, la estimulación sensorial y cognitiva, el dibujo, la pintura y la música, son algunas de las herramientas complementarias utilizadas en el cuidado de la salud”.

Por otra parte, surge la necesidad del abordaje profesional ante temas emergentes como la muerte y el duelo. Al respecto, se interroga: ¿cómo se logra una atención sensible con acompañamiento en procesos de duelo y muerte?



Indica que: “la intervención de manejo de duelo es uno de los abordajes esenciales para transmitir en la familia un mensaje de gratitud, evitar los pensamientos de culpabilidad, ya que la familia se culpa por no estar cerca de la persona amada. También, muchos familiares les escriben cartas cuando se encuentran delicadas, bajo efectos de sedantes y analgesia, estas cartas se leen al pie de la cama de la persona usuaria”.

Para concluir expresa que: “esta pandemia marcó un antes y un después en la resignificación de la labor que cumple enfermería en salud mental, es una oportunidad de desarrollar nuevas habilidades y estrategias en el cuidado de las personas en los sistemas de salud”.

## Persona 11

“Trabajar en el escenario de salud es una constante de vivencias enriquecedoras que permiten el crecimiento profesional y personal, un reto para mantenerse actualizado en muchos temas orientados a la excelencia en la atención en salud”.

“El sistema de salud es una escuela, dada la complejidad de experiencias de la población atendida. Al inicio, la pandemia del COVID-19, las personas afectadas por este flagelo, con la particularidad de ofrecer atención desde ensayo y error, generó temor al enfrentar algo a lo que no sabíamos exactamente cuál sería el desenlace”.

Manifiesta historias que se volvían cotidianas, tal es el caso de “familiares despidiéndose de personas en proceso de agonía, un dolor desgarrador para el personal presente en esas escenas, pero luego venía la serenidad ante el deber cumplido”.

Otra de las historias emotivas relatadas es: “había una persona de manejo conservador a corto plazo, no respondía al llamado, sin embargo, se logró la comunicación mediante una videollamada con su hija y nieto, los cuales lograron externarle una serie de sentimientos, incluso su hija muy efusiva le dijo: «papito aquí estoy de nuevo, te amo y él abrió sus ojos y le dijo: yo también te amo, la impresión dejó mudos a los presentes».”

Concluye que: “definitivamente el pasar por las experiencias de COVID-19, cambió la vida a nivel personal y profesional, afrontar la incertidumbre de lo incierto. Agradezco la mística del equipo de salud y en especial de enfermería que, a pesar de la pérdida de compañeros en la lucha y la falta de empatía de algunas jerarquías, dieron lo mejor”.

## Persona 12

Describe en su relato que: “en la experiencia surge una serie de preguntas que invitan a realizar una introspección, con relación al propio abordaje y significados, frente a la realidad vivida. ¿Estamos listos? Hay nuevos desafíos que obligan a considerar prácticas ancestrales que conectan con «pacha mama» coexistencia armónica frente al aprendizaje matrístico de la solidaridad, la dignidad del otro y la otra, apoyo mutuo y

respeto, amor hacia la vida, base ineludible de una verdadera pedagogía del cuidado en general”.

En este contexto de análisis vivencial, señala a Payán de la Rosa<sup>9</sup> para expresar que: “las prácticas ancestrales de las mujeres pueden constituir verdaderas alternativas frente a los problemas de la sociedad actual”. También menciona a Maturana<sup>10</sup>, “«los ancestros experimentaban un pensar lineal local, por el cual captaban las coherencias del entorno inmediato, sus relaciones causales, pudiendo llevar adelante el pensamiento técnico»”.

Reflexiona, además, acerca de la estigmatización y tabús relacionados con la muerte, “la etiqueta de morir solo por COVID-19, engloba la antítesis donde cito a Maturana<sup>9</sup> y solo queda la invisibilización de los derechos y la dignidad humana. El sentimiento que se apodera de sus corazones es la soledad, la culpa, el aislamiento y el rechazo social. Así como los funcionarios de primera línea, ¿qué pasa con los muertos? Los rituales, las familias y el proceso de duelo”.

En este sentido, parafrasea a Víctor Frankl<sup>11</sup> y dice: “las fuerzas que escapan de tu control pueden quitarte todo lo que posees, excepto una cosa, tu libertad de elegir como vas a responder ante la situación adversa, o sea nos devuelve el poder y la dignidad de encontrar un sentido, un para qué a este sufrimiento y el que tiene un para qué, también encontrará el cómo”.

