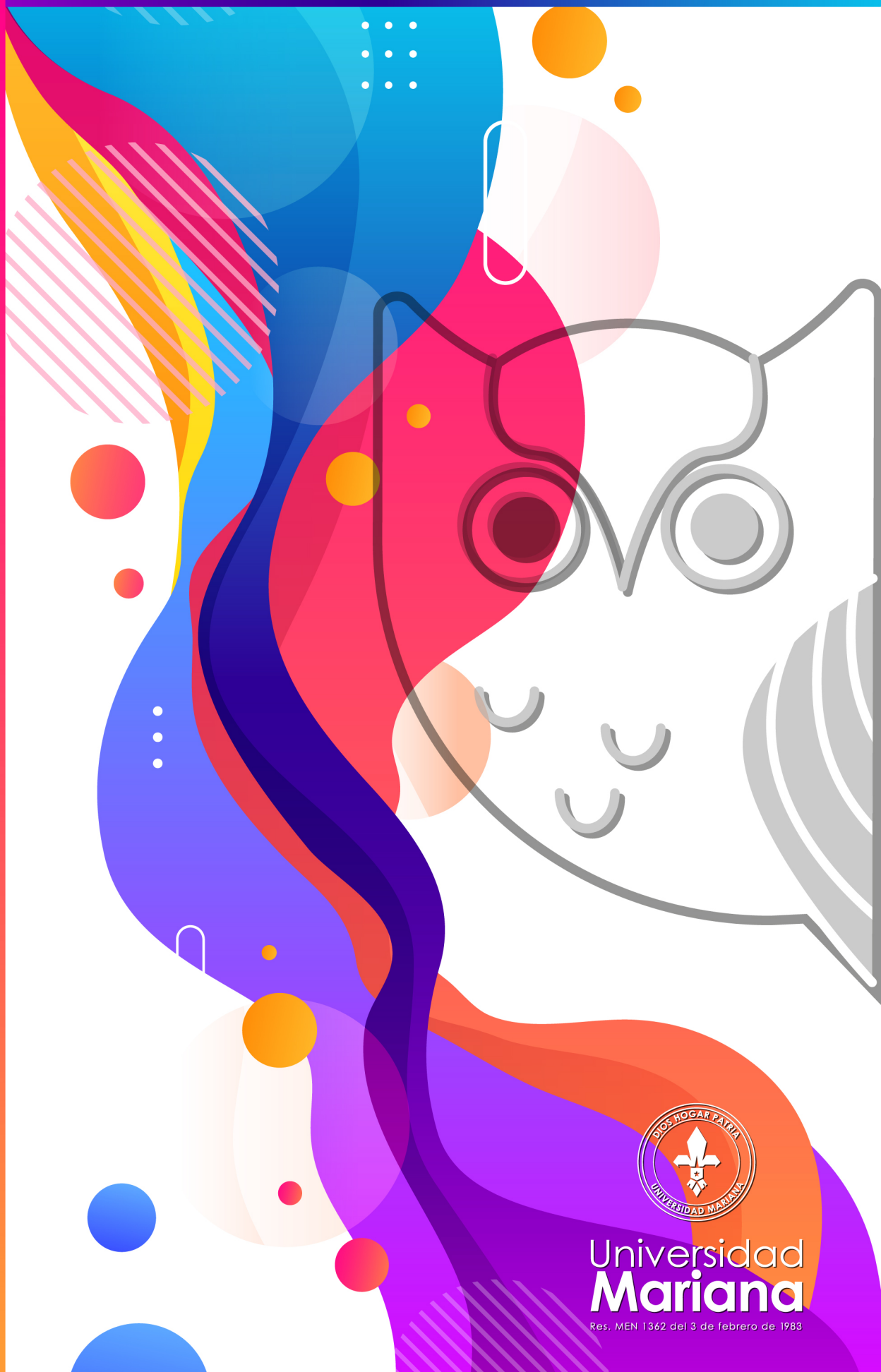
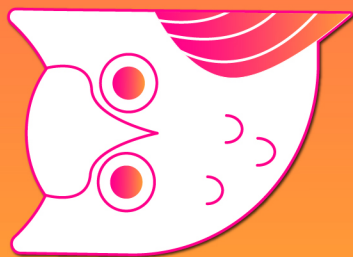


Excelsium *scientia*

Revista internacional de investigación

Vol. 9 No. 1 - ISSN: 2539-0724 / ISSN electrónico: 2619-1679
DOI: <https://doi.org/10.31948/RevExcelsium>
Universidad Mariana



Universidad
Mariana

Res. MEN 1362 del 3 de febrero de 1983

Abreviatura: Excelsium Scientia Rev. Int. Investig.
San Juan de Pasto, Colombia
Vol. 9 No. 1
Enero – junio 2025
ISSN: 2539-0724
e- ISSN: 2619-1679
DOI: <https://doi.org/10.31948/RevExcelsium>
Periodicidad: semestral
Número de páginas: 55
Formato: 22 cm x 28 cm digital

Equipo Editorial

Magíster **Carmen Ofelia Narváez Eraso**

Editora *Excelsium Scientia: Revista Internacional de Investigación*

Profesora, Universidad Mariana

San Juan de Pasto, Nariño, Colombia

Magíster **Luz Elida Vera Hernández**

Coordinadora Editorial, Universidad Mariana

San Juan de Pasto, Nariño, Colombia

Magíster **Ana Cristina Chávez López**

Corrección de estilo

Editorial Universidad Mariana

San Juan de Pasto, Nariño, Colombia

Profesional **María Camila Betancourt**

Diseño de imagen y portada

Editorial Universidad Mariana

San Juan de Pasto, Nariño, Colombia

Técnico **Johan Esteban Botina Portillo**

Diagramación

Editorial Universidad Mariana

San Juan de Pasto, Nariño, Colombia

Depósito Digital

Biblioteca Nacional de Colombia, Grupo Procesos Técnicos, Calle 24, No. 5-60 Bogotá D.C., Colombia

Las opiniones contenidas en los artículos de la *Excelsium Scientia: Revista Internacional de Investigación* no comprometen a la Editorial Unimar ni a la Universidad Mariana, puesto que son responsabilidad única y exclusiva de los autores. Se autoriza la reproducción total o parcial de los artículos aquí consignados, sin fines comerciales, siempre y cuando se cite la fuente.

Los artículos se encuentran en texto completo en las direcciones electrónicas: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/ExcelsiumScientia>

Excelsium Scientia: Revista Internacional de Investigación por Universidad Mariana se distribuye bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.



Contenido

Artículos

Vivencias del personal de enfermería durante la pandemia por COVID-19 5

Dayana Marbel Colimba Cuaical, Carmen Ofelia Narváez Eraso, Karol Tatiana Delgado Rivera, Camila Alejandra Estrada, Ruth Leidy Tobar Pantoja

Cuidados de enfermería a mujer afrodescendiente con cáncer de mama. Medellín 2024 13

Derling Yiceth Carlosama Virama, Vanessa López Zapata, Claudia Amanda Chaves, Norma Viviana Moreno, Yaneth Lorena Chávez, Brayan Mauricio Pasichaná Ramos

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el virus del papiloma humano 24

Norma Viviana Moreno Montenegro, Janeth Lorena Chávez Martínez, Derling Yiceth Carlosama Virama, Brayan Mauricio Pasichaná Ramos

Cuidado basado en la cultura como esencia del cuidado humano 35

Nohora Ortega Cadena, Zuleima Hernández Ararat, Lusangela Álvarez Burbano

Cuidado humano para el nacimiento humanizado 45

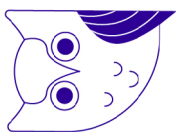
Nohora Ortega Cadena, Yolanda Chamorro Cabrera





Artículos





Vivencias del personal de enfermería durante la pandemia por COVID-19

Dayana Marbel Colimba Cuaical¹

Carmen Ofelia Narváez Eraso²

Karol Tatiana Delgado Rivera³

Camila Alejandra Estrada⁴

Ruth Leidy Tobar Pantoja⁵



Cómo citar este artículo: Colimba DM, Narváez CO, Delgado KT, Estrada CA, Tobar RL. Vivencias del personal de enfermería durante la pandemia por COVID-19. Excelsium Scientia Rev. Int. Investig. [Internet]. 2025; 9(1). 5-12. Disponible en: <https://doi.org/10.31948/esrii.v9i1.4738>

Fecha de recepción: 11 de abril de 2025

Fecha de aprobación: 7 de mayo de 2025

Resumen

En el año 2020 el mundo se enfrentó a una nueva enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2. El personal de salud y el de enfermería mantuvieron contacto directo con pacientes diagnosticados o con sospecha de estar contagiados. Objetivo: comprender las vivencias del personal de enfermería durante la pandemia por Covid-19. Metodología: estudio cualitativo, exploratorio, realizado con enfermeros(as) profesionales y auxiliares de una clínica de referencia durante la pandemia, con quienes se conformó cuatro grupos focales: dos de hombres y dos de mujeres. Resultados: se identificó cinco categorías: 'Sentir rechazo y discriminación', 'Sentirse en peligro', 'Cubrirse vs. Infectarse', 'La eternidad del tiempo' y 'Sentir una luz en medio de la oscuridad'. Conclusiones: se puede evidenciar que, eventos nuevos y desconocidos generan alta incertidumbre en los trabajadores de la salud, incluyendo la pérdida de la sensación de protección y confianza que les proporciona el Sistema de salud y seguridad en el trabajo. A pesar de la incomodidad generada por la magnitud de los elementos de protección personal que debían usar, el reto era: protegerse o contagiarse. Si bien las diferencias anatomofuncionales entre hombres y mujeres influyen en la percepción de los fenómenos, en el evento vivenciaron emociones semejantes: ansiedad, miedo, preocupación, incomodidad generada por los elementos de protección personal, estrés causado por la extensión de los turnos laborales, tristeza que generaban las muertes a diario, rechazo de la sociedad hacia el personal de la salud y, al final, tranquilidad al momento de hacer efectivas las vacunas.

Palabras clave: enfermeras, estudio cualitativo, salud mental, coronavirus, pandemia, emociones, impacto psicosocial, estigma social

¹ Enfermera, Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Nariño, Colombia. Correo electrónico: dayanama.colimba@umariana.edu.co

² Docente de Enfermería, Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Nariño, Colombia. Correo electrónico: cnarvaez@umariana.edu.co

³ Enfermera, Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Nariño, Colombia. Correo electrónico: karolta.rivera@umariana.edu.co

⁴ Enfermera, Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Nariño, Colombia. Correo electrónico: camilaal.estrada@umariana.edu.co

⁵ Enfermera, Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Nariño, Colombia. Correo electrónico: ruthle.tobar@umariana.edu.co

Introducción

El año 2020 marcó un hito en la salud mundial: una nueva enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2 generó una crisis económica, social y de salud. Los primeros casos fueron identificados en China, con un incremento que superó el millón de casos positivos y más de 50.000 muertes durante los primeros semestres del año 2020¹.

La pandemia impuso nuevas condiciones laborales al personal de enfermería, las cuales impactaron en temas personales y laborales². Asimismo, los profesionales de la salud fueron quienes mantuvieron ese contacto directo con pacientes confirmados con COVID-19 o con sospecha de estar contagiado por este nuevo virus y, también, orientaron a los demás ciudadanos a permanecer en casa y cumplir con el distanciamiento social obligatorio, permaneciendo a la vanguardia durante la pandemia, colocando sus vidas y las de sus seres queridos en riesgo.

Estudios en diferentes partes del mundo encontraron que, al inicio de la pandemia el personal de salud manejó situaciones y emociones estresantes por la carga laboral y, aumentó el estado de ansiedad por la escasa información existente sobre la enfermedad y la necesidad de entrenamientos minuciosos y adecuados para su protección personal, la protección de otros pacientes y, sobre todo, de sus familiares. Se ha citado que el personal sanitario pudo experimentar ansiedad intensa, incertidumbre, pérdida de rutinas, estrés, fatiga, miedo, así como daño moral, entre otros, quedando propensos a desencadenar alteraciones mentales como depresión, trastorno de estrés postraumático e, incluso, ideación suicida³.

A nivel local, en el municipio de Pasto, aún no se ha identificado cómo se vivenció el fenómeno en los trabajadores de la salud y, especialmente, en el personal de enfermería; por ello, el objetivo del estudio fue comprender las vivencias del personal de enfermería de una institución de salud que fue asignada como una de las unidades de referencia para pacientes COVID-19 en la ciudad de Pasto.

Metodología

Investigación cualitativa de tipo descriptivo exploratorio, con enfoque hermenéutico, que centra la atención en comprender los significados que los sujetos infieren en las acciones y conductas sociales, basándose en la realidad fundada en los conocimientos, actitudes o valores que

poseen los individuos.⁴ Un método que se encarga de interpretar, clarificar y entender el fondo histórico, social y cultural de un fenómeno o comportamiento, entrando en contacto con la teoría de la comunicación lingüística⁵.

Población: personal de enfermería (auxiliares y profesionales), para un total de 100 personas.

Muestra: la unidad de análisis estuvo conformada por el personal que cumplió con los criterios de inclusión: Personal de enfermería que estuvo laborando durante el tiempo de pandemia (marzo 2020, a diciembre de 2021) y aceptación voluntaria de participar en el estudio. Como criterio de calidad, se tuvo en cuenta el criterio de 'saturación de la información' en grupos focales^{6,7,8,9}. Finalmente, la saturación de información se logró con cuatro grupos focales conformados por ocho integrantes cada uno.

Técnicas e instrumentos:

Grupos focales: dos grupos de auxiliares de enfermería, conformados por hombres y mujeres y dos grupos de enfermeros profesionales de género femenino y género masculino, con máximo de seis y siete participantes cada uno.

Observación y guía de observación: un estudiante se ubicó fuera del grupo focal y llevó registro en el diario de campo del lenguaje verbal y no verbal más relevante de las intervenciones de cada participante. Se tomó registro fotográfico, consensos, previo consentimiento de los participantes.

Entrevista y guía de entrevista: se eligió una entre el grupo de capacidad comunicativa y aceptación en el grupo. Estas entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente.

Se diseñó un cuestionario con cinco preguntas abiertas y a profundidad, el cual fue validado mediante método de Fering y, ejecutado por dos expertos en investigación cualitativa. La validación del instrumento obtuvo un promedio general de 9.6 al cual se le realizaron los ajustes pertinentes y sugerencias de los evaluadores.

Carteles de consenso¹⁰

En los cuales fueron registrados los acuerdos generales. Para cambiar de tema, era necesario primero cerrar el tema anterior a través del consenso.

Consulta de fuentes secundarias

En artículos sobre la temática de estudio.

Marco de análisis. Se aplicó la técnica de Análisis de contenido, explicada en el libro ‘Cuando el corazón de la mujer falla’¹¹, en el cual se citan los conceptos de Rincón y de expertos en Metodología de Análisis de Contenido como: Bardin, Navarro, Krippendorff, De Souza Minayo y F. Vásquez. Las fases desarrolladas fueron: 1). Identificación del material empírico. 2). Lectura Superficial. 3). Definición de Unidades de Registro (UR). 4). Análisis en contexto. 5). Categorización. 6). Tejer relaciones¹¹.

Criterios de rigor manejados en la investigación:

- **Credibilidad y consistencia:** para asegurar estos criterios, los hallazgos fueron reconocidos como ‘reales’ o ‘verdaderos’ por las personas que participaron en el estudio, mediante los consensos realizados al final de cada grupo focal. Posteriormente se realizó, además, la triangulación por fuentes.
- **Transferibilidad:** recogida exhaustiva de datos en los cuatro grupos focales. El procedimiento se describe claramente en el informe final de la investigación.
- **Confirmabilidad:** se realizó una transcripción textual de las entrevistas.

Resultados

Tabla 1. Caracterización de los participantes en el estudio

Características sociodemográficas			
Edad	20-30 años	31-40 años	41-50 años
	12	12	2
Género	Femenino	Masculino	Otro
	21	5	
Estado civil	Soltero	Casado	Unión libre
	17	2	7
Número de hijos	0-1	2-3	4-5
	18	7	1
Tiempo laborado en la institución	0-1 años	2-3 años	4-5 años
	0	13	13
Turnos que maneja en la institución	Mañana-tarde	Tarde- noche	rotativos
	0	2	24

La Tabla 1 muestra la información de los participantes que hicieron parte de la investigación, la cual cuenta con datos importantes como: la edad de los participantes, que se encuentra en un promedio de 20 a 30 años (doce personas); de 31 a 41 años (doce personas) y, de 41 a 50 años (dos personas). El género que más predominó fue el femenino, con un total de 21 mujeres; y el masculino, con un total de cinco hombres. Respecto al estado civil, 17 participantes se encuentran solteros, dos personas están casadas y siete en unión libre. El número de hijos se promedia así: de 0 a 1, 18 personas; de 2 a 3, siete personas; y de 4 a 5, una persona. En cuanto al tiempo laborado en la institución, se encontró la siguiente información: de dos a tres años, 13 personas y, de cuatro a cinco años, 13 personas, lo cual indica sus experiencias a nivel emocional durante la pandemia COVID-19. Además, se tuvo en cuenta los turnos que manejaron durante la pandemia: tarde – noche, dos personas; y turnos rotativos, 24 personas.

Categorías emergentes:

‘Sentir rechazo y discriminación’. Surge de los testimonios y experiencias que compartían los informantes. En esta importante categoría, la primera unidad de registro fue: ‘Rechazo’, que hace referencia a las acciones de exclusión que vivió el personal de enfermería; la segunda unidad de registro fue ‘Discriminación’, que hace referencia al trato desigual hacia el personal por motivos de la condición.

“Uno no podía salir a la calle con uniforme, porque el rechazo ya era evidente; ya ni el saludo; entonces, esa parte sí fue bien difícil: la discriminación” (IAEM 1 G1).

“El rechazo que había y tantas cosas que salían en comunicados, que a compañeros los maltrataban y como que lo miraban como bicho raro; o sea, sentir eso fue muy discriminante” (IAEM 2 G2).

“Pues había personas que aplaudían nuestra valiente labor, pero más eran las personas que nos rechazaban” (IAEM 7 G2).

“La gente pensaba que nosotros éramos una amenaza para ellos, ya que nos miraban con el uniforme de enfermería y, además, como teníamos ese contacto directo con los pacientes de COVID, decían que nosotros portábamos el virus” (IAEM 8 G1).

‘Sentirse estar en peligro’. Esta categoría se refiere a la respuesta dada por el enfermero frente a la percepción del fenómeno al cual se enfrenta; sus comentarios reflejan el miedo como afectación emocional en respuesta a los contagios por el virus, que sería el escenario del sentir estar en peligro. El análisis de esta categoría emergente se extrajo de la similitud de los testimonios que compartían las unidades de registro, relativos a las experiencias de los informantes; la primera unidad de registro fue ‘Miedo’, donde los participantes hacían referencia al temor que tenían por contagiarse y, contagiar a sus seres queridos. La segunda unidad de registro fue ‘Incertidumbre’, donde los participantes referían que tenían que alejarse o separarse por un tiempo, para poder estar más tranquilos.

“El miedo y la incertidumbre de ser contagiados o contagiar a nuestra familia siempre fue muy difícil de conllevar” (IAEM1G1).

“Ese sentimiento con mis padres; también fue muy difícil separarme de ellos, porque tuve que alejarme de mi

casa, porque tenía el miedo de contagiarlos; esa tristeza que yo tenía me afectó personalmente” (IAEM1G1).

“Tengo un niño al cual lo tenía que dejar por mucho tiempo solo con mis papás y mis abuelos, y con el miedo permanente de que yo los pudiera contagiar. Fue una cuestión muy, muy difícil, hasta pensar en irme a vivir yo sola para poder evitar que mi familia se contagie” (IAEM2G1).

“Porque le temía a ese virus que, en ese momento, no tenía cura; entonces, el miedo era mucho; tenía miedo de que se contagie mi familia, porque en mi casa había personas de la tercera edad, que eran mis abuelitos” (IAEM3G1).

“A nivel personal, con mucho miedo y pánico de contagiarme y contagiar a mi familia; también tuve una experiencia muy desagradable a nivel familiar en cuanto a la muerte de mi tía” (IAEM5G1).

‘Cubrirse vs. infectarse’. Esta categoría se denominó así, por la situación que se vivió durante la pandemia a raíz de múltiples contagios, donde la única solución que los enfermeros miraban para evitar un contagio era cubriendo todo su cuerpo con los elementos de protección personal que se manejó en su momento, sin importar la emoción de incomodidad que esto representaba.

El análisis de esta categoría emergente se extrajo de la similitud de los testimonios que compartían las unidades de registro relativos a las experiencias de los informantes; la primera de ellas fue ‘Contagio’, donde los participantes hacían referencia a la transmisión del virus COVID-19 que tenía muchas formas de contagio: por vía respiratoria, por gotas que expulsaba la persona contagiada, por contacto directo o secreciones, ante lo cual debían tener mucha precaución para evitar la propagación. La segunda unidad de registro fue ‘Infectar’: los participantes hacían referencia a los múltiples casos que se presentaban por el virus, que día a día iban incrementando de forma excesiva. La tercera unidad de registro fue ‘Virus’, que se refería al agente infeccioso causante de la pandemia que atacaba sin distinción. La cuarta unidad de registro fue ‘Protección’: los participantes hacían alusión a los diferentes tipos de protección personal que en su momento fueron muy importantes y necesarios, como las monogafas, visos, overoles, entre otros, con los cuales pudieron evitar el contagio. La quinta unidad de registro fue ‘Personal’: todo el personal de salud, en especial los enfermeros, fueron las personas más involucradas en las actividades para mejorar el estado de los pacientes.

La sexta unidad de registro fue ‘Incómodos’, unidad que se relaciona con la utilización y adaptación de los implementos de protección personal, dado que referían muchos sofocos; la movilización dentro de los overoles fue complicada e incómoda dentro de los escenarios laborales. La declaración del Centenario de la OIT, adoptada en junio de 2019, expuso que las condiciones de trabajo seguras y saludables son fundamentales para el trabajo decente, siendo esto muy importante en la actualidad, cuando garantizar la seguridad y la salud en el trabajo es imprescindible¹².

“El momento más difícil fue portar los implementos de protección personal, que eran muy incómodos, pero nos protegían de un contagio y podíamos estar seguros; fue muy difícil porque no estábamos acostumbrados” (IAEM 1 G1).

“Me costó adaptarme a los elementos de protección personal, pero logré acostumbrarme y gracias a Dios no me contagie” (IAEM 3 G2).

“Atender a los pacientes con todo el equipo de protección personal, como fue el overol, los guantes, las gafas, monogafas, fue difícil; no se podía respirar ni ver bien; el calor tan excesivo que a veces daba, no poder tomar ni tan siquiera un vaso de agua; tocó soportar todo esto para garantizar mi seguridad” (IAEM 5 G2).