Con sus reflexiones se acerca a los más íntimos sentimientos de desesperanza, ansiedad y temor vivido, la capacidad de afrontamiento, resiliencia y esperanza, al expresar que: “se vencen resistencias... el cuidado especializado que presta enfermería dando lo mejor, es gratificante que las mismas personas usuarias reconocen la importancia de la enfermera especialista en salud mental, siempre daban testimonios de su sentir, sus experiencias y los significados de su aprendizaje”.

“Otra experiencia vivida con el uso de la tecnología mediante las videollamadas, para el fortalecimiento de vínculos familiares, significó para la familia poder estar ahí conectados en este mundo de la virtualidad, unidos, orando, incluso desde diferentes latitudes, cuando los padres de los usuarios vivían en otros países, algunos tenían más de cinco años de no saber de ellos y con esfuerzo se logró organizar esos encuentros”.

También menciona que: “sucedieron muchos milagros... testimonios para disfrutar al máximo su vida y su familia. Eso me lleva a preguntar: ¿Crees que es importante despedirse con todos los sentidos cuando llegue el momento de la muerte?”.

Concluye su relato con esta frase: “Es importante que hagáis lo que en verdad os importe, solo así podréis bendecir la vida cuando la muerte esté cerca. Elizabeth Kübler Ross<sup>12</sup>”.

## Puntos de llegada

Desde el enfoque metodológico de la sistematización propuesto por Oscar Jara<sup>4</sup>, “es una práctica social transformadora por su intercambio y valoración cualitativa” que busca mirar la experiencia con ojos nuevos a partir de la propia percepción de la realidad, con puntos de encuentro y tensiones. En este contexto, se observa el desarrollo de una comunicación existencial, que tiene una voluntad de sentido, capaz de romper barreras, caracterizada más bien por la empatía, el respeto y la autenticidad, propios del proceso de la relación interpersonal de ayuda, orientado a la reciprocidad positiva terapéutica en el vínculo existencial en medio de la adversidad que se genera, la seguridad, la confianza y la muerte digna.

Cualidades propias de ciencias de la enfermería por su carácter humanista, el compromiso con la otra persona, tratar de comprender lo sucedido y el sufrimiento para favorecer la capacidad de afrontamiento con resiliencia ante las dificultades, un reto permanente de la especialidad en salud mental en esta pandemia.

La relación interpersonal de ayuda es clave en la comunicación que realizan los y las profesionales de enfermería, es un medio facilitador que promueve la superación personal y la resolución de un problema, la consecución de una serie de objetivos específicos que se van alcanzando durante el avance de las etapas.<sup>13</sup> Si se posiciona desde la teoría de las relaciones interpersonales, Peplau<sup>14</sup> describe que es un proceso interpersonal, terapéutico, que consiste en acciones que exigen la participación entre dos o más personas que en ocasiones se benefician de estas interacciones

Además, con respecto a la relación interpersonal de ayuda, supone la creación de relaciones humanas que potencian actitudes facilitadoras de la interacción y conlleva un intercambio humano y personal<sup>15</sup>. Todos estos aspectos se evidencian a lo largo de los relatos, a partir del establecimiento de una relación de ayuda genuina, respetuosa del dolor ajeno, empática, asertiva y aplicando múltiples herramientas de la comunicación terapéutica para realizar un cuidado con calidad y calidez, propio de la disciplina en salud mental.

Por otra parte, surge el tema de la muerte y el duelo, presente en la mayoría de los relatos, que evidencian la parte más cruel de la pandemia y cómo la muerte se apodera de los ámbitos de atención. Tal como lo plantea Larrotta et al<sup>16</sup>, en el caso del duelo ante la muerte de un ser querido a causa del COVID-19,

las personas focalicen su atención y despliegan estrategias de afrontamiento deficientes que no les permita avanzar las fases de un duelo. Esto precisamente es lo que se está viviendo en la actualidad con la pandemia: muertes inesperadas que no permiten realizar los rituales de despedida acostumbrados culturalmente.

Otro de los temas emergentes es el de la espiritualidad, tal como lo menciona Rodríguez<sup>17</sup>: “la espiritualidad se considera la dimensión más esencial del ser humano, la pandemia ha permitido reflexionar sobre la introspección y la espiritualidad, permitiendo afrontar efectivamente el aislamiento y fomentar la resiliencia”.

Al respecto, Saunders<sup>18</sup> indica que las necesidades espirituales son parte del cuidado que deben garantizar los profesionales de enfermería. Por ende, estos deben estar abiertos a utilizar estrategias en comunicación que faciliten el encuentro empático, tener una actitud de escucha activa, para que la persona ponga en marcha sus propios recursos, de tal manera que se vean cubiertas sus necesidades espirituales, aumente su calidad de vida y su capacidad de afrontamiento ante la muerte.

En este contexto sanitario, es fundamental considerar la capacidad de resiliencia para enfrentar una pandemia, sobre todo es necesario el conocimiento, la compasión y el amor por la profesión, en todo el mundo. Los profesionales en enfermería y los equipos de salud de la primera línea de lucha para frenar la propagación de COVID-19 están poniendo en riesgo sus vidas, algo que inspira y recuerda la importancia de invertir, valorar, respetar y confiar en ellos<sup>19</sup>.

Respecto a lo anterior, en España se realizó un estudio para analizar el término de resiliencia<sup>20</sup>; se define como la capacidad de adaptación de las enfermeras junto al resto de profesionales sanitario ha sido modélica a lo largo de la pandemia, teniendo, además, en cuenta las dificultades por las que han pasado, es un hecho que enfermería posee altas competencias, experiencia y sentido común estratégico en la gestión de procesos sanitarios, siendo muy exitosos.

Otro estudio realizado en Australia en el 2020, respecto a la capacidad de resiliencia, refiere que los profesionales de enfermería continúan brindando la mejor atención posible; mientras que, en diferentes entornos, luchan contra la falta de personal y de equipo de protección personal adecuado, además de enfrentarse con niveles nunca vistos de casos de enfermedad crítica y muerte<sup>21</sup>. Realidad que no es ajena a lo evidenciado en el sistema de salud costarricense, tal como se documentó en los diferentes relatos.

Por otro lado, se vive una pandemia con características propias, trascendiendo a nivel individual, familiar y social, que dan lugar a conflictos éticos, donde la bioética cobra su importancia, en la que se deben tener presentes los principios de justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía<sup>22</sup>.

Finalmente, estos elementos bioéticos tienen concordancia con los derechos humanos, que a menudo están implicados en emergencias de salud pública, por ello, garantizar el derecho a la salud es la mejor defensa contra las epidemias mundiales.<sup>23</sup> Es fundamental recordar que las poblaciones vulnerables incluyen a los propios trabajadores de la salud, quienes están en la línea de combate de la epidemia y que su seguridad y protección deben ser una prioridad.

## Conclusiones

1. Se concluye que, en las intervenciones terapéuticas emergentes de enfermería en salud mental, en los momentos de más dolor y sufrimiento, en la relación interpersonal de ayuda profesional-persona, se implementan métodos de acompañamiento emocional orientados al fortalecimiento del vínculo.
2. El estudio es innovador, con un tema de suma actualidad que se fundamentó en el análisis, en los aportes de teoría y modelos propios del saber enfermería; así que el aporte que brinda a la enfermería y en específico a la especialidad de salud mental y psiquiatría es de gran relevancia disciplinar; tiene un impacto social al reconocer la importancia de ponderar las estrategias de manejo del duelo en situaciones extraordinarias como lo ha sido la pandemia.
3. Finalmente, las personas profesionales de enfermería en salud mental y psiquiatría entre sus competencias cuentan con gran capacidad adaptativa para toma de decisiones, resolución de problemas, resiliencia, visión estratégica, destrezas y habilidades para actuar en diferentes escenarios de salud, basado en determinantes de la salud, realidades de la vida de las personas, las comunidades, la protección, bioseguridad, los derechos humanos y la dignidad humana, con miras a potenciar factores protectores ante una situación impredecible y altamente dinámica a nivel global como es esta pandemia COVID-19.

Conflicto de intereses: No se tiene conflicto de interés. Además, se cuenta con la autorización de cada profesional que se registra en este documento como relator de su experiencia.