“Era difícil trabajar con los implementos de protección todo el día; a veces tocaba pasar derecho la larga jornada, sudando por esos trajes que eran tan grandes e incómodos, igual que los tapabocas n95, que uno ya se ahogaba, pero tocaba mantenerlos para no contagiarme” (IAEH 4 G3).

‘Cuando el tiempo se vuelve eterno’. Esta categoría se denomina así, por la situación que el personal de salud vivió durante la pandemia, enfrentando largas jornadas laborales, desencadenando un aumento de alteraciones tanto emocionales como físicas, causando estrés y cambios en su vida diaria para continuar desarrollando su labor como profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería.

Esta categoría emergente se extrajo de la similitud de los testimonios que compartían las unidades de registro relativos a las experiencias de los informantes. La primera unidad de registro fue ‘Trabajo’: los participantes hacían referencia a los múltiples cuidados que brindaron a los pacientes contagiados por COVID-19, con horas laborales extensas, junto al temor de contagiarse por

permanecer tanto tiempo en la clínica. La tercera unidad de registro fue ‘Contagio’: hace referencia al agente infeccioso responsable de tantos contagios y muertes. La cuarta unidad de registro fue ‘Pesado’: los participantes hacen alusión a los turnos tan tediosos que tuvieron que manejar, dado que había muchas complicaciones, no solo del paciente, sino también con los familiares, que exigían ver a sus familiares. La quinta unidad de registro fue ‘Turnos’, que se refiere a las doce horas laborales que tenían que cumplir. La sexta unidad de registro fue ‘Catastrófico’: las distintas situaciones negativas que vivieron mientras manejaban los turnos. La séptima unidad de registro fue ‘Eternos’, relacionada con el tiempo que duraba un turno. Al parecer, el personal de salud lo percibía de una forma muy lenta, como si ese turno jamás tuviera un fin. La octava unidad de registro fue ‘Cansancio’: hace referencia al agotamiento que vivieron los enfermeros a raíz de los factores estresantes que desencadenaron consecuencias físicas y mentales.

“En lo laboral, fue super pesadísimo, porque había hartísimo trabajo, pero hartísimo trabajo; teníamos que andar con varios elementos de protección; andábamos con bastante calor; a veces teníamos que ir a almorzar rapidito, porque el turno era de doce horas; no nos dejaban salir; entonces, los turnos eran bien pesados” (IAEM 1).

“Doce horas sin comer, pasar derecho, estar sudados con tanta cosa; era como complicado poder trabajar bien” (IAEM 2).

“Fue catastrófico; fue muy feo, en todos los sentidos; los turnos eran largos y cuando uno llegaba a trabajar, eso se hacía eterno; yo rogaba a Dios para que el turno terminara rápido” (IAEM 1).

“Muy feo; uno terminaba cansado. Imagínese que [con esos] turnos tan largos, uno solo pensaba en llegar a la casa, bañarse y dormir, volverse a levantar e ir a trabajar nuevamente” (IAEM 4).

‘Una luz en medio de la oscuridad’. Categoría denominada de esta manera, por la situación que se vivió durante la pandemia, por el implemento de distintos elementos de protección personal con los cuales el personal de enfermería tenía que realizar sus actividades, generando confianza y tranquilidad al portarlos, disminuyendo el riesgo de contagio en un alto porcentaje. Cuando se logró el acceso a las vacunas y a todos los elementos de protección personal, hubo emociones positivas como tranquilidad, confianza, calma y paz.

“Iba volviendo poco a poco a la normalidad; entonces, eso ya no daba a tener esos pensamientos tan negativos; entonces, de una manera u otra, la salud mental se iba estabilizando” (IAEM2G2).

“Después yo ya no utilizaba tanta vaina; era una bata y hasta el tapabocas convencional, normal; uno ya le perdía el miedo” (IAEH2G3).

“Ya se quitó el miedo, porque ya salieron las vacunas y las cifras iban disminuyendo; entonces, ya no se afectaba tanto la salud mental; ya uno iba a trabajar más tranquilo, aunque al principio se dudaba de las vacunas, por lo rápido que salieron, pero eso fue lo único que salvó” (IAEM1G2).

“¡En la última fue ya como frialdad; ya estábamos inmunes; hasta los equipos personales que utilizamos no los usábamos como al inicio; ya lo hacíamos con más tranquilidad y ya!” (IAEM5G1).

Discusión

El estudio permitió conocer cinco categorías emergentes respecto a las vivencias del personal, similares a las encontradas en diversos estudios afines con el tema. La categoría ‘Sentir rechazo y discriminación’ describe el desprecio y la discriminación hacia el personal de salud, evidente durante la pandemia por parte de la gente, porque se pensaba que ellos transmitían el virus, como también sostienen Pasay-an et al., estudio que se enfoca en el rechazo social que experimentaron los enfermeros y que se prolongó durante toda la pandemia¹³, generando impacto en la salud mental y emocional de los trabajadores.

Por su parte, en la categoría ‘Sentir estar en peligro’ se evidencian el miedo y la incertidumbre de contagiarse, que fue realmente difícil de manejar, además del riesgo de poner en peligro a las familias, porque en ese momento no se sabía con certeza si los implementos de seguridad los protegían en un 100 %, dado que existía el contacto directo con los pacientes de COVID-19; incluso, no sentían la protección ni la confianza de estar afiliados a un sistema de seguridad en el trabajo. En este sentido, se encontró similitud con la categoría ‘Miedo a lo desconocido’¹³, generando un desconcierto que sobrevino al comienzo de la pandemia e incrementó el impacto negativo en la salud mental. Los resultados en otros estudios señalan que el impacto en la salud mental es desigual según el género; en el estudio, fueron semejantes por el impacto del evento nuevo. No obstante,

es necesario tener en cuenta estas diferencias encontradas en otros estudios y su impacto individual y social entre los diversos grupos poblacionales, en la organización de políticas para afrontar pandemias como el COVID-19¹³.

La adaptación a todos los cambios permitió formar la categoría ‘Cubrirse o infectarse’, donde se demostró la necesidad de cambiar la sensación de incomodidad y aferrarse a esta conducta salvadora. ‘Miedo al contagio y sufrimiento ante la muerte’ fue frecuente al inicio de la pandemia; lo desconocido forjó desconcierto e incertidumbre que luego se transformó en ‘Alegría por alta de pacientes y satisfacción por reconocimiento profesional’ durante la pandemia, similar al presente estudio, donde la alegría también emergió por el inicio de la vacunación.

La pandemia de COVID-19 trajo sufrimiento para el personal de salud y de enfermería por la falta de información, los protocolos que no satisfacían la necesidad que se estaba viviendo, las demandas tan altas de enfermos y de fallecidos y, la modificación para el horario de trabajo. El desconocimiento del tema puso en evidencia la existencia de un sistema de salud lábil, que repercutió fuertemente en la salud mental de sus trabajadores¹⁴. Igual que en otros estudios, estas emociones negativas relacionadas con el cuidado del paciente y la interacción con la sociedad, en las instituciones de referencia para COVID-19 en pandemia, no fueron resueltas¹⁵.

Conclusiones

Todo el conjunto de experiencias vividas por el personal de enfermería debe ser el insumo que contribuya a generar iniciativas encaminadas a promover y proteger su salud y sus condiciones de trabajo y así, garantizar la calidad del cuidado que se brinda a los pacientes.

Es posible que las condiciones individuales como el trabajo colaborativo, la solidaridad, el liderazgo, la paciencia, actúen como atenuantes de las emociones que surgen al momento de enfrentarse a problemas de salud desconocidos, como lo demostraron los equipos de enfermería que, junto a los demás profesionales de la salud, lograron salir avante de la pesadilla vivida.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

El estudio fue aprobado mediante acta del Comité de investigaciones del programa de enfermería CIPRO. Se aplicó un consentimiento informado que contempla el respeto por los principios bioéticos en la investigación y el respeto por la dignidad humana. Según la Resolución 8430 de 1993, la investigación se clasificó como investigación sin riesgo.

Fuentes de financiación

Recursos propios.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Enfermedad por el coronavirus COVID-19. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
2. Loyola da Silva TC, de Medeiros Pinheiro ÁK, Brito do O'Silva C, de Mesquita XS, Bezerra de Macedo E. El impacto de la pandemia en el rol de la enfermería: una revisión narrativa de la literatura. *Enferm. glob.* [Internet]. 2021 [citado 2025 Abr 11]; 20(63): 502-543. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000300016&lng=es. Epub 02-Ago-2021. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.454061>.
3. Torres de Galvis, Y., Sierra Hincapié, G., Salas Zapata, C., y Bareño Silva, J. La salud mental del personal de atención en salud en el contexto de la pandemia por COVID-19. Universidad CES. 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3bdecQR>
4. Barrero, C., Bohórquez, L y Mejía, M. (2011). La hermenéutica en el desarrollo de la investigación educativa en el siglo XXI. *Itinerario educativo*, 57. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6280160>
5. Fuster Guillen, DE. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229. <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
6. Glaser, B., Strauss, A. *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research* (1st ed.). Routledge. 1999. <https://doi.org/10.4324/9780203793206>
7. Morse J. Los datos estaban saturados. *Investigación Cualitativa en Salud* 2015. 25, 587-588. <https://doi.org/10.1177/1049732315576699>
8. Coenen, M., Coenen, T., Stamm, A., Stucki, G., Cieza, A. Entrevistas individuales y grupos focales con pacientes con artritis reumatoide: Comparación de dos métodos cualitativos. *Quality of Life Research*, 2012 (21):359-370. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9943-2>
9. Hennink MM., Kaiser BN, Weber MB. What influences saturation? Estimating sample sizes in focus group research. *Qual Health Res*. 2019 Aug; 29(10):1483-1496. <https://doi.org/10.1177/1049732318821692>.
10. Garzón-Duque, MO., Morales-Erazo A, Narváez-Eraso CO., Jurado-Fajardo DM., Carlosama-Rosero YH., Benavides-Melo CJ. et al. Percepciones de un grupo de epidemiólogos en formación acerca de su propia vejez. *Rev. salud pública* [Internet]. 2017 19(6): 780-786. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642017000600780&lng=en. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n6.60382>
11. Narváez CO, Benavides FP, Rosales R. Cuando el corazón de la mujer falla. 1ª edición. San Juan de Pasto: Editorial UNIMAR; 2012.
12. Canessa Montejó MF. La Declaración del centenario de la OIT para el futuro del trabajo. Una lectura descriptiva. *Revista LABOREM* 2019; 21. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.spdtss.org.pe/wp-content/uploads/2021/09/Laborem21-59-76.pdf>
13. Pasay-an E, Alshammari F., Mostoles Jr R, Vincent G, Cajigal J, Buta J. Estudio cualitativo sobre las experiencias de las enfermeras en cuanto a estigma social en el contexto de la COVID-19. *Enfermería Clínica*. 2022; 32(2): 1130-8621. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.05.004>. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862121001017>

14. Souza N, Carvalho EC, Soares SS, Varella TC, Pereira SR, Andrade KB. Nursing work in the COVID-19 pandemic and repercussions for workers' mental health. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021; 42(spe): e20200225. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200225>
15. Tena-Gonzalez G, Reveles-Manriquez IJ, de Luna-López MC, Trejo Franco J. Profesional de enfermería, experiencias y emociones frente a la pandemia de COVID-19. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2022; 30(2): 30-36.

Contribución

Dayana Marbel Colimba Cuaical: Investigadora principal, escritura de resumen e introducción.

Carmen Ofelia Narváez Eraso. Asesora. Escritura de metodología.

Karol Tatiana Delgado Rivera: Investigadora principal. Escritura de Resultados.

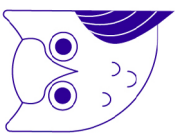
Camila Alejandra Estrada: Investigadora principal. Escritura de discusión.

Ruth Leidy Tobar Pantoja: Investigadora principal. Escritura de conclusiones y bibliografía.

Todas las autoras participaron en la elaboración del manuscrito, lo leyeron y aprobaron.

Declaración uso inteligencia artificial

En la elaboración de este artículo, las autoras no utilizamos ninguna herramienta o servicio de inteligencia artificial.



Cuidados de enfermería a mujer afrodescendiente con cáncer de mama. Medellín 2024

Derling Yiceth Carlosama Virama¹

Vanessa López Zapata²

Claudia Amanda Chaves³

Norma Viviana Moreno⁴

Yaneth Lorena Chávez⁵

Brayan Mauricio Pasichaná Ramos⁶



Cómo citar este artículo: Carlosama DY, López V, Chaves A, Moreno NV, Chávez YL, Pasichaná BM. Cuidados de enfermería a mujer afrodescendiente con cáncer de mama. Medellín 2024. Excelsium Scientia Rev. Inter. Invest. [Internet]. 2025; 9(1). 13-23. Disponible en: <https://doi.org/10.31948/esrii.v9i1.4742>

Fecha de recepción: 29 de abril de 2025

Fecha de aprobación: 19 de mayo de 2025

Resumen

Es poco frecuente encontrarse con la aparición de un carcinoma ductal infiltrante en mujeres menores de 40 años, perteneciente a la etnia afrodescendiente. Se trata de una paciente de 35 años que manifestó su preocupación al sentir una ‘masa’ en uno de sus senos, por lo cual consultó a su médico, quien envió una ecografía, convirtiéndose este en el punto de partida para lo que sería su diagnóstico y tratamiento frente al carcinoma ductal infiltrante de tipo no especial, grado 3.

Debido a los tratamientos propuestos, la paciente aceptó realizar cuadrantectomía de su mama afectada con posterior adyuvancia con quimioterapia y radioterapia.

El enfoque de enfermería oncológica está relacionado con la identificación de la adaptación que puede tener una mujer relativamente joven y afrodescendiente, considerando todos los aspectos biopsicosociales de la paciente.

Palabras clave: mama, neoplasias mamarias, carcinoma ductal infiltrante, atención de enfermería. (DeCs Bireme)

Artículo reporte de caso. Pasto, 2024. Nariño, Colombia. Estudios de caso: Cuidados de enfermería a una mujer afrodescendiente de 35 años con cáncer de mama. Medellín 2024.

¹ Magíster en Epidemiología. Profesora de Posgrados en Salud, Universidad Mariana. Correo: deyicarlosama223@umariana.edu.co

² Especialista en Enfermería Oncológica. Enfermera, Clínica Neurocardiovascular de Medellín - Angiosur. Correo: valopezza223@umariana.edu.co

³ Magíster en Enfermería. Directora de Posgrados en Salud, Universidad Mariana. Correo: posgrados.salud@umariana.edu.co

⁴ Magíster en Administración en Salud. Profesora de posgrados en Salud, Universidad Mariana. Correo: novimo-123@hotmail.com / nomoreno@umariana.edu.co

⁵ Magíster en Salud Pública. Asistente académica de posgrados en Salud y profesora investigadora, Universidad Mariana. Correo: janethl.chavez212@umariana.edu.co

⁶ Magíster en Administración en Salud y Epidemiología. Profesor de posgrados en Salud, Universidad Mariana. Correo: brapasichana224@umariana.edu.co

Introducción

En 2022, en todo el mundo fueron diagnosticados 2,3 millones de casos de cáncer de mama en mujeres, registrando un total de 670.000 defunciones por esta causa. El cáncer de mama afecta a mujeres de cualquier edad a partir de la pubertad, en todos los países del mundo, pero las tasas son mayores entre las mujeres adultas¹. Es la neoplasia más frecuente de la mujer y la primera causa de muerte por cáncer en este mismo género².

La morbimortalidad de los casos de cáncer de mama evidencia un incremento sostenido de la prevalencia. En comparación con el año 2021, los datos presentados por GLOBOCAN revelan que en 2022 se presentó un aumento del 18 % en la incidencia, mientras que la mortalidad general fue del 10 %³.

Es trascendental aludir que el tratamiento para cáncer de mama es complejo, dado que las guías establecen la ruta que debe seguir una persona diagnosticada con este tipo de neoplasia, situación que crea muchas interrogantes no solo por el diagnóstico, sino también, por el manejo terapéutico, las opciones que se puede tomar en cuanto a la necesidad de quimioterapia, radioterapia (en todas sus opciones: adyuvancia, neoadyuvancia, concomitancia) o, un procedimiento quirúrgico que puede llegar hasta la resección completa de la mama. El cuidado de enfermería oncológica, desde la percepción de integralidad y el percibir al paciente como un ser holístico, es fundamental para lograr el ingreso al tratamiento, su permanencia a la adherencia de protocolos y el procedimiento, hasta llegar a la culminación del proceso de recobrar su salud.

Si bien el diagnóstico de esta patología en mujeres jóvenes es poco común, existen datos donde se estima que 14.000 mujeres menores de 40 años son diagnosticadas con cáncer de mama anualmente y, casi 3000 de ellas mueren cada año debido a su enfermedad. La supervivencia a cinco años en este grupo de edad es muy baja, llevando a centrar la atención en este fenómeno, que afecta a la mujer no solo desde el ámbito clínico por los resultados complejos en cuanto a la biología de la enfermedad, sino desde su parte psicosocial, relacionados con diversos factores que intervienen en dicho diagnóstico⁴.

En este trabajo se describe el curso clínico de una paciente femenina afrodescendiente de 35 años procedente de la ciudad de Medellín, profesional, que se encontraba desempeñando actividades laborales al momento de

su diagnóstico, con una vida construida en torno a su núcleo familiar principal (esposo e hijo) y que, al ser diagnosticada con una patología oncológica a su edad, desencadena una serie de sucesos que afectan de múltiples maneras su ritmo de vida en todos los ámbitos.

El sexo y la edad son factores de riesgo predominantes en la aparición del cáncer de mama y, a pesar de estar asociado a edades adultas, alrededor del 7 % de todos los cánceres de mama diagnosticados se presenta en mujeres menores de 40 años y el 4 % en mujeres menores de 35 años⁵.

Actualmente, se considera que el cáncer de mama en edad joven es aquel que aparece cuando las mujeres tienen menos de 40 años y, aunque no se conoce las razones de las diferencias biológicas, en esta edad el cáncer de mama suele ser más agresivo, de mayor grado histológico y, con mayor probabilidad de expresión del HER2 y del Ki67^{4, 6}; además, pacientes con receptores de estrógeno positivos tienen resultados en la plataforma genómica ONCOTYPE⁶.

Por todo lo anterior, se ha aumentado la vigilancia y control a este tipo de cáncer, que es uno de los priorizados a nivel nacional e internacional, promoviendo campañas de tamización con el único fin de garantizar un diagnóstico temprano, enfatizando en que la aparición de signos y síntomas clínicos incluyendo los evidenciados en el autoexamen de mama, son las principales formas de diagnóstico en edades tempranas, siendo el personal de enfermería oncológica sobre quien recae la mayor responsabilidad de velar por la prevención, tamización, diagnóstico y cuidados del tratamiento, dado que están altamente capacitados para brindar información y poder atender las diferentes necesidades de las personas de acuerdo con las condiciones de salud en las que se encuentren, identificando el apoyo que necesiten según su cuadro clínico y, de esta manera, contribuir a una evolución favorable dentro de su proceso⁷.

Se realizó una revisión de artículos científicos a nivel nacional e internacional y, se identificó a la teórica de enfermería Callista Roy, como apoyo desde la visión del ámbito enfermero con su teoría de modelos adaptativos humanos y así, evaluar el estado de salud de la paciente para, posteriormente, realizar las intervenciones de enfermería que más se ajusten a lo evidenciado durante las valoraciones.

Metodología

Se llevó a cabo una investigación de enfoque cualitativo, estudio descriptivo, observacional, tipo reporte de caso, que describe las características clínicas, imagenológicas, histo-patológicas, de tratamiento y seguimiento, tomado de la historia clínica e interrogatorio realizado a la paciente a través del instrumento denominado: Guía de estudio de caso abalado por el comité de ética de la Universidad Mariana. Posterior a ello se realizó una búsqueda de la literatura sobre caso de similares características. Por tratarse de un reporte de caso, la población es una mujer joven afrodescendiente con diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante en la ciudad de Medellín durante el periodo 2023-2024. De este modo, el enfoque de la investigación es cualitativo, teniendo en cuenta que, de acuerdo con Hernández et al. (2014)⁸, el enfoque permite la observación de conductas respecto a una problemática detectada en un contexto determinado, para llevar a cabo una exploración y dar paso a la descripción del fenómeno, de lo particular a lo general.

Resultados

Paciente femenina de 35 años quien, en el mes de julio de 2023, al realizarse un autoexamen de mama, detecta una masa en la mama derecha. La masa se siente bien definida, endurecida y no dolorosa. Posteriormente, consulta con medicina general, donde se le indica la realización de una ecografía mamaria. Los resultados de la ecografía muestran una imagen nodular de aspecto sólido, con márgenes no circunscritos y vascularización periférica y central, con dimensiones de 12.3 x 7.2 x 10.1 mm. No se observaron otras imágenes focales sólidas o líquidas en el parénquima con este método. Debido a estos hallazgos, se recomienda realizar estudios adicionales para completar el diagnóstico, incluyendo una tomografía. La paciente refiere sentirse preocupada y ansiosa ante el posible diagnóstico.

El 3 de agosto de 2023 se le diagnosticó carcinoma ductal infiltrante y se le ofrecieron opciones de tratamiento, incluyendo cirugía, quimioterapia adyuvante y radioterapia. Dada la dimensión del carcinoma, se le recomendó una cirugía conservadora, conocida como cuadrantectomía, aunque también se mencionó la mastectomía y la mastectomía radical como alternativas. Se consideró que la cuadrantectomía era la mejor opción, dada la edad de la paciente y el tamaño del tumor. El 12 de agosto de 2023 se realizó el procedimiento quirúrgico junto con una biopsia.

El 7 de septiembre de 2023, en una cita con el oncólogo, se confirmó el diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante de tipo no especial, grado 3, con receptores de estrógeno y progesterona negativos, un índice Ki67 del 80 %, y HER2 positivo (+). Se le recomendó continuar con quimioterapia adyuvante y radioterapia, una vez completados los ciclos de quimioterapia.

El 12 de octubre de 2023 la paciente tuvo que acudir a urgencias debido a una agudización de la sinusitis, que le causó dificultad respiratoria y requirió nebulizaciones constantes. Estuvo hospitalizada durante tres días, lo que provocó el aplazamiento de la quimioterapia durante una semana debido a su estado de salud. Sin embargo, su condición mejoró rápidamente.

La paciente completó el esquema de quimioterapia con Paclitaxel y Trastuzumab, con un total de cuatro ciclos; se encuentra en seguimiento por oncología clínica. El 9 de enero de 2024 inició tratamiento de radioterapia en la mama derecha, con un total de 15 sesiones programadas, administrando una dosis de 4.050 cGy. Además, continúa con 14 ciclos mensuales de Trastuzumab, debido a la expresión positiva del oncogen HER2 en su cáncer de mama. La paciente reporta una mejoría general en su estado de salud, aunque presenta leve hiperpigmentación en la zona irradiada. Actualmente, hasta la fecha del día 7 de octubre de 2024 está a la espera de los resultados de un estudio genético.

Se lleva cabo el plan de cuidados de enfermería basado en los principales hallazgos evidenciados en la paciente:

Tabla 1. Proceso de atención de enfermería: Ansiedad

Datos de valoración	Diagnósticos de enfermería NANDA	Resultados esperados NOC
• Expresa sentimientos de preocupación por la adaptación a la quimioterapia. • Teme la progresión del cáncer. • Se siente impotente. • Presenta cansancio. • Tiene alteración del sueño.	Ansiedad (00146) R/c la adaptación a la quimioterapia y la incertidumbre sobre el curso de la enfermedad M/p preocupación verbalizada, inquietud y alteraciones del sueño⁹. Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (cuyo origen con frecuencia es inespecífico y desconocido para la persona), sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro⁹.	La paciente tendrá autocontrol de la ansiedad (140201) en un lapso de tres semanas por medio de las actividades, y material que le brindarán las estudiantes de la especialización de enfermería oncológica de la U.M. • Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad. Pasará de grave a moderado. • Elimina precursores de la ansiedad. Pasará de grave a moderado. • Busca información para reducir la ansiedad. Pasará de grave a moderado. • Planea estrategias para superar situaciones estresantes. Pasará de grave a moderado. • Refiere dormir de forma adecuada. Pasará de grave a moderado.

NIC

Intervención	Actividades	Justificación
Disminución de la ansiedad (5820): • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos (582015) • Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de las tensiones (582017) • Instruir sobre el uso de técnicas de relajación (582023)	• Brindar apoyo emocional, permitiendo a la paciente expresar sus sentimientos y preocupaciones, por medio de escucha activa. • Enseñar técnicas de relajación y manejo del estrés, como la respiración profunda, la meditación guiada o el uso de música relajante, para ayudar a reducir la ansiedad. • Animar a la paciente a escribir o hablar sobre su experiencia con el cáncer y sus sentimientos. • Proponer actividades que distraigan a la paciente de sus preocupaciones, como la lectura, el arte, la música, o la visualización de películas que le resulten agradables.	Debido al estado de ansiedad que presenta la paciente por medio de su diagnóstico y tratamiento, es de crucial importancia la intervención de este patrón ya que con esto nos centraremos en actividades específicas para ayudar a disminuir la ansiedad y promocionar las estrategias de afrontamiento al estrés, para mejorar su estado de salud mental.

Evaluación

La paciente mejoró el autocontrol de la ansiedad en un 80 % de los criterios propuestos con la ayuda de las estudiantes de la especialización de enfermería oncológica de la U.M. evidenciado por:

- Reducción de la ansiedad manifestado verbalmente por la paciente.
- Mejoría del patrón del sueño, logrando descansar mínimo ocho horas diarias.
- Eliminación de los precursores de la ansiedad, buscando técnicas de distracción, como lectura de libros, viendo series.

Tabla 2. Proceso de atención de enfermería: *Náuseas*

Datos de valoración	Diagnósticos de enfermería NANDA	Resultados esperados NOC
- Nausea - Anorexia - Intolerancia a los alimentos - Fatiga - Malestar general - Deshidratación.	Náuseas (00134) R/c efectos secundarios de la quimioterapia (paclitaxel) M/p Náuseas, anorexia, fatiga, malestar general y deshidratación⁹. Definición: Sensación subjetiva desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago, que puede o no, dar lugar a vómitos⁹.	La paciente tendrá control de náuseas y vómitos (1618) en un lapso de una semana por medio de las actividades y material que le brindarán las estudiantes de la especialización de enfermería oncológica de la U.M. - Reconoce los estímulos precipitantes de las náuseas. Pasará de grave a moderado. - Utiliza medidas preventivas. Pasará de grave a moderado. - Reconoce el inicio de las náuseas. Pasará de grave a moderado. - Utiliza medicación antiemética según las recomendaciones. Pasará de grave a moderado. - Utiliza un diario para reconocer los síntomas. Pasará de grave a moderado.
NIC		
Intervención	Actividades	Justificación
- Reconoce el inicio de las náuseas (161801) - Evita factores causales cuando es posible (161806)	- Animar a la paciente a aprender estrategias para controlar las náuseas ofreciéndole alimentos fríos o a temperatura ambiente. - Identificar los factores que pueden causar las náuseas, evitando los olores fuertes y comidas con mucho condimento. - Animar a la paciente a que ingiera pequeñas cantidades de comida y frecuente de cinco a seis veces al día, en lugar de grandes porciones, ofreciéndole comidas atractivas para ella. - Valorar los niveles de hidratación (boca, lengua seca y labios agrietados, orina escasa y muy concentrada, mareo o vértigo, ojos hundidos, etc.), fomentando la ingesta de líquidos claros y fríos, y administrando sueros si es necesario. - Estimular su participación en la elección de alimentos para favorecer su adherencia a la dieta. - Implementar medidas no farmacológicas para el manejo de las náuseas por medio de terapia del hielo (chupar hielo o paletas heladas), tomar té de jengibre, no consumir alimentos ricos en grasas o picantes.	Este plan de cuidados va encaminado a la mejoría de los síntomas causados por la administración de medicamentos quimioterapéuticos, ayudando en la capacidad de la alimentación adecuada, evitando la desnutrición, deshidratación y anorexia de la paciente; también se intenta prevenir estos síntomas que en ocasiones interfieren en la continuidad de la vida cotidiana; además, garantizaremos la adherencia al tratamiento oncológico previniendo los síntomas.

Evaluación

La paciente mejoró en el control de las náuseas en un 70 % de los criterios propuestos, con la ayuda de las estudiantes de la especialización de enfermería oncológica de la U.M. evidenciado por:

- Mayor tolerancia y consumo de alimentos.
- Las náuseas referidas por la paciente disminuyeron en un 70 %.
- Se hidrata de manera adecuada tomando mínimo cinco vasos de agua al día.
- Utiliza las estrategias planteadas como el consumo de hielo y gelatinas.

Tabla 3. Proceso de atención de enfermería: Afrontamiento familiar ineficaz

Datos de valoración	Diagnósticos de enfermería NANDA	Resultados esperados NOC
• Verbaliza sentimientos de preocupación por la tensión en la relación con su esposo, quien se muestra distante, con dificultad para manejar la situación emocional. • Disminución de la comunicación con su esposo. • Sentimiento de poco apoyo emocional por parte de su pareja.	Afrontamiento familiar ineficaz (00071) R/C Tensión emocional del diagnóstico de cáncer de mama M/P Verbalización de sentimientos de tensión en la relación sentimental con su pareja, disminución de la comunicación, sentimientos de poco apoyo emocional por parte de la pareja⁹. Definición: comportamiento de una persona de referencia (familiar, persona significativa o amigo íntimo) que inhabilita sus propias capacidades y las de la paciente para abordar de forma eficaz las tareas esenciales para la adaptación de uno de ellos al reto de salud⁹.	La paciente tendrá afrontamiento de los problemas de la familia (2600) en un lapso de tres semanas por medio de las actividades y material que le brindarán las estudiantes de la especialización de enfermería oncológica de la U.M. • Expresa abiertamente sentimientos y emociones entre los miembros de la familia. Pasará de grave a moderado. • Expresa la necesidad de la asistencia familiar. Pasará de grave a moderado. • Controla los problemas familiares. Pasará de grave a moderado. • Utiliza estrategias para reducir el estrés centradas en la familia. Pasará de grave a moderado. • Busca atención para las necesidades de todos los miembros de la familia. Pasará de grave a moderado.
NIC		
Intervención	Actividades	Justificación

• Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad de la paciente (714002). • Ayudar a la familia a adquirir el conocimiento, técnica y equipos necesarios para apoyar los cuidados de la paciente (714026).	• Proporcionar información al esposo sobre el impacto emocional y físico del cáncer de mama, ayudándole a comprender mejor lo que su esposa está enfrentando. • Sugerir técnicas de afrontamiento positivo para el esposo, como la escritura de un diario o carta donde exprese los sentimientos que tiene al conocer el diagnóstico de su pareja. • Involucrar al esposo en las decisiones relacionadas con el cuidado de la paciente, alentando su participación en citas médicas y en la planificación del tratamiento. • Fomentar la creación de momentos de conexión y afecto entre ambos, para fortalecer el vínculo emocional, sugiriéndoles una tarde juntos y planear una cita. • Crear un espacio seguro donde el esposo pueda expresar sus sentimientos de preocupación sin sentirse vulnerable. Enseñar técnicas de relajación y manejo del estrés, como la respiración profunda, la meditación guiada o el uso de música relajante, para ayudar a reducir la ansiedad.	Este plan de cuidados tiene la necesidad de abordar el impacto de esta enfermedad en las relaciones familiares y emocionales, sobre todo la relación en pareja, ayudando a buscar estrategias para fortalecer la comunicación asertiva y el afrontamiento familiar, fomentando un apoyo familiar y de pareja para la paciente.
---	--	---

Evaluación

La paciente mejoró el afrontamiento de los problemas de la familia en un 70 % de los criterios propuestos, con la ayuda de las estudiantes de la especialización de enfermería oncológica de la U.M. evidenciado por:

- Se observó un aumento de la comunicación honesta y abierta entre la paciente y el esposo.
- La paciente refiere sentir un cambio pequeño en el apoyo de su pareja.
- La paciente refiere verbalmente disminución de sentimientos de tensión y mejoría en la comunicación con su pareja.
- El esposo de la paciente logra expresar sus sentimientos frente a la enfermedad de su pareja con facilidad. Se observa llanto que libera emociones.

Tabla 4. Proceso de atención de enfermería: Fatiga

Datos de valoración	Diagnósticos de enfermeríaNANDA	Resultados esperados NOC
Manifestaciones verbales de sentirse constantemente cansado y con falta de energía. Sensación de debilidad. Dificultad para realizar actividades cotidianas.	Fatiga (00093) R/C efectos de la quimioterapia M/P sensación de debilidad, falta de energía, dificultad para realizar actividades cotidianas⁹. Definición: sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual⁹.	La paciente mejorara su nivel de fatiga (0007) en un lapso de dos semanas por medio de las actividades y material que le brindarán las estudiantes de la especialización de enfermería oncológica de la U.M. Agotamiento. Pasará de grave a moderado. Actividades de la vida diaria. Pasará de grave a moderado. Descenso de la motivación. Pasará de grave a moderado. Rendimiento del estilo de vida. Pasará de grave a moderado. Calidad del descanso. Pasará de grave a moderado.
NIC		
Intervención	Actividades	Justificación
- Manejo de la energía (0180). - Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad (18030). - Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga, combinando medidas no farmacológicas (18006). - Determinar qué actividades y en qué medida son necesarias para aumentar la resistencia (18007)	- Educar a la paciente sobre la naturaleza de la fatiga relacionada con la quimioterapia, por medio de una charla educacional. - Enseñar sobre la importancia de la nutrición adecuada y la hidratación. - Fomentar descansos frecuentes y la distribución de actividades a lo largo del día. - Ayudar a la paciente a establecer una rutina de sueño regular. - Introducir ejercicios ligeros, como caminar.	Este plan de enfermería tiene como objetivo, guiar a la paciente sobre la importancia de mantener la realización de actividades cotidianas, a pesar de los síntomas que presenta. La movilidad es fundamental para su bienestar, pero también es esencial que se permita momentos de descanso. Nuestro enfoque busca lograr un equilibrio adecuado entre el descanso y la actividad física, fomentando así una recuperación integral y un mejor manejo de su fatiga.
Evaluación		
La paciente mejoró su nivel de fatiga en un 85 % de los criterios propuestos con la ayuda de las estudiantes de la especialización de enfermería oncológica de la U.M. evidenciado por: - La paciente reporta mayor capacidad para realizar sus actividades diarias, que van mejorando de manera gradual. - Refiere mayor disposición para participar en actividades, involucrando caminatas de 15 minutos diarias. - La paciente refiere dormir mejor y sentir que el sueño ha sido reparador, contribuyendo a la disminución de la fatiga que presenta en el día.		

Discusión

El cáncer de mama en mujeres menores de 40 años ocupa el primer lugar de incidencia en América del sur y del caribe (25,8 %), siendo las características clínicas, diferentes a las mujeres de mayor edad. Las personas mayores de 50 años son diagnosticadas por medio de la tamización, y las menores de 40 años, por medio de exploración física, debido en gran parte a la limitación que se tiene al acceso de imágenes diagnósticas a edades tempranas. Además, la baja frecuencia de incidencia a esta edad disminuye la preocupación desde ambas partes al subestimar la probabilidad de malignidad frente al diagnóstico¹⁰.

El caso clínico desarrollado coincide con los pocos casos encontrados en la literatura, a pesar del aumento de la incidencia de cáncer de mama en mujeres jóvenes, el cual también tiene una particularidad en cuanto a la etnia, porque las mujeres afrodescendientes tienen menor riesgo de presentarlo, pero mayor riesgo de mortalidad, como es el caso de un caso clínico reportado en España: cáncer de mama en una mujer de 25 años, sin antecedentes familiares, a quien se le diagnostica cáncer de mama metastásico y recibe tratamiento quirúrgico (mastectomía radical modificada), radioterapia y quimioterapia¹¹.

Estos eventos tienen un impacto en estudios cohorte como el descrito por Paillocher et al.¹², quienes cuentan con aproximadamente 13 casos de casos de cáncer de mama infiltrante, cuya edad media de presentación fue de 23 años. En el 92,3 % de los casos, fue cáncer canicular infiltrante y en el 30 % componente *in situ*. No se puede comparar directamente, por cuanto difirieron en algunos factores como, por ejemplo, la edad, que es menor a la paciente de nuestro caso, quien se encuentra en la tercera década de vida y tiene características sociodemográficas que también presentan variación.

Así mismo, Max y Klammer tienen una serie de 120 mujeres menores de 35 años con cáncer de mama, donde el 73 % reporto cáncer ductal. Y en una serie de 106 casos de cáncer de mama en la mujer afroamericana menor de 40 años, el 98 % eran premenopáusicas y en el 30 % había historia familiar de cáncer de mama¹³. Estos casos se asimilan además de la edad, por la característica afrodescendiente de nuestra paciente y la localización del cáncer (ductal), el cual se presentó en la mayoría de las premenopáusicas de la cohorte.

Desde el punto de vista psicológico, las mujeres jóvenes que son diagnosticadas con patología oncológica tienden a presentar mayor cantidad de trastornos relacionados con ansiedad y depresión con mayor frecuencia, si se las compara con las mayores de 50 años, además de que científicamente se ha comprobado que las mujeres jóvenes toleran en menor porcentaje los efectos secundarios¹⁴, y los tejidos sufren mayor toxicidad frente a los tratamientos. También suelen presentar mayores tasas de sobrepeso debido a la disminución de actividad física, empeorando todo su proceso proinflamatorio.

El cáncer de mama tiene un impacto significativo en la vida de las mujeres, especialmente en aquellas diagnosticadas a una edad temprana. Aunque podría parecer controvertido, la juventud no siempre garantiza un mejor pronóstico; de hecho, en algunos casos, puede asociarse con formas más agresivas de la enfermedad¹⁵. Desde el momento del diagnóstico, la paciente experimenta una serie de desafíos psicológicos y emocionales. La incertidumbre sobre el futuro, el temor a la muerte y la interrupción de proyectos personales y profesionales pueden generar sentimientos de ansiedad y depresión que persisten, incluso cinco años después del diagnóstico. Además, la preocupación por el bienestar de su hijo se convierte en una fuente adicional de estrés, pero también en una poderosa motivación para enfrentar y superar la enfermedad.

Por esto y por muchos motivos más, se hace evidente la necesidad de un acompañamiento permanente desde todos los ámbitos, para que la persona pueda identificar las posiciones en el proceso de recobrar su salud y convertir su entorno familiar, social, laboral, en fortalezas que contribuyan con la permanencia en el tratamiento y culminación satisfactoria del mismo.

Al tener un acercamiento con la paciente del presente caso, se evidenció la manifestación de sentimientos de ansiedad y de incertidumbre, por el curso clínico de su enfermedad. La aparición de eventos adversos como las náuseas, marcó su tratamiento de infusión de citotóxicos; y, la relación con su pareja, de quien no percibió un apoyo significativo durante el proceso salud-enfermedad, fueron los factores que nos llevaron a plantear un conjunto de actividades necesarias en su proceso de adaptación, como, por ejemplo: potenciar actividades de relajación. Actividades donde pudiera dedicar su tiempo a leer o escribir, permitieron distraer y ejercitar su

mente. Al pertenecer al personal de salud, la educación se centró en las formas de alimentación y tiempos de comida para poder contrarrestar las náuseas después de la quimioterapia. Para realizar este tipo de intervenciones se utilizaron los diagnósticos de enfermería (NANDA) para posteriormente, planear la ejecución de intervenciones (NIC/NOC) y obtener resultados satisfactorios mediante la evaluación de estas⁸.

La visión de enfermería desde el área oncológica tiene el reto de unificar cada paciente, ver el tratamiento desde una perspectiva holística y, garantizar el manejo multidisciplinario debido al impacto que trae para la persona, el entorno familiar y social. Igualmente, lograr una articulación con todo el personal de salud que se encarga de atender a este tipo de pacientes que llegan a su tratamiento con muchos interrogantes, temores y sentimientos que pueden perjudicar la finalización de las intervenciones desde cualquier ámbito¹⁶. En este caso, la paciente experimentó disminución de ansiedad, mejora en su sintomatología pos-infusión y, encontró en su hijo, un motivo más para afrontar su diagnóstico de la mejor manera.

Conclusiones

El cáncer de mama en la mujer joven tiene baja incidencia; generalmente es asintomático y presenta mayores efectos tóxicos, dado que dichos tumores suelen ser más agresivos y expresan con mayor facilidad los factores de crecimiento, predisponiendo a resistencia y recaídas durante el tratamiento, además del factor psicológico que, por las condiciones de menor edad, también repercute con mayor intensidad en el desarrollo de sus actividades y planes de vida.

Cada paciente oncológica es un mundo completamente diferente y cada persona tiene procesos que influyen en el desarrollo de la evolución; se hace importante saber identificar los procesos que requieren mayor intervención, para garantizar un tratamiento individualizado y mantener al tanto de todos los procedimientos e intervenciones que se realizarán, con el fin de involucrar a todas las partes.

Conflicto de interés

Los autores no declaran conflictos de interés.

Responsabilidades éticas

Siguiendo los lineamientos establecidos en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, donde se estipulan las normas técnicas, científicas, y administrativas en salud, esta investigación es un estudio con riesgo menor al mínimo.

Durante su desarrollo se adoptaron los lineamientos referentes a la protección y seguridad de la participante, el manejo estricto de datos de identificación de la implicada, se le explicó y firmó un consentimiento informado por escrito, el cual reposa en manos de los autores. Este proyecto está aprobado por el Comité de investigación y ética de la Universidad Mariana.

Fuentes de Financiación

No cuenta con fuentes de financiación para relacionar.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer de mama. [Internet]. 2024. Estados Unidos [citado 29 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
2. Villarreal-Garza C, Platas A, Bargalló-Rocha JE, Lasa F, Reynoso N, Águila-Mancera C, et al. Cáncer de mama en mujeres jóvenes. Experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología. Rev Mex Mastol. 2015; 5(1): 12-17. [Internet]. [citado 29 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexmastol/ma-2015/ma151c.pdf>
3. SISCAC: Día mundial de la lucha contra el cáncer de mama 2023 - Cuenta de Alto Costo [Internet]. 2023 [citado 29 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/cancer/dia-mundial-de-la-lucha-contra-el-cancer-de-mama-2023/>
4. Freedman RA, Partridge AH. Management of breast cancer in very young women. The Breast. Agosto 2013; 22: S176-9. [citado 29 de septiembre de 2024]. Disponible en: [https://www.thebreastonline.com/article/S0960-9776\(15\)00174-5/abstract](https://www.thebreastonline.com/article/S0960-9776(15)00174-5/abstract)

5. Martínez E, Cano A., Medina C., Canseco C., Arnanz F., Garrido N. et al. Cáncer de mama en mujeres muy jóvenes, nuestra experiencia. Clin Invest Gin Obst. 2015 [Internet]. [citado 29 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-pdf-S0210573X14000793>
6. Castro Reyes B. Características del cáncer de mama en la mujer joven [Internet]. 2020. [citado 29 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologia-patologia-mamaria--131-pdf-S021415822030102X>
7. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. [Internet]. 2024. Estados Unidos [citado 23 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1_era_1
8. Hernández R., Fernández C. Baptista P. Metodología de la investigación (6.^a ed.). 2014. McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.
9. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2021-2023. 12.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2021. [citado 28 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/blog/clasificacion-diagnosticos-de-enfermeria-nanda/>
10. Centro Internacional de Investigaciones sobre el cáncer. La exposición ocupacional al asbesto causa cáncer de ovario y de laringe [Internet]. Lyon: IARC; 2021 [citado 2024 de octubre de 2011]. Disponible en: https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2021/03/IARC_Evidence_Summary_Brief_1.pdf Era 16
11. Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM). El cáncer de mama en España [Internet]. Madrid: GEICAM; 2020 [citado 10 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.geicam.org/sala-de-prensa/el-cancer-de-mama-en-espana>
12. Paillocher N., Lacourtoisie SA., Fondrinier E., Catala L., Morand C., Boursier J, et al. Cancer du sein infiltrant chez les femmes de moins de 25 ans. À propos de 13 cas. Press Med. 2006. 35: 1618-1624. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0755498206748692>
13. Max MH., Klammer TW. Breast cancer in 120 women under 35 years old. A 10-year community-wide survey. Am Surg. 1984. 50: 23-25 [citado 25 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6691629/>
14. American Cancer Society. ¿Qué tan común es el cáncer de seno? [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; 2023 [citado 10 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-seno/acerca/que-tan-comun-es-el-cancer-de-seno.html>
15. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cáncer de mama [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023 [citado 13 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-mama>
16. Gandullo Sánchez L. Cáncer de mama HER2 +: mecanismos de resistencia a tratamientos dirigidos y nuevas dianas terapéuticas, 2021 [Tesis doctoral]. Disponible en: https://digital.csic.es/bitstream/10261/280906/1/C%C3%A1ncer%20de%20mama%20HER2%2B_Gandullo_Tesis_2021.pdf

Contribución

Derling Yiceth Carlosama Virama: Investigadora principal. Obtención de información, escritura de materiales y métodos y obtención de los resultados.

Vanessa López Zapata: Investigadora principal. Análisis e interpretación de resultados, escritura de la introducción, métodos, discusión y conclusiones.

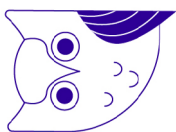
Claudia Amanda Chaves: Coautora. Apoyo en escritura de materiales y métodos.

Norma Viviana Moreno: Coautora. Apoyo en obtención de los resultados.