## Referencias Bibliográficas

1. Martínez-Esquivel D. Desafíos para la enfermería de salud mental después del COVID-19. *Rev cienc cuid.* [internet]. 2020 (consultado 10 mayo 2021);17(3):122-9. Disponible en <https://doi.org/10.22463/17949831.2413>
2. Buitrago, F. Ciurana, R. Fernández, M. & Tizón, J. Repercusiones de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de la población general. Reflexiones y propuestas. 2021. [Citado el 11 enero de 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721001773>
3. Araya M, Pérez M, Quirós O. Caracterización de la población usuaria y de los diagnósticos de la consulta individual de Enfermería en Salud Mental, del Área de Salud San Sebastián-Paso Ancho, Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica.* [internet]. 2020;(consultado 10 mayo 2021);17(2). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/39800/41943>
4. Jara, O. La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles. 1ª. ed. Costa Rica: Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano – CINDE. 2018
5. Orem, D. Normas Practicas en enfermería. 1ª. ed. Madrid, España: Ediciones Pirámide. 1983
6. Kerowac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. 1ª. ed. Barcelona: ELSEVIER MASSON. 1996.
7. Roy, C. The Roy adaptation model. 3a ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health. 2009.
8. NANDA International. Nursing diagnoses. Definitions and classification 2018-2020. 11.a ed. Nueva York: Thieme; 2018.
9. Payan de la Rosa J. Lánzate al vacío, se extenderán tus alas. 1ªed. Bogotá Colombia: Mc Graw Hill. 2000.
10. Maturana H. Transformación en la convivencia. 2aed. Santiago, Chile: Dolmen Ediciones S.A. 1999.

11. Frankl, V. El hombre en busca de sentido. 10a ed. Barcelona: Herder Editorial, S.L. 2004.
12. Kübler Ross E. La muerte un amanecer. 1989. Disponible en: [www.librodot.com](http://www.librodot.com)
13. Vargas O. La relación interpersonal de ayuda, un enfoque desde las experiencias de la enfermería en salud mental. 1ª. ed. San José, Costa Rica: EDiNexo. 2017.
14. Peplau, H. Relaciones interpersonales en enfermería. 1ªed. Barcelona, España: Salvat Editores, S.A. 1990.
15. Allande C, Macías S, Porcel G. La relación enfermera-paciente: identidad histórica, metodológica y terapéutica en los cuidados de enfermería. Revista Cultura de los Cuidados. [Internet]. 2019 (consultado 11 de enero 2022); Edición digital numero 23 (55) Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.08>
16. Larrotta-Castillo R, Méndez-Ferreira A, Mora-Jaimes C, Córdoba-Castañeda M, Duque-Moreno J. Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. Revista de la Universidad Industrial de Santander. [Internet]. 2020 (consultado 11 de enero 2022); vol. 52(2), 179 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v52n2/2145-8464-suis-52-02-179.pdf>
17. Rodríguez M. Espiritualidad y salud mental: reflexiones a raíz de la pandemia por el virus COVID 19. [Internet]. 2021 (consultado 11 de enero 2022); Vol. 18 N.º 2. Disponible en: <https://www.clinica-galatea.com/es/bloc/coronavirus-espiritualidad-salud-mental/>
18. Saunders C. Watch with Me. Inspiration for a life in hospice care. 1ª. ed. Lancaster (UK): Observatory Publications; 2005.
19. Martínez A. Cómo detectar y superar una relación complicada con un paciente difícil. [consejogeneralenfermeria.org](http://consejogeneralenfermeria.org). [Internet]. 2017 [consultado 22 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de-prensa/noticias/item/39474-como-detectar-y-superar-una-relacion-complicada-con-un-paciente>
20. Ramírez RM. Resiliencia enfermera y del sistema sanitario ante la COVID-19. [toledodiario.es](http://toledodiario.es). [Internet]. 2020 [consultado 22 Jun 2021]. Disponible en: <https://toledodiario.es/resiliencia-enfermera-y-del-sistema-sanitario-ante-la-covid-19/>
21. Jackson D, Usher K. COVID-19: Resiliencia y la Fuerza Laboral de los Profesionales de Enfermería, editorial la Revista de la Pontificia Universidad Javeriana. [Internet]. 2020 [consultado 22 Jun 2021]; 22. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/id/article/view/2201id>
22. Gonzales E, Feltrer J. Aspectos éticos en la toma de decisiones de COVID-19 en la atención primaria, Sociedad Española Medina de Familia y Comunitaria (AMF). [Internet]. 2020 [consultado 22 Jun 2021]. Disponible en: [https://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=2683](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2683)
23. ONUSIDA. Los Derechos Humanos en tiempos de COVID-19 Lecciones del VIH para una respuesta efectiva dirigida por la comunidad. [Internet]. 2020 [consultado 22 Jun 2021]. Disponible en: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/human-rights-and-covid-19\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/human-rights-and-covid-19_es.pdf)