Yaneth Lorena Chávez: Coautora. Apoyo en Análisis e interpretación de resultados.

Brayan Mauricio Pasichaná Ramos: Coautor. Apoyo en escritura de la introducción, métodos, discusión y conclusiones.

Todos los autores participaron en la elaboración del manuscrito, lo leyeron y aprobaron.



Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el virus del papiloma humano¹

Norma Viviana Moreno Montenegro²

Janeth Lorena Chávez Martínez³

Derling Yiceth Carlosama Virama⁴

Brayan Mauricio Pasichaná Ramos⁵



Cómo citar este artículo: Moreno NV, Chávez JL, Carlosama DY, Pasichaná BM. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el virus del papiloma humano. Excelsium Scientia Rev. Int. Investig. [Intenet]. 2025; 9(1). 24-34. Disponible en: <https://doi.org/10.31948/esrii.v9i1.4740>

Fecha de recepción: 14 de abril de 2025

Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025

Resumen

El objetivo del presente estudio fue identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población en general, con respecto al virus del papiloma humano. Se trató de una revisión de literatura de estudios publicados entre 2013 y 2020, en las bases de datos Scopus, Scielo y Lilacs, de los cuales se tuvo en cuenta 49 artículos. Como resultado se obtuvo que, en América, la mayoría de la población estudiada conoce sobre el virus del papiloma humano, mientras que en Europa, África y Asia existen conocimientos mínimos sobre este virus y sus formas de prevención. Las actitudes fueron favorables y pobres, y las prácticas, adecuadas. Se concluye que las actitudes de la población frente al virus son favorables o escasas; existe desconocimiento sobre esta infección entre las prácticas realizadas para detectar el virus y su complicación, como el cáncer de cuello uterino y la citología vaginal, por lo que se necesita contar con más programas educativos.

Palabras clave: Papilomavirus Humano 16, Papilomavirus Humano 18, Cáncer de cuello uterino, Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud (Fuente DeCS).

¹ Artículo de revisión.

² Magíster en Administración en Salud; Enfermera. Profesora de posgrado en Salud, Universidad Mariana. Correo: novimo-123@hotmail.com / nomoreno@umariana.edu.co

³ Magíster en Salud Pública; Enfermera. Asistente académica de posgrado en Salud y profesora investigadora, Universidad Mariana. Integrante del grupo GIESUM. Correo: janethlorenac@gmail.com / janethl.chavez212@umariana.edu.co

⁴ Especialista en Enfermería Oncológica; Enfermera. Profesora de posgrado en Salud, Universidad Mariana. Correo: deycarlosama223@umariana.edu.co

⁵ Magíster en Administración en Salud y Epidemiología. Profesor de posgrado en Salud, Universidad Mariana. Correo: brapasichana224@umariana.edu.co

Introducción

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es una enfermedad de transmisión sexual que se presenta tanto en hombres como en mujeres y su principal complicación, si no se trata a tiempo, es el cáncer cérvico uterino (CCU)¹. A nivel mundial, en el año 2020 fueron diagnosticados 500.000 mil casos de este cáncer, y 342.000 mujeres perdieron la vida, alertando la necesidad de la creación de programas de detección rápida para mejorar la perspectiva de vida y erradicarlo por completo². “El cáncer de cuello uterino es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de todo el mundo, con una incidencia aproximada de 660.000 nuevos casos y 350.000 muertes en 2022”³ y los factores que influyen en padecer la infección están relacionadas con el inicio temprano en las relaciones sexuales coitales (inmadurez cervical), el número de parejas sexuales a lo largo de la vida, la concurrencia de varias parejas sexuales simultáneas, entre otros⁴.

Desde este contexto se evidencia la alta prevalencia de CCU, teniendo como agente causante el VPH, problema que puede relacionarse con la deficiencia de conocimientos, actitudes y prácticas inadecuadas para evitar el contagio. Frente a esto, se realizó el presente trabajo a partir de la literatura disponible, con el fin de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de la comunidad en general con respecto a este tema de gran interés.

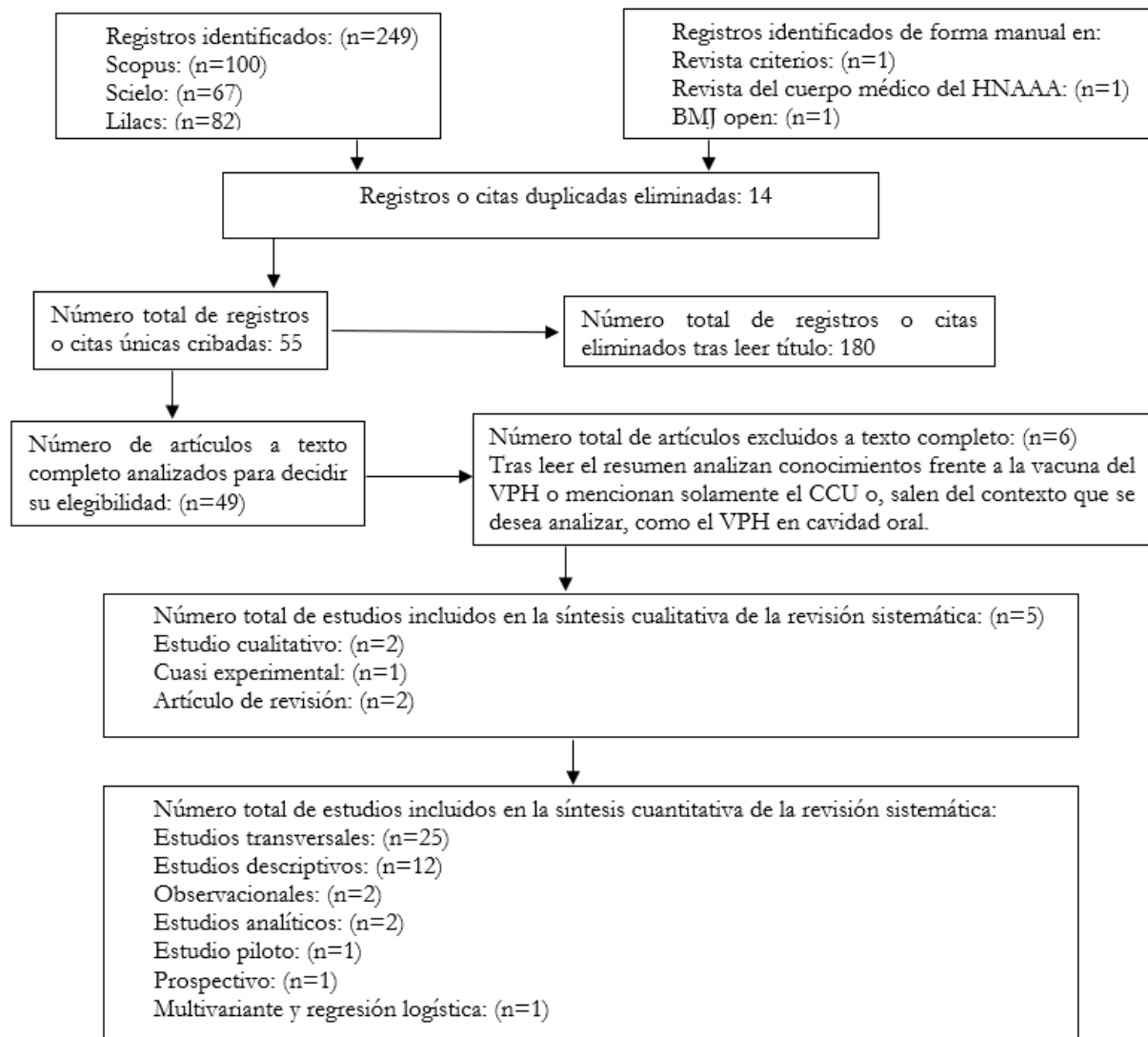
Metodología

Se trata de una revisión sistemática sobre las publicaciones relacionadas con conocimientos, actitudes y prácticas con respecto al VPH. Su elaboración se basó en las directrices de la declaración PRISMA⁵. En la Figura 1 se describe el proceso de elaboración para la selección de los artículos.

Fueron consultadas bases de datos como Scielo, Lilacs y Scopus, utilizando palabras claves contempladas en los descriptores DeCs, destacándose entre ellas: Papilomavirus Humano 16, Papilomavirus Humano 18, Cáncer de cuello uterino, Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud. La combinación de términos en las tres bases de datos fue la siguiente: ((conocimientos) OR (knowledge) OR (prácticas) OR (practices) OR (Actitudes) OR (attitudes)) AND ((virus del papiloma humano) OR (human papilloma virus)). Se consideró artículos de texto completo en etapa de publicación ya finalizada, desde el año 2013 hasta 2020, artículos originales, de revisión y editorial en español, inglés y portugués, cuyas áreas temáticas fueron: ciencias de la salud, humanidades, multidisciplinarias, enfermería, ciencias sociales, profesiones de la salud y psicología. Se excluyeron artículos duplicados, de opinión, informes de caso, informes breves, comunicación rápida, resúmenes y notas.

Se obtuvo como resultado, 249 artículos: 100 en la base de datos Scopus, 67 en Scielo y 82 en Lilacs. De estos, se escogieron 49, según criterio de inclusión, utilizando las palabras clave: 31 artículos de Scopus, 7 de Scielo, 8 de Lilacs. Además, se hizo una búsqueda manual en la que se incluyó un artículo de la revista Criterios de la Universidad Mariana, uno de la Revista del Cuerpo médico del HNAAA y uno de BMJ Open. Se encontró mayor literatura sobre conocimientos, seguido de actitudes y, posteriormente, prácticas frente al VPH.

Figura 1. Resumen de los estudios seleccionados



Fuente: Base de datos Scielo, Lilacs, Scopus 2013-2020

Resultados

El CCU es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de las regiones menos desarrolladas, cuya vía de transmisión es principalmente el contacto sexual sin protección. El 70 % de ellos y de las lesiones precancerosas del cuello del útero tienen como principal causa, dos tipos de VPH (16 y 18). La mayoría de las personas se infectan poco después de iniciar su vida sexual³.

Al ser esto un problema de salud pública que afecta principalmente a las mujeres en todo el mundo, se hace necesario revisar diferentes estudios relacionados con los conocimientos, actitudes y prácticas de la población en general con respecto al VPH.

Conocimientos: al hacer referencia a los conocimientos sobre el VPH, se obtuvo como resultado de los estudios revisados en los diferentes países, la siguiente información:

En América, en Carolina del Norte, se llevó a cabo un estudio con 100 trabajadores agrícolas, donde el 66 % de los encuestados conocía que el VPH es una infección de transmisión sexual; además, tenían presente que el riesgo de la infección se relaciona con el número de parejas sexuales y que el uso de condones puede reducir la transmisión; sin embargo, solo el 56 % sabía que el VPH puede causar CCU⁶.

En un estudio realizado en las Bahamas, de 399 personas encuestadas, menos del 46 % tenía conocimientos previos sobre el VPH⁷.

En Colombia, el 64,9 % de las mujeres encuestadas asocia la infección por VPH, como el principal factor de riesgo para el desarrollo del CCU y, reconocen que la prevención es a través de la citología cervicouterina⁸. En otra investigación⁹ se infirió que el 43,54 % de los padres de familia reconocieron al VPH como el agente causal del CCU; el 82,2 % admitió que el contacto sexual sin condón es la principal fuente de infección y que su uso puede evitar el contagio.

En Argentina, un 62,1 % de los encuestados refirió que había una relación entre el VPH y el CCU. El análisis estadístico mostró que las mujeres, los solteros, los trabajadores, los mejor educados, los que han tenido una enfermedad previa de transmisión sexual (ETS) o VPH y que reciben información a través de establecimientos médicos o educativos, tienen mayor conocimiento del tema¹⁰.

Con respecto a Brasil, se realizó un estudio con agentes comunitarios de salud, en el cual todos afirmaron haber oído hablar sobre el VPH, pero solo el 25,0 % había escuchado de la prueba del VPH¹¹. En otro estudio, se demostró que un alto porcentaje de mujeres (83 %) y de hombres (66 %) sabían que el VPH puede causar CCU¹². En Ceará, la mayoría de los estudiantes de la institución investigada no tenían el conocimiento suficiente sobre el virus, sus consecuencias, formas preventivas y de tratamiento, lo que puede influir negativamente en la vulnerabilidad de este grupo de edad¹³. En Teresina, Piauí el 71,4 % de las mujeres encuestadas conocían el VPH, pero desconocían la forma de transmisión, prevención y su relación con el cáncer cervical¹⁴. En Sao Paulo el 69 % de las estudiantes de enfermería relataron conocer las formas de transmisión, pero el 54,3 % no saber lo que el virus puede causar¹⁵.

En México, las mujeres encuestadas tienen un nivel de conocimientos alto: 43 %, que se relaciona con las que tienen mayor escolaridad¹⁶. En otro estudio, el 40 % de las mujeres tienen un conocimiento deficiente respecto al VPH¹⁷. En Perú, el 77,8 % de las encuestadas manifestó saber del VPH y el 91,9 % contempló que este virus podía causar el CCU¹⁸. En Cuba, el 33,33 % de los encuestados presentó infección por el VPH y el 92,15 % desconoce sobre el CCU¹⁹.

En Europa, solo el 2 % de las mujeres encuestadas conocía sobre el VPH, pero sus conocimientos eran mínimos e incompletos; además, había deficiencias en el conocimiento sobre las vacunas o factores de riesgo de infección por este virus²⁰. Asimismo, en un estudio realizado en Turquía²¹ se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre enfermeras y estudiantes de enfermería respecto a la fuente de información del VPH, las vías de transmisión, el conocimiento sobre las personas vulnerables a la infección y la edad recomendada para la vacunación contra el VPH. En otro estudio²² en este mismo país, aproximadamente el 59,5 % de las personas encuestadas declararon no haber oído hablar del VPH; el 41,9 % refirieron que el VPH causa CCU; sus actitudes hacia el VPH, su conocimiento sobre el CCU y la prueba de Papanicolaou fueron insuficientes. En una universidad en Balikesir-Turquía, los estudiantes del área de salud demostraron un conocimiento bajo sobre los factores de riesgo de CCU y la vacunación contra el VPH²³. Estas investigaciones difieren con un análisis realizado, donde los conocimientos de los estudiantes sobre el VPH fueron altos, ya que el 90,5 % sabía que este puede causar CCU y, además, el 94,6 % la reconoció como una enfermedad de transmisión sexual²⁴. De otra parte, en Viena, en un estudio piloto²⁵ se determinó que el conocimiento de las mujeres con cáncer frente al VPH fue de 29,7 % y, del 33 % de las mujeres con neoplasia maligna ginecológica no asociada al VPH. En Grecia²⁶ se evidenció que solo el 31,7 % de los estudiantes tenía un nivel alto de conocimiento con respecto al VPH y, de ellos, únicamente el 33,2 % informó estar muy preocupado por el CCU. De igual manera, solo el 42,8 % sabía sobre el VPH; un bajo porcentaje respondió que el preservativo reduce el riesgo de infección de este virus y que su presencia se da en mujeres sexualmente activas²⁷. Se considera que la realización de programas de educación en salud permite incrementar el conocimiento y la conciencia sobre el VPH²⁸.

En África se evaluó el conocimiento sobre el VPH, cuyos hallazgos revelaron que el 97,8 % de las mujeres carecían de conocimientos sobre este virus, como tampoco conocían los métodos de transmisión²⁹. En Nigeria se aplicó un cuestionario a la población en general, de la cual solo el 31,97 % había oído hablar del VPH, cuyas fuentes de información más frecuentes fueron a través de los médicos (13,08 %) y los medios de comunicación (9,91 %), por lo que se subraya la necesidad de una intervención urgente para crear conciencia sobre el VPH³⁰. Además, en Nigeria, se evidencia que solo el 12,8 % de las mujeres había oído hablar del CCU, con un conocimiento deficiente sobre sus complicaciones, la forma de detectarlo y la inmunización contra este virus³¹. Otro estudio realizado en este país reportó que sí existe conciencia de la población encuestada sobre el CCU, pero poco conocimiento de su vínculo con el VPH³². Igualmente, en Gondar se identificó que el 80 % de los encuestados no sabe que el VPH es un agente causante del CCU³³. En Malí se observó niveles bajos de conocimiento tanto del VPH como del CCU³⁴ y, por último, en la revisión de un estudio en Nueva Guinea se notó que el conocimiento y la conciencia sobre el CCU eran deficientes³⁵.

En Asia se llevó a cabo una investigación que concluyó que ninguno de los estudiantes de odontología en la India había oído hablar del VPH y sus efectos sobre la salud³⁶. Así mismo, en las mujeres del área rural en Karnataka-India se encontró un desconocimiento total sobre el VPH y sus efectos en la salud³⁷.

Esto se contrasta con lo evidenciado en Bahrain, donde solo el 13,5 % de los participantes había oído hablar del VPH y, más del 90 % estuvieron de acuerdo en la necesidad de educar a la comunidad sobre este tema³⁸. Estos resultados concuerdan con lo identificado en Malaysia, donde el 7,5 % de los preuniversitarios mostraron buen conocimiento, el 20 % consideraron ser vulnerables a la infección por VPH y, el 78,2 % pensaron que la infección por VPH es grave³⁹. Sin embargo, el nivel de conocimientos entre el personal de salud es diferente, como se evidencia en Arabia Saudita, ya que el 94 % del personal médico conocía sobre la relación entre la infección del VPH y el CCU⁴⁰.

Al efectuar la revisión de literatura se evidenció que existe desconocimiento sobre la transmisión, prevención, ecogenicidad del VPH en diferentes regiones del mundo⁴¹.

Actitudes: frente al VPH se encontró los siguientes resultados en la revisión de literatura:

En América, en un estudio realizado en Colombia, de las 70 mujeres que presentaron VPH positivo, la mayoría manifestó que, hacerse la citología vaginal evita la aparición del CCU, considerando que el uso del preservativo en las relaciones sexuales disminuye el riesgo de cáncer⁴². En Uruguay se determinó que la actitud frente a la prueba de Papanicolaou es la siguiente: un 35 % percibe el test como “un poco vergonzoso”; prefieren que les tome la prueba una mujer, 21 %, percibiéndola como algo doloroso en un 20 % y, temor del resultado en un 9 %⁴³. En Perú se observa que el 39,5 % de los encuestados tiene un nivel de actitudes favorable frente a la prueba del Papanicolaou⁴⁴.

En Sri Lanka, Asia, se consideró que el 69,66 % de las mujeres tienen actitudes pobres; el 47,8 % cree que es mejor obtener una prueba anual de Papanicolaou después de los 40 años, mientras que, el 31,3 % no estaba interesado en obtenerla, porque cree que no están en riesgo⁴⁵. En Malasia se identificó que las actitudes fueron mejores en las mujeres que en los hombres; el 80 % mostró una actitud positiva; casi el 65 % de la población estuvo de acuerdo en que el VPH puede transmitirse sexualmente y el 56,7 % opinó firmemente que las personas sexualmente activas deberían vacunarse esencialmente; sin embargo, existe un concepto erróneo sobre la vacunación contra el VPH⁴⁶. En Zhiraz, Irán, se mostró que, después de una intervención educativa aumentaron los conocimientos, actitudes y comportamientos de los estudiantes de enfermería⁴⁷.

En África, en la ciudad de Ibadan, la actitud de las mujeres fue buena, sobre todo hacia la vacunación contra el VPH, en un 92,4 % y el 91,8 % está dispuesto a vacunarse contra el VPH⁴⁸. En Turquía, Europa, al estudiar las actitudes de los estudiantes sobre la vacunación contra el VPH, se obtuvo como resultado, que el 53,1 % informó que no consideraron necesario aplicarse la vacuna contra el mismo²⁴.

Prácticas: haciendo referencia a las prácticas como la utilización de medidas de protección y de prevención para evitar el contagio con el VPH y su complicación como el CCU, se encontró en Colombia que, el 22,5 % de las mujeres encuestadas informó haber tenido más de un compañero sexual; el 48 % rara vez utiliza condón y el 42 % se realiza la citología anualmente⁴⁹. En otro

estudio, las 70 mujeres portadoras de VPH refieren que tuvieron más de dos compañeros sexuales, pero, después del diagnóstico con VPH adoptaron prácticas de autocuidado, aunque no iniciaron tratamiento de manera oportuna⁴².

En una revisión de literatura se resalta que, los jóvenes no tienen un sexo seguro porque dejan de recurrir al uso de protección⁵⁰. En Perú, el 46,1 % de las mujeres tiene un nivel de prácticas correcta con respecto a la prueba del Papanicolaou⁴⁴. Del mismo modo, en dos poblaciones de este país, las encuestadas reportaron prácticas adecuadas en la asistencia de la toma de citología cervical^{18, 51}.

En Uruguay, las prácticas preventivas de CCU están relacionadas con: visitar al ginecólogo por primera vez antes de los 30 años. Al respecto, las encuestadas refirieron en un 85 % que sí lo hacían, pero muchas de ellas lo realizaron por embarazo o porque tenían un malestar, en un 45,6 %; además hicieron el test de Papanicolaou por primera vez antes de los 45 años, en un 67,6 % y, un 14 % nunca lo hizo, manifestando como motivo principal la falta de tiempo, presencia de sangrado, porque su médico o enfermera no les indicaron o, por pudor, en un 32,4 %⁴³.

En Brasil se resalta que las mujeres que visitan a los médicos tuvieron prácticas más adecuadas con respecto a la citología, pero su conocimiento del beneficio de esta prueba era deficiente. El 75,9 % de ellas refirió haberse sometido al procedimiento en algún momento; el 69,6 % dijo que había hecho la prueba con una frecuencia de, al menos, una vez cada tres años⁵².

En Texas, el 86,6 % de las mujeres se realizaron la citología en los últimos tres o cinco años; el 52 % conocía sobre el riesgo de CCU por la infección por VPH, aunque desconocían su modo de transmisión. Solo el 40 % estaba al tanto del propósito de una prueba de Papanicolaou y un 48 % sobre la vacuna contra el VPH⁵³. En Nueva Jersey, el 97 % de las mujeres en este estudio informaron alguna vez haberse realizado una prueba de Papanicolaou⁵⁴.

En Sri Lanka, Asia, solo el 12,5 % del grupo estudiado se había realizado alguna vez una prueba de Papanicolaou; el 66 % lo hizo por recomendación del personal médico; ninguna (0 %) recibió la vacuna contra el VPH y, un 69,3 %, la mayoría, desconocía la existencia de la misma⁴⁵. Finalmente, en una población rural en la India, solo el

2,4 % de las personas sexualmente expuestas se había sometido a una prueba de Papanicolaou y, únicamente el 2,6 % informaron sobre el uso de condones masculinos³⁷.

Discusión

Los estudios revisados indican que en las diferentes poblaciones del mundo existen deficiencias de conocimientos con respecto al VPH y, en algunos casos, de su relación con el CCU. Por mencionar algunas: padres de familia en Colombia⁹, agentes comunitarios en Brasil¹¹, mujeres de diversas ocupaciones en Turquía²², mujeres con cáncer ginecológico en Viena²⁵, mujeres del mercado de Bodija en Ibadan⁴⁸, mujeres de clínicas comunitarias en Dallas - Texas⁵³, mujeres mexicanas¹⁶, trabajadores agrícolas nacidos en México que laboran en Carolina del Norte⁶, adolescentes griegos²⁷, madres de hijas adolescentes en Lagos-Nigeria, mujeres de una aldea rural en el distrito de Udipi- India³⁷ e, incluso en estudiantes universitarios o con carreras afines a la salud, como el caso de preuniversitarios en Malasia³⁹, estudiantes de odontología del Instituto y Hospital Panineeya en la India³⁶, estudiantes de enfermería de la institución privada en Ceará Brasil¹³, estudiantes de un departamento relacionado con la salud en la Universidad de Balikesier²³, y mujeres con conocimientos limitados sobre la infección por este virus en Baréin³⁸.

Algunos de los artículos indican que, una parte de la población sí tiene altos conocimientos sobre la citología, los métodos de prevención o, los factores de riesgo relacionados con el VPH^{8, 24, 51}.

Las actitudes son positivas, especialmente en lo referente a que el VPH es una infección que se puede prevenir a través de las vacunas en personas sexualmente activas^{24, 46, 48}, la citología vaginal y el uso del preservativo⁴². Otros estudios difieren a lo mencionado, ya que la actitud es pobre⁴⁵, sobre todo a la citología como medio de prevención del VPH, la cual es percibida como algo vergonzoso y doloroso⁴³. No obstante, las actitudes mejoran luego de una intervención educativa⁴⁷.

Con respecto a las prácticas que realiza la población para evitar el contagio con el VPH y posteriormente el CCU, está la citología vaginal^{18, 43, 44, 51, 52, 53, 54}, la visita al ginecólogo⁴³, pero dejan de recurrir al uso de protección (condón) como ejercicio del sexo seguro^{49, 50}.

La escasez de conocimientos en estrategias preventivas y las pobres actitudes o prácticas sobre el VPH predispone a la mujer a padecer un CCU⁹. Las instituciones de salud y sus profesionales deben hacer esfuerzos para educar a las personas sobre el riesgo de contraer esta enfermedad de transmisión sexual⁷, al igual que, ayudar a disminuir los factores de riesgo asociados, donde se practique un sexo seguro con el uso del preservativo, la vacunación contra el VPH, el tener una sola pareja sexual, entre otros^{42, 46, 47}.

A través de la intervención educativa se puede evitar que las personas adquieran el virus⁴⁷, la cual puede ser con la implementación de estrategias de información adecuadas⁴³, campañas de sensibilización periódicas^{33, 36} y, educación pública que informe sobre el VPH y ayude a aumentar la conciencia sobre este virus⁴¹ y el CCU⁷. Esta información debe ser transmitida de forma veraz y precisa para todos los estratos sociales¹⁰, que puede ser verbal, escrita y visual²¹ y, estar dirigida en especial a aquellas mujeres de edad avanzada, de nivel escolar y socioeconómicos bajos¹⁶, evitando así el desarrollo del papiloma de células escamosas^{17, 31, 48}.

Igualmente, se hace énfasis en contar con más programas educativos para aumentar la conciencia y el conocimiento sobre el VPH²⁸⁻³⁰ ya que, según se evidencia en los artículos, la información sobre este tema y el de la vacunación contra el VPH no siempre es precisa y completa²⁰. Con ello se reduciría en gran medida la carga de morbilidad y mortalidad²⁹.

De esta manera, se resalta la importancia de la educación a las mujeres, hombres, padres de familia, agentes comunitarios, personal de salud, entre otros, como clave importante para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VPH y así, evitar o prevenir la aparición del CCU como una de sus principales complicaciones.

Conclusiones

A nivel mundial, existe desconocimiento sobre el VPH y, en aquellas poblaciones que saben sobre el tema, el conocimiento es mínimo e incompleto, por lo que se requiere programas educativos periódicos y con comunicación más clara para generar conciencia sobre los factores de riesgo que predisponen a adquirir este virus, así como las medidas de prevención para evitarlo.

Existe una actitud positiva frente al VPH, donde se resalta que el uso del preservativo disminuye la posibilidad de

sufrir esta complicación; además, que la citología vaginal permite anticiparse al CCU; sin embargo, en algunas partes del mundo prevalece una actitud negativa.

Las prácticas realizadas por las personas para evitar el VPH y su complicación como el CCU, difieren entre países y continentes. Las buenas prácticas están relacionadas con la realización de la citología vaginal y las visitas periódicas en ginecología; no obstante, dejan de recurrir al uso del preservativo para tener un sexo seguro y como medio de prevención del VPH.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Responsabilidades éticas

En el presente artículo se respeta plenamente el derecho de autor, conforme con lo establecido en la Ley 23 de 1982 de Colombia. Se reconoce que cada artículo, guía u otro contenido incluido constituye el resultado de una labor propia e inédita, con un alto valor personal, dada la creatividad y el esfuerzo implicados en su elaboración.

Fuentes de Financiación

Ninguna.

Referencias

1. Lizano Soberón M, Carrillo García A, Contreras Paredes A. Infección por virus del papiloma humano: epidemiología, historia natural y carcinogenesis. *Inst Nac Cancerol*. 2009; 4: 205-216.
2. Consultor Salud. 342.000 mujeres murieron por cáncer de cuello uterino en 2020. Disponible en: <https://consultorsalud.com/342-000-muertes-por-cancer-de-cuello-uterino/>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. 2020. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
4. Cuevas M. Virus del papiloma humano y salud femenina. Prevención y tratamiento desde la ginecología integrativa. Madrid: Edicionesi. 2019.

5. Page MJ, MacKensie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol*. 2021; 74(9):790-799. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893221002748>
6. Furgurson KF, Sandberg JC, Hsu F-C, Mora DC, Quandt SA, Arcury TA. HPV knowledge and vaccine initiation among Mexican-born farmworkers in North Carolina. *Health Promot Pract*; 20(3): 445-454. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1524839918764671>
7. Halliday D, Mayordomo FD, Thompson J, Joseph M, Ragin CC. Knowledge and attitudes toward HPV and the HPV vaccines in The Bahamas. *West Indian Med J* 2013; 62(8): 731-737. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25014859/>
8. Narvaez LJ, Collazos AC, Daza KT, Torres YA, Ijaí JE, Gómez DM et al. Conocimientos sobre prevención y factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en un centro de educación técnica. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2019; 65(3): 299-304. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000300005
9. Torrado Arenas DM, Álvarez Pabón Y, González Castañeda JL, Rivera Contreras OE, Sosa Vesga CD, González BX et al. Conocimientos sobre el virus del papiloma humano y su vacuna en padres de familia de Rivera, Huila en el 2015. *Médicas UIS*. 2017; 30(1): 13-19. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/6303>
10. Venezuela RF, Monetti MS, Kiguen AX, Frutos MC, Mosmann JP, Cuffini CG. Knowledge of the General Community in Cordoba, Argentina, on Human Papillomavirus infection and its prevention. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016; 17(5): 2689-2694. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2016.17.5.2689>
11. Manoel AL, Rodrigues AB, Piva EZ, Warpechowski TP, Schuelter FT. Evaluation of knowledge about the Human Papilloma Virus (HPV) and its vaccination among Community Health Agents in the municipality of Tubarão, Santa Catarina, Brazil, in 2014. *Epidemiol. Serv Saúde*. 2017; 26(2): 399-404. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28492781/>
12. Biselli Monteiro M, Canato Ferracini A, Sarian LO, Derchain SF. Influence of gender and undergraduate course on the knowledge about HPV and HPV vaccine, and vaccination rate among students of a public university. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2020; 42(2): 96-105. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701466> Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32227325/>
13. Andrade TM, Martins M, Gubert F, Freitas C. Conhecimento de acadêmicos de enfermagem em relação à infecção pelo papilomavírus humano e sua vacinação. *DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.* 2013; 25(2): 77-81. <https://doi.org/10.5533/DST-2177-8264-201325205> Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-712085>
14. França M, Sampaio M, Dourado S. Conhecimento de mulheres acerca do papilomavírus humano e sua relação com o câncer de colo uterino. *Cogitare Enfermagem*. 2013; 18(3): 2176-9133. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i3.33564> Disponible en: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33564/0>
15. Sanches M, Faim AD, Santos I, Gozzo T. Knowledge concerning HPV among adolescent undergraduate nursing students. *Texto contexto-enferm*. 2013; 22(1): 201-220. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100024> Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/L34XwsHPgshmjFTCBx6PjnL/>
16. Hernández Márquez C, Salinas Urbina A, Cruz Valdez A, Hernández Girón C. Conocimientos sobre virus del papiloma humano (VPH) y aceptación de auto-toma vaginal en mujeres mexicanas. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2014; 16(5): 697-708. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n5.30071> Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000500005
17. Medina Fernández IA, Gallegos Torres RM, Cervera Baas ME, Cob Tejeda RA, Jiménez Laces J, Ibarra Escobedo O. Conocimiento del virus del papiloma humano y su vacuna por parte de mujeres de una zona rural de Querétaro, México. *Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica*. 2017; (32):26-39. <https://doi.org/10.15517/REVENF.VOI32.23575> Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n32/1409-4568-enfermeria-32-00026.pdf>

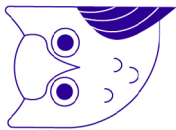
18. Bendezu Quispe G, Soriano Moreno AN, Urrunaga Pastor D, Venegas Rodríguez G, Benites Zapata VA. Asociación entre conocimientos acerca del cáncer de cuello uterino y realizarse una prueba de papanicolaou en mujeres peruanas. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2020; 37(1): 17-24. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.4730> Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2020.v37n1/17-24/>
19. Hernández ZL, Bravo E, Águila N, Torres Y, Tay JI, Martínez M. Nivel de conocimientos y factores de riesgo predisponentes de cáncer cérvico-uterino en mujeres de Cumanayagua. *Rev. Cuba. Enferm*. 2016; 32(2):141-150. Disponible en <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/137>
20. Grigore M, Teleman SI, Pristavu A, Matei M. Awareness and knowledge about HPV and HPV vaccine among Romanian women. *J Cancer Educ*. 2018; 33(1): 154-159. <https://doi.org/10.1007/s13187-016-1130-2> Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27830570/>
21. Topan A, Ozturk O, Eroglu H, Bahadır O, Harma M, Harma MI. Knowledge level of working and student nurses on cervical cancer and human papilloma virus vaccines. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015; 16(6): 2515-2519. <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.6.2515>
22. Savas V, Borekci G. The determination of the knowledge level and behavior of Turkish women from various occupations about human papillomavirus, cervical cancer, and pap smear test. *J Cancer Res Ther*. 2019; 15(6): 1235-1244. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31898654/>
23. Yörük S, Açıkgöz A, Ergör G. Determination of knowledge levels, attitude and behaviors of female university students concerning cervical cancer, human papiloma virus and its vaccine. *BMC Womens Health*. 2016; 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0330-6> Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27487848/>
24. Bal HY, Koniak DG. Knowledge, behaviors, and attitudes about human papilloma virus among nursing students in Izmir, Turkey. *J Cancer Educ*. 2018; 33(4): 814-820. <https://doi.org/10.1007/s13187-017-1163-1>
25. Pils S, Joura EA, Invierno MP, Shrestha A, Jaeger-Lansky A, Ott J. What do women with gynecologic cancer know about HPV and their individual disease? A pilot study. *BMC Cancer*. 2014; 14: 388. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-14-388>
26. Jelastopulu E, Faffiora E, Plota A, Babalis V, Bartsokas C, Poulas K, et al. Knowledge, behaviours and attitudes regarding HPV infection and its prevention in female students in West Greece. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2016; 20(12): 2622-2629 Disponible en: <https://www.europeanreview.org/article/11020>
27. Vaidakis D, Moustaki I, Zervas I, Barbouni A, Merakou K, Chrysi MS, et al. Knowledge of Greek adolescents on human papilloma virus (HPV) and vaccination: A national epidemiologic study. *Medicine (Baltimore)*. 2017; 96(1). <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005287> Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28072683/>
28. Özdemir S, Akkaya R, Karaşahin KE. Analysis of community-based studies related with knowledge, awareness, attitude, and behaviors towards HPV and HPV vaccine published in Turkey: A systematic review. *J Turkish Ger Gynecol Assoc*. 2020; 21(2): 111-123. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31397145/>
29. Ramathuba DU, Ngambi D. Knowledge and attitudes of women towards human papilloma virus and HPV vaccine in Thulamela municipality of Vhembe district in Limpopo province, South Africa. *Afr J Reprod Health*. 2018; 22(3): 111-119. <https://doi.org/10.29063/ajrh2018/v22i3.12>
30. Eni AO, Soluade MG, Efekemo OP, Igwe T'T, Onile OAE. Poor knowledge of human papilloma virus and vaccination among respondents from three Nigerian States. *J Community Health*. 2018; 43(6): 1201-1207. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10900-018-0540>
31. Olubodun T, Odukoya OO, Balogun MR. Knowledge, attitude and practice of cervical cancer prevention, among women residing in an urban slum in Lagos, South West, Nigeria. *Pan Afr Med J*. 2019; 32: 130. DOI: 10.11604/pamj.2019.32.130.14432

32. Ezenwa BN, Balogun MR, Okafor IP. Mothers' human papilloma virus knowledge and willingness to vaccinate their adolescent daughters in Lagos, Nigeria. *Int J Womens Health*. 2013; 5: 371-377. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S44483>
33. Mengesha A, Messele A, Beletew B. Knowledge and attitude towards cervical cancer among reproductive age group women in Gondar town, North West Ethiopia. *BMC Public Health*. 2020; 20(1): 209. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8229-4>
34. Poole DN, Tracy JK, Levitz L, Rochas M, Sangare K, Yekta S, et al. A cross-sectional study to assess HPV knowledge and HPV vaccine acceptability in Mali. *PLoS One*. 2013; 8(2): e56402. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0056402>
35. Kelly AH, Ase S, Fiya V, Toliman P, Aeno H, Mola GM, et al. Ambiguous bodies, uncertain diseases: knowledge of cervical cancer in Papua New Guinea. *Ethn Heal*. 2018; 23(6): 659-681. <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1283393>
36. Doshi D, Reddy BS, Karunakar P, Deshpande K. HPV, cervical cancer and pap test related knowledge among a sample of female dental students in India. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015; 16(13): 5415-5420. <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.13.5415>
37. Sabeena S, Bhat PV, Kamath V, Aswathyraj S, Arunkumar G. Knowledge, attitude and practice concerning human papilloma virus infection and its health effects among rural women, Karnataka, South India. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015; 16(12): 5053-5058. <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.12.5053>
38. Husain Y, Alalwan A, Al-Musawi Z, Abdulla G, Hasan K, Jassim G. Knowledge towards human papilloma virus (HPV) infection and attitude towards its vaccine in the Kingdom of Bahrain: Cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019; 9(9): e031017. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031017>
39. Kwang NB, Yee CM, Shan LP, Teik CK, Chandraleka KN, Kadir AK. Knowledge, perception and attitude towards human papillomavirus among pre-university students in Malaysia. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2014; 15(21): 9117-9123. <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.21.911>
40. Almazrou S, Saddik B, Jradi H. Knowledge, attitudes, and practices of Saudi physicians regarding cervical cancer and the human papilloma virus vaccine. *J Infect Public Health*. 2020; 13(4): 584-590. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2019.09.002>
41. Lacerda PL, Miranda MM. The teenagers' knowledge schooled about the human papilloma virus: Integrative review. *Enfermería Global*. 2019; 18(56): 603-623. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.362881>
42. Moreno NV, Molineros LF, Hoyos MI, Tello IK. Tamizaje del cáncer de cuello uterino en mujeres afiliadas a Emssanar E.P.S. atendidas en la E.S.E. Divino Niño. *Revista Criterios*. 2018; 25(2): 129-150. <https://doi.org/10.31948/Rev.unimar>
43. Rodríguez G, Caviglia C, Alonso R, Sica A, Segredo S, León I, et al. Conocimientos , actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou y estadificación del cáncer de cuello uterino. *Rev. Méd. Urug*. 2015; 31(4): 231-240. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2015v4/art2.pdf>
44. Delgado JA, Vergara EW. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de papanicolaou en mujeres mayores de 18 años atendidas en consulta externa del Hospital Regional Docente Las Mercedes. *Rev. Cuerpo Méd HNAAA*. 2017; 10(3): 142-147 Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052844/rcm-v10-n3-2017_pag142-147.pdf
45. Gunasekara CP, Karunanayake I, Premathilake N, Senarathna NH, Udayangani I, Weerasekara MM, et al. Women's perceptions and practices on human papillomavirus infection and human papillomavirus vaccine in Sri Lankan Community. *Journal of SAFOG*. 2019; 11(1): 65-69. Disponible en: <https://www.jsafog.com/doi/JSAFOG/pdf/10.5005/jp-journals-10006-1652>
46. Badgujar VB, Ahmad FS, Balbir Singh HK, Sami F, Badgujar S, Ansari MT. Knowledge, understanding, attitude, perception and views on HPV infection and vaccination among health care students and professionals in Malaysia. *Hum Vaccin Immunother*. 2019; 15(1): 156-162. <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1518843> Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30199299/>

47. Torabizadeh C, Nick N, Vizesfar F, Jamalimoghadam N, Bagheri S. Effectiveness of an educational intervention to increase human papillomavirus knowledge and attitude in staff and nursing students. *J Community Health Nurs.* 2020; 37(4): 214-221. <https://doi.org/10.1080/07370016.2020.1809857> Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07370016.2020.1809857>
48. Bello OO, Oluwasola TA, Odukogbe AA. Awareness and attitude towards HPV and its vaccines among market women in Bodija Market, Ibadan. *Niger J Med.* 2016; 25(1): 12-17. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29963796/>
49. Morcillo JD, Dorany J, Caicedo YK, Rivera KA, Duarte ME, Flórez CM, Ordoñez YM. Actitudes frente a la prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres de un centro de educación técnica. *Arch. Med.* 2019; 19(1): 124-131. Disponible en: <https://revistas.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/2795>
50. Sepúlveda GJ, Goldenberg P. Conhecimentos e práticas de jovens sobre a infecção pelo papiloma vírus humano: uma questão re-atualizada. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol* 2014; 65(2): 152-165. <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.63> Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342014000200006
51. Luna JA, Gil FO, Deza AM. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de citología cervical en una población rural peruana. *Rev Haban Cienc Méd.* 2020;19(1): 112-124. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000100112
52. Ferreira CL, Costa M, Moreira F, Wagner R, Medeiros PR, Fernandes JV, et al. Knowledge, attitudes and practices regarding the Pap test among women in northeastern Brazil. *Sao Paulo Med. J.* 2014; 132(1): 3-9. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2014.1321551> Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24474073/>
53. Alafifi R, Kindratt TB, Pagels P, Saleh N, Gimpel NE. Awareness and knowledge of human papilloma virus and cervical cancer in women with high Pap uptake. *J Community Health.* 2019; 44(2): 332-338. <https://doi.org/10.1007/s10900-018-0591-0> Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30415376/>
54. Navarro SA, Bandera EV, Jones BA, Kaplan AM, Demisse K. Knowledge of, and beliefs about, access to screening facilities and cervical cancer screening behaviors among low-income women in New Jersey. *Cancer Causes Control.* 2020; 31(1): 43-49. <https://doi.org/10.1007/s10552-019-01244-5> Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31720918/>

Contribución

Todos los autores participaron en la elaboración del manuscrito, lo leyeron y aprobaron.



Cuidado basado en la cultura como esencia del cuidado humano

Nohora Ortega Cadena¹

Zuleima Hernández Ararat²

Lusanyela Álvarez Burbano³



Cómo citar este artículo: Ortega N, Hernández Z, Álvarez L. Cuidado basado en la cultura como esencia del cuidado humano. Excelsium Scientia Rev. Int. Investig. [Internet]. 2025; 9(1). 35-44. Disponible en: <https://doi.org/10.31948/esrii.v9i1.4399>

Fecha de recepción: 22 de abril de 2025

Fecha de aprobación: 11 de junio de 2025

Resumen

Este estudio resalta la necesidad de un cuidado intercultural en la atención materna, que reconozca la visión del mundo, prácticas y creencias de las mujeres gestantes, especialmente en comunidades indígenas. La metodología se basó en una revisión integrativa de literatura científica y saberes ancestrales, categorizando la información para reflexionar sobre el cuidado cultural en salud.

Los resultados evidencian que la maternidad es una experiencia influenciada por la cultura, donde prácticas como el uso de plantas, la alimentación específica, los rituales y la participación de parteras son fundamentales. La cosmovisión andina destaca la conexión espiritual, la dualidad y la armonía con la naturaleza.

Se concluye que la atención intercultural requiere competencias profesionales que integren el saber científico con el ancestral, y un enfoque ético y humanizado. Superar barreras culturales, lingüísticas e institucionales es clave para garantizar el derecho a una atención materna respetuosa, digna y centrada en la persona.

Palabras clave: enfermería transcultural, cultura indígena, gravidez.

Introducción

Para el cuidado intercultural de la mujer en estado de gestación, parto y puerperio, se requiere, por parte de los profesionales en enfermería y en salud, de competencias interculturales para la atención. Actualmente, se promueve la atención en salud, donde la persona es el centro de atención y, por tanto, un ser intercultural, donde el conocimiento de la cultura por parte del profesional es importante en el momento de la interrelación. Las actitudes y políticas de

Artículo de reflexión a partir del proceso de investigación 'Cuidado cultural de la mujer durante la gestación, parto y puerperio'.

¹ Profesora de Enfermería, Universidad Mariana, Pasto. Correo electrónico: nortega@umariana.edu.co

² Profesora de Enfermería, Universidad Mariana, Pasto. Correo electrónico: zhernandez@umariana.edu.co

³ Profesional especializada del Instituto Departamental de Nariño, Pasto, Nariño, Colombia. Correo electrónico: lusanyela.12@gmail.com

atención, como el caso de la política de humanización del Estado colombiano, proponen ese reconocimiento del ser humano y cultural.

Para la atención materna, se propende al conocimiento y habilidades por parte del profesional, a través de una comunicación asertiva donde se reconozca y respete esas diferencias culturales de la mujer y el recién nacido, bajo una cultura de humanización, con el goce efectivo del derecho a la salud, hacia la consolidación de la protección de la vida y de la dignidad de las personas¹ reconociéndolas desde su integralidad, respeto, conformidad, costumbres, valores, creencias y, su condición de salud, donde el profesional pueda incluir la visión del mundo de la persona y la “característica esencial de existir en estado de interacción permanente con su propio ser, con otros individuos de su especie, con la naturaleza, y con otras especies”¹. Por tanto, el cuidado de la mujer en estado de gestación, el mismo proceso de gravidez, el cuidado durante el antes, durante y después de esta transición y el cuidado del recién nacido, deben ser integrales.

La visión del mundo permite entonces una “relación con el otro y con lo otro, guiada por los principios de reciprocidad, interdependencia y complementariedad con todo lo que le ofrece su territorialidad y su contexto”¹; exige, en consecuencia, un conocimiento más profundo del cuidado humano desde la cultura, fundamentado también desde la transparencia de la relación, en la ética, calidez en el trato, y respeto a la dignidad humana¹.

Así, la atención en salud de la mujer durante la gestación, parto y puerperio, involucra culturalmente un conjunto de acciones y actitudes dirigidas a incrementar el acceso de las comunidades y pueblos indígenas. De igual manera, la gestión del desarrollo profesional continúa encaminada a incorporar en su atención, la humanización como práctica fundamental. La atención intercultural que ha de brindar el personal de salud, debe partir del respeto por la diferencia del otro y el logro de competencias no solo desde el saber científico disciplinar, sino desde la interacción con la cultura y el enfoque étnico y diferencial, que permitan garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud.

Metodología

El artículo parte de una descripción y del análisis de una pregunta orientadora desde el cuidado basado en la cultura y su relación con el cuidado humano en la salud

materna. Se realizó una búsqueda a través de fuentes primarias y secundarias en bases de datos como: Lilacs, Scielo, y repositorios institucionales, documentos, normas y regulaciones, documentos de antropología y también documentos relacionados con la filosofía de los pueblos andinos sobre el cuidado cultural, a través de las palabras claves seleccionadas, escogiendo artículos que estén acordes con el tema. Se estableció la revisión integrativa de la literatura. Posteriormente, analizar en categorías la discusión, de modo que permita reflexionar los alcances del cuidado humano basado en la cultura y, formular las conclusiones.

Desarrollo y Discusión

La cultura se entiende, de acuerdo con Marvin Harris² como “un conjunto de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad”, dado en diferentes contextos sociales, en un momento histórico y cultural que determina el modo de vida, sentir, actuar y vivir.

A partir de lo propuesto, la cultura posee las siguientes características, que se relacionan con el cuidado de las personas:

- Describe cómo los valores, creencias, normas y prácticas de vida de un grupo en particular, son aprendidos, compartidos y transmitidos.
- Orienta al pensamiento, las decisiones y acciones como el cuidado compartido y transmitido a otros.
- Guía hacia el pensamiento, decisiones y acciones específicas; por tanto, rige las prácticas de cuidado de la salud y los modos de tratamientos en caso de dolencia, que son aprendidos de madres a hijas, y/o médico tradicional a hijo que aprende el saber.
- Proporciona los valores culturales que identifican la forma preferida de actuar o pensar, pero también la forma de sentir, ver, escuchar y vivir en lo cotidiano.

En coherencia con Leno Gonzales³ se puede afirmar que “la cultura influye en la necesidad, a la hora de procurar cuidados de los pacientes y en su bienestar y recuperación de la enfermedad”. Sin embargo, la cultura, en su sentido etnográfico, es todo “complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otra capacidades y hábitos”²,

pero también, está relacionada con la forma como se interpreta la relación de la persona con el otro, con lo y para el otro, donde el cuidar “es fundamentalmente cultural, ya que todo ser humano en el mundo está impregnado de una cultura, aquella que encontró al nacer y en la que vive”⁴.

Entonces, la cultura para los profesionales del cuidado de la salud no podría pasar desapercibida, como una variable que no solo afecta a los que reciben el cuidado, sino también a quienes lo proveen. La cultura influye el desarrollo como seres humanos desde lo biológico, psicológico y social. Frecuentemente, se la asocia como esa forma en que se espera que determinado grupo hable, viva, se desarrolle, se alimente, se vista, organice su familia y se conduzca, en general. Se la puede considerar como un elemento que condiciona el comportamiento y las decisiones de quienes están inmersos en ella. Por ello, es evidente que el embarazo y el parto son procesos universales en cuanto a la fisiología del cuerpo femenino; sin embargo, nunca ocurren como un proceso únicamente biológico, sino que se encuentran culturalmente moldeados por la visión del mundo, las creencias y costumbres de los diferentes grupos sociales.

Por tanto, las expresiones, el modo de vida y la misma relación de la persona, permiten que esta encuentre inicialmente su propia relación con el universo; que comprenda a través del ver, saber y sentir, pero también del escuchar, que puede ubicar esa experiencia con el fenómeno de la vida misma, donde la visión del mundo “es real, significativa”⁴, única, irrepetible, válida y buena, y que permite la experiencia de vida de la persona desde su propia vivencia.

“Cuando miro al cielo en el amanecer, estremece a mi ser, lo infinito de sus colores, azul, tranquilidad, blanco que te invita a soñar, rojo intenso, que copia fielmente al fuego, fuego que transforma, fuego que te limpia, trasciende, transporta y habla, esencia que te acerca al gran espíritu, es el amanecer de fuego, pakari nina” (Comunicación personal, 2021).

El anterior fragmento permite descubrir esa relación de la persona con uno de los cuatro elementos o espíritus, propios de la filosofía y la cultura del pueblo andino, que admite encontrar la relación con la visión del mundo y los sitios sagrados donde se encontraba el lugar de sanación, conocido como el *samary* o el *waylla* ⁵, donde, además, las personas llevaban una ofrenda, hacían el fuego y

quemaban el sahumerio, el cual se debía consumir al ritmo del fuego; su humo envuelve, purifica, al combinarse con el viento, y permite esa relación profunda con el universo, con el cosmos, al encontrar también al gran espíritu, logrando el *kansarishkanimi*, que significa ‘nuevamente he vuelto a vivir’.

Así, la visión del mundo parte en el comprender esa relación con el bienestar desde el *suma* (Armonía-Plenitud) *Kansay* (Convivir-Vida), que permite encontrar al ser único, individual y espiritual, esencia de la vida misma y de la relación de ella con el universo. En el caso de la mujer gestante, se halla esa transición de ‘SER’ o no ‘SER’ hacia la identificación de ser mamá⁶, y “bienestar relacionado con esta nueva etapa de la vida, donde cada una de las molestias presentadas forma parte del proceso de engendrar” (Comunicación personal, 2024). Además, se observa una relación única de la mujer que engendra una “nueva vida; sentir una nueva vida” (Comunicación personal, 2025) donde esa nueva vida es comprendida como individual, única, de inicio, pero también de final, y de relación permanente con la mujer mamá. Eso explica los rituales de los grupos indígenas del pueblo de los pastos, con el manejo de la placenta después del parto, pero también los mismos cuidados, “el cuidado” de la mujer mamá durante la gestación, parto y puerperio (Comunicación grupal, 2024).

Leno Gonzales³ afirma que la visión del mundo hace referencia a:

- a. La perspectiva de una persona o grupo debido a su visión del mundo o del universo.
- b. Que consta de estructura social (factores de organización de una cultura en particular, tales como religiosos, económicos, educativos y políticos, y cómo estos factores dan significado y orden a la cultura).
- c. El contexto ambiental (un acontecimiento, situación o experiencia, tales como interacción social, emoción o elemento físico, que da significado a las expresiones humanas).

Por consiguiente, el cuidado basado en la cultura contiene en sí mismo, la comprensión de la visión del mundo, como esencia en el momento de planificar intervenciones individuales o colectivas, con grupos comunitarios. La enfermería transcultural “surgió de su educación y experiencia clínica [...], y que definió como

el área de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte”³.

Por ello, es necesario que los profesionales de la salud que tienen contacto con las gestantes y sus familias reconozcan que cada una de ellas tiene sus propias prácticas, valores y tradiciones, para asumir su autocuidado y brindar cuidado a su bebé; que comprendan que el cuidado no es homogéneo y que los cuidados pertenecientes a una cultura no son necesariamente apropiados en otra, así como tampoco lo son sus costumbres y valores.

El reconocimiento del proceso salud-enfermedad desde la filosofía del mundo y de la cosmovisión de la persona es fundamental para el cuidado de la salud de las personas y para poder desarrollar o brindar de manera congruente el mismo. Los planes primarios del cuidado de la salud proponen que cada individuo interioriza y aplica su cuidado según sus costumbres y creencias; desde el inicio del mundo estas técnicas le han servido para sobrevivir y mantenerse en el tiempo⁷. En el caso de las prácticas culturales de cuidado de la mujer gestante están las relacionadas con hábitos alimenticios, dados durante el embarazo, como ‘los antojos’ o, acudir donde la partera para recibir los primeros cuidados o diagnósticos relacionados con “si está o no embarazada” a través del “pálpito que solo las comadronas lo sienten” (Comunicación grupal, mesas interculturales, 2025). Así mismo, los cuidados relacionados con el vestido y el ejercicio están encaminados a disminuir el aborto: “las novedades”, como lo explica la siguiente narración:

¿Cómo le digo? Hace tiempo tuve a mis hijos; el cuidado se hace con la alimentación; se debe comer bien; no hacer fuerza ni esforzarse para hacer trabajos; el vestido debe ser holgado y se debe cumplir los antojos, porque si se antoja de algo la mamá, el guagua sale baboso y eso se quita limpiando la boca y soltándolo en un ladrillo quemado; entonces, se quita lo mismo si se lo besa uno en la boca. Los antojos son malos; traen novedades y desesperación en la mamá; durante el embarazo se da huevos pericos con cebolla y ajo para los parásitos; eso se debe tomar en ayunas; eso quita también el vómito y desparasita la mujer, porque eso se da por la debilidad de la matriz; entonces, el cuy tierno si es mejor también si lo haces soasado; se lo envuelve en una hoja de repollo el cuy

tierno y se lo pasa por la ceniza y se deja que se cocine; ese es el alimento sobre todo para la matriz débil; se puede dar lo que ella quiera; se puede comer arracacha, acelga, huevo de gallina común, pollo blanco de patas amarillas, la guayaba rosada, no la blanca, porque es el alimento. (Comunicación personal, 2024)

El cuidado basado en la cultura tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida y la existencia a lo largo de una historia de vida en un periodo de tiempo⁷. Cuidar desde lo humano y reconocer el modelo centrado en la cultura requiere reconocer a la persona que se desenvuelve, crece, aprende, desde una interrelación con el otro y para el otro, pero también desde su propia forma de dar el significado a la salud, enfermedad entendida como dolencia o “el padecer es la forma personal como el individuo vive su problema de salud”⁸, pero también en transiciones importantes como el embarazo, el cuidado o “cuido” y la forma de recuperar la misma, validando las prácticas culturales de cuidado, que pueden constituir una barrera primordial en el momento de prestar la atención a los servicios de salud en cuanto a la resolución en tratamientos y recomendaciones médicas, mostrando la necesidad de organizar acciones que mejoren la gestión y gobernanza para el cuidado de la población materna con énfasis en su cultura, procesos más acercados a las situaciones a partir de necesidades reales, donde no haya barreras culturales sino intervenciones dialogadas, comprensivas, de mutuo acuerdo, expresiones de respeto y de un cuidado más centrado en la persona, con sus particularidades. No obstante, la aplicación local de las directrices a menudo no se concreta o, se revelan problemas al implementarlas, como, por ejemplo, la resistencia de algunos profesionales a adoptar una perspectiva intercultural, las barreras lingüísticas o, la ausencia de participación ciudadana dentro de los servicios.

Leininger⁹ subraya que la cultura debe guiar el contenido de la ética requerida por el cuidado; afirma que “la cultura provee la base de un conocimiento holístico más amplio para construir la base de un conocimiento ético correcto y digno de confianza para guiar las decisiones sobre el cuidado humano, la salud, la muerte y los factores de la vida diaria”⁹. De ahí que, los diálogos de saberes y su objetivo hacia lograr un bienestar se enmarcan en modelos tradicionales de salud. El saber ancestral permitirá reconocer la ética para cuidar; es imperioso ser entendido desde la cultura. García Márquez¹⁰ expresa el significado, como esa fuerza totalizadora de la creación, entendida

como el contexto donde interactúan saberes, prácticas, simbologías, vivencias dadas desde la individualidad de las personas; por ejemplo, usar una faja en el vientre de la mujer tiene ese significado de protección; y la faja para el niño, de abrigo y de “cuido”, dando paso a lo manifestado por el autor como esa vida cotidiana, donde se es auténtico desde la vivencia y que supone el pleno respeto a la persona humana⁶.

Por tanto, la libertad humana está inmersa desde lo diverso que brinda su humanidad y, desde su identidad cultural que surge por diferenciación y como reafirmación frente al otro¹¹, originándose en el territorio donde, siendo seres culturales, es apremiante reconocer el proceso histórico de cada persona y comunidad que le imprime lo propio con su forma de hablar y comunicarse, la visión del mundo, los ritos, ceremonias o comportamientos individuales o colectivos, y la forma como ella da respuesta a transiciones, crisis y procesos de salud o enfermedad, recordando que son aprendidos en la familia, a través de los abuelos o, como mencionan en comunicación oral, 2023, los “mayores”, por lo cual trasciende la memoria historia de lo humano que se conserva en los hogares de cada pueblo, que es particular, pero que, a la vez, hace que se conozcan y transmitan en diferentes formas a otros entornos culturales. Por ejemplo, los rituales propios en algunos pueblos son rituales de armonización orientados a conservar y preservar la “intimidad de relación con la madre tierra, la fertilidad, la prosperidad y la unión indivisible de la mujer con su hijo”⁶. Así, la “cultura estaba referida al espíritu, a las tradiciones locales, al territorio. [...] Desde la cultura *animi* (cultivo del alma) y *Kultur*, implicaba una progresión personal hacia la perfección espiritual”¹² siendo más humanos, más individuales, con vivencias propias en las transiciones o etapas de acuerdo con la ley natural, como la gestación, un estado deseado y, a la vez, “dado hacia la misma individualidad del nuevo ser; persona única, propia, irrepetible que se está formando en el vientre desde la misma esencia de vida dada por la mamá y papá y con esa profunda conexión espiritual” (Comunicación oral, 2023); también es “para mí, es darle vida a otro ser”.

En consecuencia, el cuidado basado en la cultura incluye reconocer lo humano; invita a reflexionar desde lo cotidiano, el modo de vida, lo universal y lo único y, cómo se vive a partir de esta diferencia, los procesos biológicos como la maternidad, pero, asimismo, el significado que se brinda a la mujer, cuya comprensión está dada desde

la misma relación con la madre tierra, en el sentido y significado de dar vida, unión indivisible donde la mujer, desde su fecundación y su esencia, se determina en la fertilidad del vientre:

Para las mujeres es muy importante el Sumak Kawsay unido a la Pachamama. Las mujeres, como humanas, somos dadoras de vida, no solo porque parimos, sino porque hacemos crecer a ese nuevo ser. Nosotros somos parte y estamos dentro de ese vientre que es la Pachamama¹³

Por este motivo, la mujer *warmi* complementa al hombre *cary*, y este a la mujer, dando paso a la armonía de complementarios (*tinkuntin*), donde simbólicamente se comprende esa relación, conocida como dualidad, en la cual existe diferencia entre los sexos, pero, al mismo tiempo, una relación de reciprocidad, unidad, respeto, igualdad, compañía, encuentro de energía espiritual que fluye en el encuentro de su igual, de su par, de su almita o su complementario (Comunicación oral, mesas interculturales, 2025), explicada también en la dualidad del sol (*Inti Tayta*) y la luna (*Killa Mama*)¹⁴. Al respecto, en comunicación personal afirman:

Ver la totalidad de la realidad es posible siempre y cuando hay par, porque [...] individualmente solo podemos ver la mitad del horizonte. No tenemos ojos atrás para ver la totalidad. Podemos ver la totalidad siempre y cuando [seamos] dos. Y [esto simboliza también la dualidad] hombre y mujer como componentes de la vida y de la realidad [pues] solamente cuando hombre y mujer están juntos pueden ver la totalidad del horizonte; es decir, de la vida y de la realidad.

La mujer tiene una relación importante con la madre naturaleza, que es la chagra¹⁵; es quien la cultiva; es quien conoce sobre las plantas dulces, las plantas amargas, las diferentes formas de cultivo y siembra de las semillas y su cuidado (Comunicación personal, Mesas interculturales, 2024). También es la que orienta en el cuidado durante las dolencias y, sobre todo, durante la gestación. A partir de la utilización de las plantas conoce su forma y las usa en las prácticas de cuidado de la salud, como la “purga para después del parto, para evitar que la mujer quede con el vientre grande” o, “cuando el niño recién nacido duerme, no debe hacerlo cerca de una ventana, puesto que verá al llorón y no dejará de llorar” (Mesas interculturales, 2025).

En consecuencia, reconocer la identidad cultural requiere entender las características particulares de una práctica, comprender, escuchar la vivencia y los significados, para planificar un cuidado centrado y orientado desde la misma experiencia de las personas, donde realmente la ciencia del cuidado humano toma forma dado que, “el fondo cultural del individuo comprende primordialmente las normas internas de comportamiento y valores dados en las comunidades”³, a partir de una comunicación intercultural, donde el profesional de enfermería brinde una identificación de riesgos clínicos de la mujer, realizando el reconocimiento de lo cotidiano.

La perspectiva holística de la vida humana, para el caso de la mujer en estado de gestación, parte de la misma comprensión y conocimiento de lo que significa estar embarazada. Para el caso de la mujer del pueblo de los pastos, existen tres condiciones importantes:

- a. La relación con la esencia del cosmos; es decir, esa relación intrínseca del universo.
- b. La relación con el SER, que se forma siendo individual: “esa otra persona que se engendra en el vientre”.
- c. La relación de la vida, pero también de la muerte; es decir, el vientre forma la vida, da vida y es un nuevo inicio de la muerte que permite ese nuevo encuentro ancestral con el otro⁶.

Bajo este escenario, el embarazo, su significado, comprensión y entendimiento cultural, son claves para la atención intercultural materna hacia una atención basada en el reconocimiento cultural. Esto permite rescatar los valores esenciales de la atención, como la confianza, donde la persona es el centro de atención; la estima, las necesidades, donde el paciente no es el repositorio de la enfermedad, sino su condición propia de salud que permite “reconocer la singularidad de la persona, y esta debe tener el control de su propia vida y así dirigir su atención y cuidados”¹⁶. En el caso de la gestación, se parte desde comprender el significado mismo del embarazo, donde “este está mediado por los nueve solares y nueve lunas; es decir, nueve meses donde debe cuidarse de un parto normal o riesgoso; debe alimentarse y la matriz también, para no tener novedades de un mes o de dos meses” (Comunicación personal, 2025).

Hay que partir por reconocer que el contexto ambiental para la atención en salud es el elemento más importante

de la persona, pues es donde vive, crece, procrea, enferma, se restablece, trasciende, además de los otros elementos complementarios utilizados para manejar los disruptivos efectos de la enfermedad y el acceso a los servicios ofrecidos, la tecnología biomédica, los procedimientos quirúrgicos de paliación que contribuyen a mejorar la calidad de vida o las condiciones frente a las secuelas producidas por la enfermedad. Según Gavilanes¹⁷ et al., la medicina tradicional es un hecho sabido que se constituye en uno de los recursos utilizados para resolver un problema de salud o atender una necesidad. El amplio uso de la medicina tradicional se atribuye a su accesibilidad y asequibilidad¹⁷. El modelo de Andersen establece que la utilización de servicios de salud es resultado de la interacción de tres factores: los predisponentes, los mediadores (aquellos que facilitan u obstaculizan el acceso a los servicios de salud y que son susceptibles a las políticas de salud) y los de necesidad, la cual se expresa a través de la percepción y gravedad de los síntomas de la enfermedad¹⁸ o, puede estar relacionada con la necesidad de atender la salud o cambios referentes al embarazo, como es acudir a parteras tradicionales o comadronas, como lo refiere una de las mujeres que participaron en la entrevista del grupo focal:

Después del parto, a mí me cogieron la sobadora o partera en la camilla; me haló de los pies para arriba y bajando con las manos, me movió y encaderó; eso sirve para que el cuerpo vuelva a su estado antes de estar embarazada, y que no quede vientre grande o el estómago grande. Depende de dónde se crie al hijo. También me sobo durísimo las piernas y los brazos, me dio la purga, era un agua, entonces no sabía si tomar o no; la tomé y me dio ganas de ir al baño, pero que he dado dos pasos y se ha venido algo baboso; no sangre, y tampoco orina; y así se bota todo y el vientre se queda bien. (Comunicación personal, 2024)

El ser humano histórico y cultural es una de las condiciones primordiales de la persona, quien, a través de su trayectoria y curso de vida y del aprendizaje recibido por familiares, padre o madre desde el nacimiento, adquiere esas prácticas de cuidado, influenciadas por la cosmovisión interpretada. Al respecto, Badillo Zúñiga et al.¹⁹ afirman que es “como un conjunto articulado de sistemas ideológicos para el conocimiento y comprensión de los cuidados tradicionales”. Como seres históricos, se retoma la biografía de cada persona y también la herencia, no solo biológica, sino la conferida por tradiciones, costumbres y conocimientos culturales de la persona, que

se interpretan de acuerdo con esa historia, los síntomas de la enfermedad y las circunstancias de la aparición de la misma; por tanto, esta información suele ser esencial para mejorar los resultados de las intervenciones terapéuticas. Por otra parte, el reconocimiento histórico cultural también involucra para ambos actores del sistema (personal médico y paciente), indagar esos saberes tradicionales culturales, conocer la historia de las localidades, comunidades, procesos políticos, sociales, económicos y culturales que definen un sistema de valor de una identidad cultural, para el reconocimiento propio. Por ello, es esencial en la atención de los pueblos indígenas, por ejemplo, tener en cuenta la territorialidad, puesto que, según este concepto, se explica y comprende la integralidad de la vida, dónde se vivencia la ley de origen y la ley natural que integra a los seres, espíritus y energías; un orden que hace posible la vida²⁰, conocido por tradición oral, el cual permea en el momento de orientar las prácticas culturales de cuidado, como en el caso de las enfermedades culturales, el mal ojo, el ojiado, el pujo del recién nacido, entre otros.

Desde la perspectiva de la cultura, el “momento de vida de la maternidad” frecuentemente involucra creencias, valores y prácticas tradicionales que se traducen en patrones culturales. Estos patrones generalmente son producto de costumbres ancestrales desde donde surge la importancia de que la vida que nace desde una mujer es sagrada, y van más allá del rescate de sus saberes ancestrales, en los que confían porque son los que les han acompañado desde tiempo atrás y les han generado un sentido de pertenencia hacia su identidad. Para ellas, los saberes ancestrales son respetables porque son años de experiencia y de transmisión de generación en generación.

Humanidad y vida. Al hablar de la humanidad y la vida en el contexto de la interculturalidad para el cuidado de la salud, necesariamente se debe retomar las raíces epistemológicas de las ciencias, sobre la ética de lo humano, frente a cada comportamiento dado desde la diversidad cultural, siendo la vida una concepción que sobresale en cada práctica que se brinde en el proceso salud-enfermedad, sin ser ajena entre las culturas, la interrelación entre lo humano, la naturaleza y lo espiritual, las cuales se relacionan no solo entre las personas, sino también con el otro, para el otro y por el otro desde la cosmovisión. Dentro de la filosofía de los pueblos andinos, la coherencia entre el ver, sentir, hacer y percibir los significados del mundo, sobresale esa relación íntima con el ser espiritual y lo humano, que orienta la forma de

cuidar de uno mismo, de los alimentos, del cuerpo físico, de la reacción ante los sucesos.

Esta concepción en el significado humano del embarazo dinamiza las prácticas en bien del nuevo ser, el cual es individual, aparte de la mujer, con su propia esencia, vida, transición espiritual, entendida como nuevos comienzos y nuevos finales; por ello, la mujer permite esta renovación de la vida-muerte, siendo esenciales las prácticas culturales para el cuidado, para cuidar del “wawa”, papel inherente a la maternidad, donde según la ley natural de la mujer, es ser mamá y cuando hay una novedad (aborto), se considera que va en contra de esta ley (Comunicación personal, 2024).

Lo humano en la cultura. Lo humano no es más que lo que determina las decisiones en la aplicación de las normas individuales, reglas, comportamiento individual; está muy unido a las emociones del ser humano, donde su único fin está orientado a encontrar el bienestar; en el caso de la maternidad, el bienestar de ambos. Por esto, en el caso de las dolencias o enfermedades, las personas eligen de acuerdo con la necesidad percibida y su preferencia para la recuperación de ese bienestar, según lo consideren pertinente. De hecho, los servicios de salud y su tratamiento son también opciones; de ahí que la ética de lo humano se relaciona consigo mismo; en el caso de la maternidad, con ambos seres, pues según su ideología y cosmovisión, tomarán las mejores decisiones para ambos.

Los marcos normativos internacionales, las leyes nacionales y los lineamientos de salud, en especial del Ministerio de Salud y Protección Social, exigen una reinversión instruccional con relación a la prestación diferencial de servicios de salud, el trato humanizado, el reconocimiento de las diferencias culturales, el respeto de las decisiones de la mujer indígena y el trabajo interrelacionado con las formas de cuidado y atención cultural. Bajo este argumento, se puede detallar lo primordial que resulta que el personal de salud, que tiene bajo su responsabilidad el cuidado, brinde una atención más congruente, conectando no solo el saber científico y disciplinar, sino el humanismo que debe estar inmerso en todas las acciones que brinda; además, ha de considerar el cuidado intercultural en la atención y el respeto por las individualidades y la vida misma.

Para el profesional de salud actual, la valoración de la persona involucra entender y comprender lo humano,

dado que la persona no solo es la constructora de una fracción de un entorno; es quien recibe información a partir de un mundo globalizado, que hace que la persona intercultural acceda a servicios de salud que ofrecen diversas alternativas de tratamiento y otras medicinas que brindan otras posibilidades de curación.

Conclusiones

El cuidado cultural durante la gestación se revela como un componente esencial en el ámbito del cuidado humano, resaltando la importancia de reconocer y respetar las prácticas y creencias culturales de las personas, enriqueciendo la comprensión de la salud y la enfermedad desde una perspectiva holística e integral.

Interrelación cultural y Cuidado humano: la visión del mundo y la cosmovisión de cada persona son fundamentales para un cuidado de salud congruente y competente. La integración de las prácticas culturales en el cuidado de la salud no solo valida estas prácticas, sino que promueve una atención más efectiva y respetuosa, alineada con la identidad cultural y las creencias del individuo.

Accesibilidad y barreras culturales: la accesibilidad a los servicios de salud, a menudo obstaculizada por barreras administrativas y económicas, debe considerar también las barreras culturales. Reconocer y superar estas barreras puede mejorar significativamente la efectividad de los tratamientos y las recomendaciones médicas, particularmente para las poblaciones más vulnerables.

Salud intercultural: la salud intercultural permite la conservación de la salud y el tratamiento desde tradiciones y saberes culturales, comprendiendo las dinámicas propias de las personas en el cuidado de su salud. Esto requiere una atención centrada en la persona, reconociendo su contexto cultural y sus prácticas cotidianas.

Importancia de la identidad cultural: la identidad cultural y la historia personal de cada individuo son cruciales en la forma como enfrentan las transiciones, crisis y procesos de salud o enfermedad. El reconocimiento de estos aspectos permite una atención más personalizada y efectiva, respetando la individualidad y las prácticas culturales específicas.

Conocimiento ancestral y Prácticas de cuidado: las mujeres, a menudo portadoras del conocimiento ancestral sobre plantas medicinales y prácticas de cuidado, desempeñan

un papel crucial en la salud y el bienestar durante la gestación. Estas prácticas, basadas en la cosmovisión y el sistema ancestral de creencias, complementan la medicina moderna y deben ser respetadas y valoradas en el contexto de la atención sanitaria.

Apropiación intercultural: es esencial que los profesionales de la salud cambien sus procesos de atención y se apropien de la cultura en cada actuación, de suerte que presten una atención más cercana, respetando la cultura de cada persona. La noción de interculturalidad desde la educación y la salud involucra repensar epistemológicamente el cuidado de salud desde otra mirada.

En conclusión, el cuidado cultural es una pieza fundamental en la ciencia del cuidado humano, especialmente durante la gestación. La integración de las prácticas y creencias culturales en el cuidado de la salud no solo promueve una atención más efectiva y respetuosa, sino que fortalece la relación entre el profesional de enfermería y la persona, facilitando un cuidado más integral y humano.

Conflicto de interés

Los autores declarar no tener ningún tipo de conflictos de interés.

Responsabilidades éticas

El artículo de reflexión no requirió procedimientos éticos de manera directa; su elaboración se realizó bajo un enfoque ético y responsable, y retomó el análisis desde los resultados de la investigación de 'Cuidado Intercultural de la Mujer durante la gestación, parto y puerperio', además de la reflexión de las autoras frente a los artículos revisados y el conocimiento aportado en la investigación.

Fuentes de Financiación

El manuscrito se deriva del trabajo independiente de las autoras, pero los proyectos de los cuales este deriva, tienen su fuente de financiación en el programa de Enfermería de la Universidad Mariana y el Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2023.

Referencias

- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Política Nacional de Humanización en Salud: Entrelazamos esfuerzos en la construcción de la cultura de humanización para el goce efectivo del derecho a la salud y la dignidad humana, 2021–2031. Bogotá: Oficina de Calidad, Ministerio de Salud y Protección Social; 2020.
- Harris M. Antropología cultural. Madrid: Alianza Editorial; 1990.
- Leno González D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. En: *Gazeta de Antropología*; 2006. Núm. 22, Art. 32. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/7118> - <https://doi.org/10.30827/Digibug.7118>
- Rohrbach C. En busca de un cuidado universal y cultural. *Investig Educ Enferm* [Internet]. 2007 [citado el 10 de junio de 2025]; 25(2): 116-121. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000200011&lng=en&tlng=es
- Kowii A. El Sumak Kawsay. [Internet]. 2011 [citado el 10 de junio de 2025]; (28). Disponible en: <https://revistas.uasb.edu.ec/index.php/aa/article/view/3305>
- Hernández Ararat Z, Ortega NC, Ortiz Coral L, Quiñonez CE, Álvarez Burbano L, Juajibioy HA. Cuidado intercultural en la mujer: gestación, parto, puerperio, atendidas en algunas instituciones de salud del departamento de Nariño en el periodo 2022-2024 [Informe de investigación]. San Juan de Pasto (CO): Universidad Mariana, Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería; Instituto Departamental de Salud de Nariño; 2024.
- Castillo Mayedo JA. El cuidado cultural de enfermería: necesidad y relevancia. *Rev Haban Cienc Méd* [Internet]. 2008 [citado el 10 de junio de 2025]; 7(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300003&lng=es
- Muñoz L., Vásquez ML. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia Médica* [Internet]. 2007; 38(4): 98-104. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28309811>
- Leininger MM. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing; 1991. p. 64
- García Márquez G. Palabras para un nuevo milenio: discurso pronunciado en La Habana, Cuba, el 29 de noviembre de 1985 durante el II Encuentro de Intelectuales por la Soberanía de los Pueblos de Nuestra América. Disponible en: <https://centrogabo.org/gabo/gabo-habla/palabras-para-un-nuevo-milenio-discurso-de-gabriel-garcia-marquez-para-afrontar-el2018>
- Papa Francisco. Laudato sí [Internet]. Casale Monferrato: Edizioni Piemme; 2015 [citado el 10 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html
- Molano OL. Identidad cultural, un concepto que evoluciona. *Rev Ópera* [Internet]. 2007; (7): 69-84. Disponible en: http://fcaenlinea1.unam.mx/anexos/1156/Molano_Identidad_cultural.pdf
- Caudillo Félix GA. Reflexiones sobre el Buen Vivir o Vivir Bien (Suma Qamaña; Sumak Kawsay, Balu Wala). [Trabajo académico]. Guadalajara: Universidad de Guadalajara. Disponible en: https://www.academia.edu/120838029/Reflexiones_sobre_el_Buen_Vivir_o_Vivir_Bien_Suma_Qama%C3%B1a_Sumak_Kawsay_Balu_Wala_p.159
- Hidalgo-Capitán AL, Guillén García A, Deleg Guazha N (Eds). *Sumak Kawsay Yuyay: Antología del Pensamiento Indigenista Ecuatoriano sobre Sumak Kawsay*. Huelva y Cuenca; 2014. Disponible en: https://base.socioeco.org/docs/libro_sumak.pdf
- Mesa Manosalva EG. Cosmovisiones y prácticas ancestrales de los pastos para construir la paz regional. *Revista Tendencias*. 2018; 19(1): 215-240.
- Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. *Informes Psicológicos*. 2020; 20(2), 119-138. Disponible en: <https://doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a9>

17. Gavilanes TM, Cruz Gaviláñez YD, Cruz Gaviláñez MT, Muñoz Cruz AG, Quintana Cruz DN. La medicina ancestral en la sierra y su aplicación al cuidado de la salud. *Dominio Cienc.* 2022; 8(3): 746-760. Disponible en: dominiodelasciencias.com
18. Vargas Bustamante A, Fang H, Garza J, Carter-Pokras O, Wallace SP, Rizzo JA, et al. Variations in healthcare access and utilization among Mexican immigrants: the role of documentation status. *J Immigr Minor Health.* 2012; 14(1): 146-155. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10903-010-9406-9>
19. Badillo Zúñiga J, Bermúdez González A. La cosmovisión, conjunto articulado de sistemas ideológicos para el conocimiento y comprensión de los cuidados tradicionales. *Cul. Cuid.* [Internet]. 2018 [citado el 10 de junio de 2025]; (49): 65-73. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2017-n49-la-cosmovision-conjunto-articulado-de-sistemas-ideologi>
20. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 0488 de 2025 (mayo 5). Bogotá: Diario Oficial; 2025 [citado el 9 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co>

Contribución

Nohora Ortega Cadena: investigadora principal. Realizó la reflexión en torno al cuidado basado en la cultura.

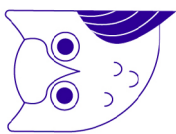
Zuelima Hernández Arará: contribuyó a la discusión y revisión de la redacción.

Lusangela Álvarez Burbano: contribuyó en la formulación de las conclusiones.

Todas las autoras participaron en la elaboración del manuscrito, lo leyeron y aprobaron.

Declaración de uso de inteligencia artificial

Se declara que no se utilizó herramientas de inteligencia artificial.



Cuidado humano para el nacimiento humanizado

Nohora Ortega Cadena¹
Yolanda Chamorro Cabrera²



Cómo citar este artículo: Ortega N, Chamorro Y. Cuidado humano para el nacimiento humanizado. Excelsium Scientia Rev. Int. Investig. [Intenet]. 2025; 9(1). 45-54 Disponible en: <https://doi.org/10.31948/esrii.v9i1.4762>

Fecha de recepción: 11 de abril de 2025

Fecha de aprobación: 6 de mayo de 2025

Resumen

El nacimiento es una experiencia profundamente humana y cultural, marcada por emociones, creencias y vínculos familiares, que trasciende lo clínico y se convierte en una vivencia única para la mujer. Este artículo analiza el cuidado humanizado durante el parto desde la enfermería, a través de una revisión integrativa de literatura en bases como Scielo y Lilacs. Se reflexiona sobre la atención institucional, que muchas veces despersonaliza el parto, frente al modelo de cuidado que reconoce la dignidad, espiritualidad y contexto cultural de la mujer. Los resultados destacan que el cuidado humanizado implica reconocer a la madre como sujeto activo, valorar sus decisiones y brindar acompañamiento físico y emocional. La enfermería juega un papel esencial al integrar el saber científico con el respeto por la individualidad, promoviendo una atención ética, empática y centrada en la persona. Así, cuidar se convierte en un acto transformador, que dignifica la experiencia del nacimiento y fortalece el vínculo madre-hijo.

Palabras clave: humanización de la atención, parto humanizado, plan de parto. (DeCs Bireme)

Introducción

El nacimiento es un acontecimiento humano, cultural y social, pero, sobre todo, una experiencia para la mujer que da a luz, siendo esta una vivencia que está relacionada con sus propias convicciones, emociones, creencias, significados, visión del mundo y, también, su entorno cultural. Así, el nacimiento para el ser humano es un acto de profundo respeto, cuidado, acompañamiento espiritual, que no está ajeno a las emociones y sentimientos más profundos de la mujer que va a parir, sino del esposo, hermanos, familia, como una posibilidad de nuevos comienzos, que retoma el valor de su ser¹ como permite entender el siguiente párrafo:

En la tarde anterior empezaron los dolores; estaba frío; la comadre, que sabía atender partos, prendió el fuego, para abrigar la casa; quemó albaca para proteger el ambiente para el nacimiento; todos esperaban con expectativa, susto, pero también con alegría; la tía tomó la ropa del bebé y la calentó en el fuego; sobre todo la camisa, para que esté abrigadita para ponerla; todos guardaban silencio. Y doña Flora María la atendió; nació el niño, lo arropó en

Artículo de reflexión.

¹ Enfermera. Profesora de Enfermería, Universidad Mariana. Correo: nortega@umariana.edu.co

² Enfermera. Correo: eychamorro@umariana.edu.co

una cobija, solo de él, y lo pasó a mi mamá. Ella dijo que había respirado, dado un suspiro y llorado a todo pulmón. Es el primer aire de vida; ahora celebramos. ¡La vida! Le tomé de su manito y nos miramos a los ojos; ¡era mi hermano! (Comunicación personal, 2025)

El nacimiento es una experiencia que se relaciona con la vida y la muerte, pero también constituye para las personas un inicio: “nos hace llegar a ser lo que somos en la vida”²; se lleva, en efecto, el primer apego del hijo, desde la unión del tacto³ del recién nacido con su mamá; es un momento emotivo, sensible, único, de encuentro y de reconocimiento en el contacto piel con piel⁴. Entre hijo-madre e hijo-padre, este momento se constituye como un valor de supervivencia biológica para la especie humana³, donde las emociones, lo humano, las relaciones, los rituales y los cuidados aprendidos de madres, abuelas, comadres o personas cercanas son puestas en práctica, para garantizar el bienestar de ambos: mamá e hijo.

Sin embargo, para muchas mujeres se establece en una experiencia que genera angustia, temor, soledad, dolor frente a la atención recibida en una institución de salud⁵, puesto que enfrentan la muerte materna o neonatal. Igualmente, puede coexistir en el momento del nacimiento, una situación crítica para la sobrevivencia del binomio madre-hijo; el riesgo de morbilidad puede aumentar considerablemente si surgen complicaciones⁶ y la percepción de muchas mujeres respecto a una atención del parto no humano, no muy cercano a su humanidad y de la dignidad de la persona⁷ a partir de su realidad histórica, sus aprendizajes, la forma como cuida de su gestación y como quiere experimentar el nacimiento de su hijo, a través de un parto más humano, comprendido como un valor y una experiencia que cada persona vive desde una perspectiva diferente; es decir, de acuerdo con el paradigma de la transformación⁸, es el ser humano libre que narra su propia biografía⁹, vivencia que se da en un ambiente hospitalario especializado muy diferente al entorno del hogar que brinda seguridad, calidez, confianza y acompañamiento por parte de las parteras tradicionales y el cuidado de las personas cercanas, quienes al comprender el acto de cuidar, incorporan el sentido de la trascendencia de la condición humana; es decir, es la persona cuidada quien da el sentido a la experiencia¹⁰.

Cada acercamiento a las instituciones de salud por parte de las personas es una evidencia para la credibilidad del cuidado brindado por el profesional de enfermería.

Como afirman Santos Holguín y Lascano Espinoza¹¹, las vivencias personales del padecimiento o enfermedad y la forma como se apoye en la comprensión y en cómo vivir dicho proceso, constituye el enfoque fundamental del cuidado humanizado, sustentado en ese vínculo importante del enfermero-paciente-paciente-enfermero¹¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹² reconoce que “todas las mujeres tienen el derecho a tener una vivencia del parto, como experiencia de vida personal significativa y, además, recordada con agrado”. En un contexto de la prestación de servicios de salud que trata a la mujer como un ser pasivo frente a las decisiones médicas de atención del parto, las parturientas pasan a ser consideradas y tratadas como enfermas y, en pocas ocasiones pueden manifestar sus emociones, temores o decisiones propias durante el trabajo de parto, puerperio y lactancia¹³. Hoy en día, se propone y pretende dar a la madre y a su hijo, una atención más personalizada por parte del profesional de enfermería; ese cuidado humano contempla:

- a. Los derechos y necesidades de la mujer.
- b. Comprender al parto no solo como una experiencia clínica, sino un nuevo significado de una experiencia de vida.
- c. Decisiones para la mujer; es decir, la mamá tiene voz y voto⁴.

Metodología

El artículo parte de una descripción y del análisis de una pregunta orientadora desde el cuidado humano durante el parto en la disciplina de enfermería y la relación con el nacimiento humano. Se realiza una búsqueda a través de fuentes primarias y secundarias en bases de datos como: Lilacs, Scielo, y repositorios institucionales, documentos, normas y regulaciones, a través de palabras claves seleccionadas en artículos que estén acordes con el tema. Se estableció la revisión integrativa de la literatura para, posteriormente, analizar en categorías la discusión que permita reflexionar los alcances del cuidado humano durante el parto, con un nacimiento seguro y humano.

Resultados y Discusión

La atención del parto humanizado para la práctica profesional de enfermería es un tema relevante, aún más cuando se trata de una mujer que va a vivir el nacimiento

de su hijo o hija, vivenciado no como enfermedad sino desde una experiencia propia e inherente de ser mujer.

El embarazo o gravidez, entendido como una transición importante desde su propia visión del mundo, es comprendida como “un don de vida o también como una responsabilidad para la crianza de su hijo desde una perspectiva de unidad”⁵ o, simplemente, es esa relación con las emociones sentidas desde la felicidad, la alegría, el miedo e inseguridad o, ese nuevo cambio de vida. Además, es un momento del nacimiento en un entorno desconocido como el hospitalario, siendo este muy diferente al hogar; es un ambiente clínico especializado, donde las normas, procedimientos, personal, tienen diferentes formas de atención, propias de los profesionales de salud, las cuales son avaladas desde la evidencia y los avances científicos, para garantizar el bienestar materno-fetal de acuerdo con las condiciones clínicas de riesgo.

Por tanto, la atención del parto ha sido un tema relevante para organismos internacionales como la OMS, quien organizó una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto en Fortaleza, Brasil, donde los expertos de diferentes disciplinas dieron las recomendaciones para la atención del parto¹⁴, a partir de considerar que toda mujer tiene derecho a una atención prenatal, así como también:

- a. A un papel central en todos los aspectos de la atención, incluyendo su participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención.
- b. Recomendaciones generales y específicas para la atención cultural del parto, relacionada con el apego inmediato del recién nacido.
- c. La formación de los profesionales de la salud sobre aspectos sociales, culturales, éticos y antropológicos para el momento del parto.

En 2018 la OMS¹⁵ publicó unas recomendaciones generales para los cuidados durante el parto, de suerte que surja una experiencia positiva que parte de identificar los problemas de atención y establecer buenas prácticas en el marco de lo humano, resultando en un trabajo de parto y un parto sin complicaciones. Además, promueve la experiencia en la atención, para asegurar una atención de alta calidad en el trabajo de parto y el parto, con procesos centrados en la mujer, siendo para el profesional de enfermería en los servicios de maternidad, una tarea importante desde el cuidado, como una relación con el ser humano cuyo centro es y siempre será la persona que cuida, sin descuidar a la persona que es cuidada,

al situar al sujeto cuidado como un ente en el mundo, con vivencias, representaciones y apreciaciones de sí y del medio circundante¹⁶, donde confluyen la relación y las interacciones simbolizadas por operaciones que consideran la humanidad del individuo, compuesta y concretada por aspectos físicos, psicológicos, espirituales, estéticos, sociales, políticos y culturales¹¹. Para el caso de la mujer durante la gestación y en el nacimiento, es imprescindible tratar estos aspectos para identificar las necesidades de cuidado centrado en la persona, partiendo del análisis de la vivencia, representación, visión del mundo y condiciones que afecten o condicionen el riesgo de enfermar, de estar mal, de estar enfermo, de tener o no complicaciones.

Así también, cuidar implica analizar la situación del paciente en una relación cuyo objetivo va más allá de la enfermedad¹⁷; por tanto, esta transición permite una valoración de acompañamiento en el trabajo de parto, que reconoce a la mujer y sus necesidades, su identidad cultural, su autopercepción y reconocimiento como mamá.

En la praxis del cuidado humanizado, las intervenciones del profesional, la relación enfermera-paciente se dan en un contexto transpersonal e interpersonal, el cual debe tener las siguientes características, para la atención del nacimiento humano:

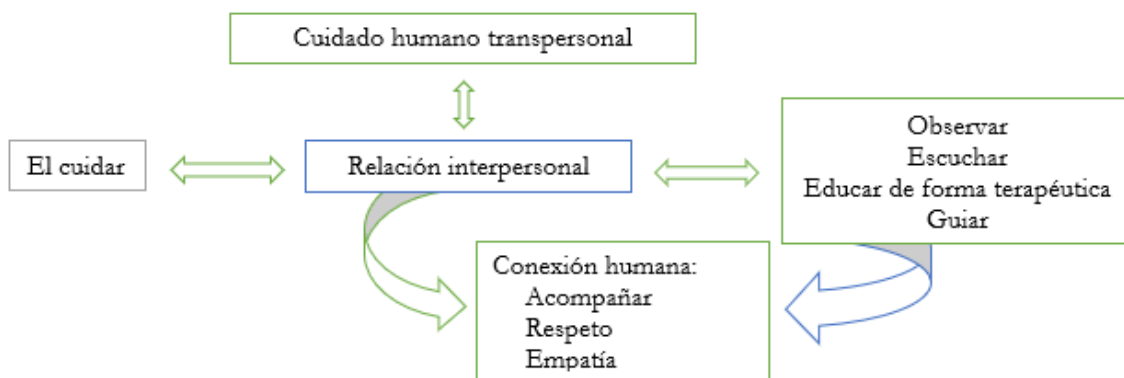
- a. Cuidados efectivos a través de satisfacer las necesidades humanas, con características importantes como la creatividad y el estilo en el diseño de cuidados efectivos. Debe poseer capacidades empáticas, habilidad de participar en la experiencia del otro, para percibir la expresión de los sentimientos a través de la escucha, la mirada atenta y los contactos físicos¹⁶.
- b. Un acercamiento hacia la comprensión del cuidado humano¹⁰, imprimiendo cualidades importantes como que, el cuidado profesional no debiera ser un acto que tenga que ser regulado por una legislación o una constitución, dado que, cuidar nace del profundo respeto a la dignidad de las personas.
- c. El cuidado de enfermería se entiende como el conjunto de acciones fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico, científico y disciplinar, orientadas a comprender a la persona en el entorno en que se desenvuelve¹⁰.

- d. Cuidar es un proceso que se manifiesta en la práctica interpersonal, cuyo fin es promover la salud y el crecimiento de las personas, para lo que se requiere compromiso moral y voluntad para el cuidado, además de reconocer que cuidar es una parte fundamental del ser y, es el acto que el ser humano ejecuta para, efectivamente, llegar a ser; es un ser con relación a otro que lo invoca⁹.
- e. El cuidado se construye basado en la mejor evidencia e investigación disponible; a su vez, está centrado en la persona y sus necesidades particulares, haciendo eco de un profundo respeto al ser humano como un todo¹⁰.
- f. Se debe reconocer que la persona es única, irremplazable, inserta en un determinado contexto sociocultural y capaz de atribuir significados a sus experiencias¹⁸.
- g. Se debe reconocer que la persona es única, considerando todos los ámbitos de su vida e historia. A través de la relación profesional se intenta hacer surgir una mejor apreciación, la expresión de sus recursos y un uso más funcional de estos¹⁹.

Por consiguiente, para la atención de la mujer en labor de parto, parto, el nacimiento y el alumbramiento, la relación del cuidar comprende e integra al ser humano, al grupo familiar y, brinda las cualidades propias del ser humano que cuida al ser humano. Se puede afirmar que existe una relación muy íntima entre cuidar desde lo humano y no humano; por tanto, las raíces del cuidado son el reconocimiento de la dignidad de la persona, la empatía y el profundo respeto por el otro. El tallo y hojas estarían relacionados con el conocimiento científico y disciplinar, el reconocimiento de la historia de vida y la visión del mundo de la mujer, siendo fortalecido por la investigación y el diálogo permanente con otras disciplinas, para concluir con un cuidado humano simbolizado con una margarita a quien se toma como base de comparación desde su significado cultural, de transformación y cambio, el cual es una de las características del cuidado humano, cuando la enfermera ayuda a esa transición de la mujer a mamá y el nuevo inicio de camino del recién nacido en y para una familia. Entonces, cuidar a la mujer durante esta etapa retoma significados y comportamientos del profesional, manifestado a través de una ética de la ternura que permite transformar la realidad de los sujetos al preservar “las cosas del amor” como testigo de “lo íntimo” del gesto humano que se da en ese momento del nacimiento²⁰ o, en otras palabras, contribuye a fortalecer la relación de la mamá con su recién nacido, siendo esencial en este contexto, el valor, amor y calidez hacia el cuidar, encaminado a proporcionar el bienestar de la persona y no simplemente como un complemento de las prácticas clínicas de rutina¹⁴.

Así, resulta relevante para la atención del nacimiento humano, el cuidado que brinda el profesional de enfermería a través de la planificación, aplicando técnicas propias como la observación, escucha, educación terapéutica, intervenciones, que permitan llevar a la práctica el mismo e interactuar con la mujer durante el trabajo de parto, parto, alumbramiento y el cuidado durante el puerperio, donde las características propias del ver, sentir, escuchar, percibir propias de lo cotidiano, permiten la conexión humana dada desde el cuidar y que, interactúan con el acompañar, el respetar, la empatía y, orientan el cuidar, como se presenta en la Figura 1:

Figura 1. Cuidado humano desde una relación transpersonal



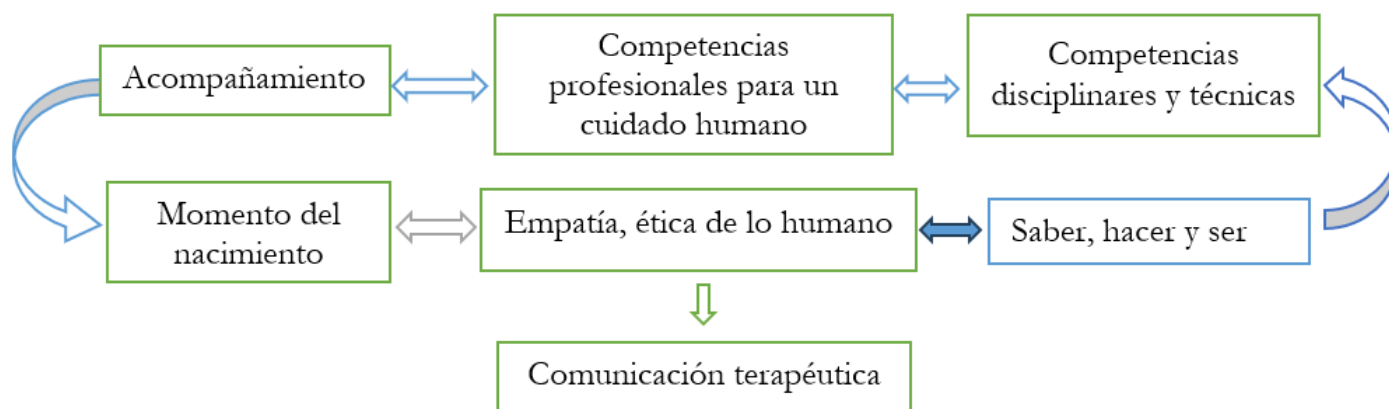
Fuente: Nohora Ortega y Yolanda Chamorro.

Así mismo y en coherencia con la pauta dada por la OMS⁶ sobre una experiencia de parto positiva, el nacimiento tiene las siguientes características:

- Un desenlace trascendente para todas las mujeres en trabajo de parto.
- La experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales.
- Relevancia al cuidado basado en la cultura, expresado desde la enfermería transcultural de Lehninger.

Esta propuesta incluye dar a luz a un bebé sano, bajo un nacimiento humanizado. Se requiere entonces de un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico durante la estancia hospitalaria para la mujer, donde se propone contar con apoyo práctico y emocional continuo, e intervenciones importantes para el cuidado:

Figura 2. Competencias interculturales y humanas para un parto respetado



Fuente: Nohora Ortega y Yolanda Chamorro.

Por tanto, una de las herramientas del cuidado como es la comunicación terapéutica, permite al profesional de enfermería:

- Una atención durante el trabajo de parto y el parto, que se sitúa hacia una atención respetuosa de la maternidad, comunicación efectiva, acompañamiento durante el trabajo de parto y continuidad de la atención orientada desde el plan de cuidados.
- La comunicación efectiva entre los profesionales y las mujeres debe tener características importantes como un lenguaje sencillo, culturalmente apropiado en todas las etapas del cuidado asistencial durante la estancia hospitalaria; se debe explicar la forma para los procedimientos que se va a realizar y, su propósito.
- Decisiones compartidas: se debe explicar los hallazgos de las evaluaciones físicas tanto a la mujer como a su acompañante y, dejar claro el curso de acción posible para permitir la toma de decisiones compartidas con la mujer.

Por otra parte, se da relevancia a la atención del parto humanizado, el cual se ha promovido internacionalmente, siendo respaldado por los derechos humanos. Para Colombia, este es un tema que tuvo como punto de partida el proyecto de Ley 017 de 2017 que acentuó en el artículo 3 “a ser considerada en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto”²¹.

Así mismo, la Ley 2244 de 2022 reconoce los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto, conocida también como ‘Ley de parto digno, respetado y humanizado’²², concibiéndose este, como:

Un cuidado organizado para proveer a todas las mujeres una atención que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, libre de daños y de maltrato, y que le permita la elección informada y el apoyo emocional continuo por un acompañante de su elección durante el trabajo de parto y parto humanizado.

Hace referencia al hecho de reconsiderar, rescatar los principios y los valores que tienen los seres humanos por el hecho de ser personas; es un modelo de atención que se lleva a cabo bajo la autonomía de la mujer y que respeta las necesidades de ella y su familia, el cual tiene como finalidad, propender al bienestar del binomio madre – hijo y, por ende, de su entorno familiar. Para el cuidado, se retoma los aspectos más sobresalientes de la ley, los cuales se relacionan directamente con el cuidado y la asistencia, a través de una atención integral, con características propias, relacionadas con el cuidado basado en la cultura, que retoma lo humano como son los valores, creencias y su condición de salud; además, las que refieren a la intimidad y confidencialidad, con la información sobre resultados de pruebas de laboratorio, a ser informada sobre la evolución del trabajo de parto, parto y posparto y, sobre el estado de salud del feto y del recién nacido.

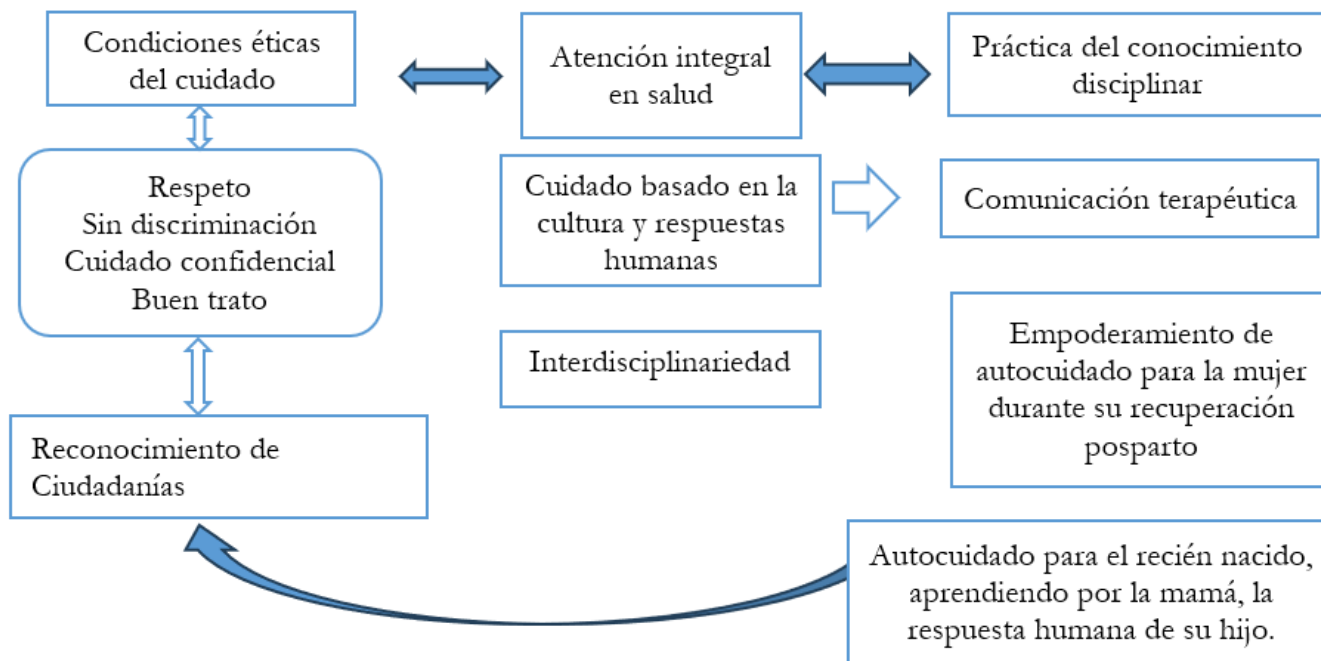
Así también, la Resolución 3280 de 2018²³ sobre la atención de parto, establece el objetivo que involucra a la familia o acompañantes para el proceso fisiológico del parto, además de obtener una experiencia humanizada, basada en el enfoque en los derechos. Desde esta perspectiva, se prevé una atención desde un modelo centrado en la persona, la mujer, pero también en su recién nacido, la cual permite un nacimiento seguro y humano, siendo entonces el objetivo para el profesional de enfermería, garantizar el cuidado humano a través del proceso enfermero desde dos dimensiones: proceso de atención de enfermería y, el cuidar para una relación interpersonal.

El proceso enfermero, comprendido más allá de una guía para la planificación y documentación formal de los cuidados²⁴, permite la integración cognitiva (pensamiento, razonamiento), psicomotora (hacer), afectiva (sentimientos, valores)²⁵, que hacen posibles las intervenciones requeridas para un cuidado de enfermería humano para el nacimiento, a partir de:

- a. Cuidar y planificar los cuidados durante la cesárea humanizada²⁶ con base en una evidencia científica hace que el cuidar esté orientado hacia la adaptación de la mujer a su condición de salud de ese momento; pero, garantizar la relación afectiva con el recién nacido, conocer a su hijo, proporciona un espacio de ternura a través del contacto piel a piel.
- b. Amamantamiento temprano durante la primera hora posparto, siendo este un acto natural de relación de mamá e hijo, y de hijo a mamá, donde los dos se ven y confirman su voz por primera vez y sienten el palpitar de su corazón, lo cual garantiza la seguridad del recién nacido.
- c. Información. Se puede decir también para los ausentes; es decir, para el papá del recién nacido y la familia o familia diversa, del procedimiento en un ambiente hospitalario confortable, con trato de comunicación confidencial y humana.
- d. Garantizar el derecho de permanecer acompañada, de acuerdo con la solicitud de la mujer.
- e. Durante el procedimiento, si la mujer solicita llevar consigo la placenta desde su identidad cultural, demostrar el respeto ante la solicitud y entregar de acuerdo con los protocolos de atención, puesto que el significado y visión del mundo para esa mujer permite una relación más cercana y humana con su hijo. Se puede afirmar que, junto con el conocer, sentir, escuchar y practicar ese afecto manifestado por rituales, permite también el nacimiento humano.

De acuerdo con el artículo 4 de la Ley 2244 de 2022²² sobre los derechos, estos no están ajenos o lejanos de la praxis de la disciplina de enfermería; por lo tanto, como indica la Figura 3, se debe garantizar:

Figura 3. Condiciones éticas del cuidado humano



Fuente: Nohora Ortega y Yolanda Chamorro.

El cuidar para una relación interpersonal exige realizar un plan de parto conjunto de toma de decisiones con la mujer. Sheila Kitzinger²⁷ afirma que este permite la relación clínica que requiere el cuidado humano entre la embarazada y el equipo obstétrico, entre otros.

- a. Por tanto, resulta importante consignar en este documento de carácter legal:
- b. Información sobre la evolución clínica de trabajo de parto, parto y posparto.
- c. Beneficios y riesgos de las diferentes intervenciones.
- d. Estado clínico del recién nacido, si este presenta complicaciones.
- e. Valoración clínica de la mujer en los diferentes procedimientos que son requeridos, como tacto vaginal, monitoreo fetal, alimentación, movimientos corporales de libre adopción, posición vertical durante el parto, usos de métodos farmacológicos y no farmacológicos para manejo del dolor y pujo de acuerdo con la sensación biológica, condiciones que requieren una atención personalizada, de seguimiento y evolución clínica constante dentro de un equipo interdisciplinario que permita seguir el parto como un proceso normal, para un nacimiento seguro, confiable y que garantice el bienestar y desarrollo del recién nacido.

Conclusiones

Más que un modelo de atención, es reconocer el nacimiento como un proceso natural, fisiológico, en ocasiones espiritual, que implica un cambio de paradigma que permita superar las brechas culturales y de comunicación, sin omitir los progresos científicos y tecnológicos; un modelo basado en un enfoque intercultural que promueva el respeto, costumbres y tradiciones de las mujeres, que promueva su empoderamiento y su capacidad de decisión, para que mejore su calidad de vida.

En este sentido, al hablar de cuidado humano y nacimiento humanizado por parte del profesional de enfermería, este debe estar enmarcado en el respeto por la autonomía e intimidad de la mujer; un cuidado centrado en las necesidades individuales, que van más allá de realizar intervenciones asistenciales; es identificar a la mujer como un sujeto de derecho. Implica para el profesional, la convergencia entre el conocimiento científico, la empatía y la interculturalidad.

La relación enfermera-paciente se debe dar en un contexto transpersonal e interpersonal en donde cobren real importancia los aspectos sociales, culturales y éticos, así como también, una comunicación asertiva que promueva un intercambio respetuoso de información entre los actores de salud y la familia gestante.

Conflicto de interés

Las autoras expresan que no existen conflictos de interés financiero, personal, político, intelectual, racista, religioso, o de ningún tipo, que comprometiera la confiabilidad de esta publicación.

Responsabilidades éticas

No es requerido puesto que se constituye en una reflexión por parte de las autoras frente a un proceso de atención orientado en las prácticas asistenciales en servicios de salud materna.

Fuentes de Financiación

Es un artículo independiente derivado de la experiencia de las autoras, que no tiene recursos financieros.

Referencias

1. Papa Francisco. Fratelli tutti. 2020. [Internet]. Disponible en: https://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20201003_encyclica-fratelli-tutti.html
2. Ruiz-Berdún D. La Historia del Nacimiento, una historia pendiente. *Temperamentvm*, 20, e14685i. 2024. Epub 04 de abril de 2025. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.58807/temperamentvm20247113>
3. Saldarriaga LS. El nacimiento humanizado: una alternativa en la atención obstétrica. *Avances en enfermería*. 1990; 10(2): 45-52. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16839>
4. Colmenares J, Ramírez B. Volvamos al parto humanizado. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2024 [citado el 11 de junio de 2025]; 84(3): 316-328. Disponible en: <https://doi.org/10.51288/00840313>
5. Hernández Z, Ortega N, Ortiz L, Álvarez L, Quiñones CE. Cuidado cultural de la mujer durante la gestación, parto y puerperio [Internet]. Universidad Mariana; 2023 [citado el 11 de junio de 2025].
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [citado el 11 de junio de 2025]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
7. Papa Francisco. Laudato sí: sobre el cuidado de la casa común [Internet]. Roma: Tipografía Vaticana; 2015. Disponible en: https://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_encyclica-laudato-si.html
8. Nowicki RI. Análisis de los paradigmas de enfermería y su articulación con la práctica profesional. *Cul. Cuid.* [Internet]. 14 de diciembre de 2022 [citado 11 de junio de 2025]; 26(64): 277-278. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2022-n64-A-n%C3%A1lisis-de-los-Paradigmas-de-enfermer%C3%ADa-y-su-articul>
9. Urra E., Jana A. García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 11-22. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3704/370441808002.pdf>
10. Dois CA, Bravo VP. Barreras percibidas en el proceso de aprendizaje de habilidades de ayuda interpersonal en enfermería. *Investigación en Educación Médica* [Internet]. 2019; 8(30): 68-75. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349762819008>

11. Santos Holguín SA, Lascano Espinoza CO. El cuidado humanizado de enfermería, una necesidad de la praxis profesional. *Vive Revista de Salud* [Internet]. 2023; 6(16): 93-103. Disponible en: <https://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/270>
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Qué entiende la Organización Mundial de la Salud por parto humanizado. [Internet]. s.f. Disponible en: <https://www.oceinfo.org.co/difusion/noticias/175-que-entiende-la-organizacion-mundial-de-la-salud-por-parto-humanizado>
13. Palma-Espinoza M. Parto humanizado. *Acta med. costarricense* [Internet]. 2020 [Consultado el 11 de junio de 2025]; 62(2): 52-53. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022020000200052&lng=en
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza 1985. [Internet]. Disponible en: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/OMS.-Recomendaciones-de-la-OMS-sobre-el-nacimiento.-Declaraci%C3%B3n-de-Fortaleza-1985.-Recomendaciones-de-la-OMS-para-la-Atenci%C3%B3n-intraparto-1999.pdf>
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.12>
16. Caicedo Lucas LI, Mendoza Macías CE, Moreira Pilligua JI, Ramos Arce GC. Cuidado humanizado: Reto para el profesional de enfermería. *Salud y Vida* [Internet]. 2023; 7(14): 17-29. Disponible en: <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2511>
17. Báez Hernández FJ, Nava Navarro V, Ramos Cedeño L, Medina López OM. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan* [Internet]. 2009; 9(2): 127-134. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000200002&lng=en
18. Cuidado humanizado del profesional de enfermería. [Internet]. *Cina Research*. 2018; 2(1): 39-45. Disponible en: <https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/cinaresearch/article/view/87>
19. Rogers CR. El proceso de convertirse en persona. 1961. Paidós.
20. Wanzek L. Puntualizaciones sobre la noción de ternura desde una perspectiva psicoanalítica de la primera infancia situada en (con)texto. En XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Universidad de Buenos Aires, 2019. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-111/531.pdf>
21. Comisión Séptima Constitucional Permanente. Proyecto de ley parto humanizado. Rojas González CL. *Gaceta Núm. 664*; 2017 [Internet]. Disponible en: <https://www.camara.gov.co/ley-de-parto-humanizado>
22. Congreso de la República de Colombia. Ley 2244 de 2022. [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=189347>
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 [Internet]. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
24. Ramírez Elías A. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. *Enferm. univ* [Internet]. 2016; 13(2): 71-72. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.001> Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000200071&lng=es
25. Ribeiro García T, Lima MM. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* [Internet]. 2009; 13(1): 188-193. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715321025>

26. Echevarrieta Cuevas P, Tazón Ansola MP. Beneficios de un parto humanizado para la mujer y el recién nacido [Internet]. 2022 [citado el 11 de junio de 2025]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10810/56978>
27. Kitzinger S. The Midwife challenges. 2nd ed. London, United Kingdom: Pandora; 1991.

Contribución

Nohora Ortega Cadena: Autora del artículo de reflexión, contenido y discusión.

Yolanda Chamorro: contenido conjunto y conclusiones.

Las autoras participaron en la elaboración del manuscrito, lo leyeron y aprobaron.

Declaración uso inteligencia artificial

No se usó inteligencia artificial en ninguno de los cuatro casos permitidos por la revista.

Excelsium *Scientia:*

Revista Internacional de Investigación

9^{vol.}

No. 1



Excelsium Scientia Rev. Int. Investig. julio-diciembre 2024
e- ISSN: 2619-1679 ISSN: 2539-0724
DOI: <https://doi.org/10.31948/RevExcelsium>



Universidad
Mariana
Res. MEN 1362 del 3 de febrero de 1983



Editorial
Unimar