

Cuidado de enfermería transpersonal con base en la teoría del *caring* a una mujer con cáncer de mama

Ian Coahpetzin Zavala-Pérez,¹ Mónica Denise Hernández-Corrales,¹ Cinthia Viridiana Olea-Gutiérrez,¹ Martha Ofelia Valle-Solís¹

¹Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit, Nayarit, México

Palabras clave:

Neoplasias de la mama
Proceso de enfermería
Espiritualidad
Empatía

Resumen

Introducción: el pensamiento de Jean Watson se basa en dos perspectivas: la filosofía de cuidados y la teoría de cuidados transpersonales. Watson basa su teoría en siete supuestos y 10 factores caritativos de cuidados, que después denomina proceso caritas de cuidados; en la práctica se incorpora el concepto de sufrimiento espiritual como parte del proceso y plan de cuidados de enfermería, con un enfoque primordial hacia la comprensión de la experiencia, el significado y el propósito de la vida.

Objetivo: implementar un proceso de enfermería transpersonal con base en los 10 procesos de cuidado del *caring* a una mujer con cáncer de mama.

Metodología: para la valoración se utilizó un mapa de cuidados con base en el estudio fenomenológico de la persona; se determinaron siete diagnósticos con la taxonomía NANDA Internacional, Inc.; los planes de cuidado se formularon con las taxonomías NOC y NIC; la guía para la definición de intervenciones de enfermería estuvo constituida por los 10 procesos de cuidado y para describir la experiencia en la aplicación de esos 10 procesos del *caring* se utilizó la narrativa.

Resultados: la empatía fue un valor que se puso en práctica para el cuidado de la mujer con cáncer de mama, lo que permitió valorar la dimensión espiritual de la persona y el reconocimiento de las fortalezas y debilidades para afrontar las situaciones que vivimos día a día.

Conclusiones: la incorporación de los 10 procesos de cuidado del *caring* en el plan de cuidado de enfermería transpersonal de la mujer con cáncer de mama implica que el profesional de enfermería desarrolle valores humanos esenciales y se reconozca como ser espiritual y de ayuda.

Keywords:

Breast neoplasms
Nursing process
Spirituality
Empathy

Abstract

Introduction: Jean Watson's thought is based on two fundamental perspectives: philosophy of care and transpersonal care theory. She bases her theory in seven assumptions and 10 caritative care factors, named after Watson's Caritas Process (CP); in practice, the concept of spiritual suffering is incorporated as part of the process and nursing care plan, with primary focus on understanding the experience, the meaning and purpose of life.

Objective: To implement a transpersonal nursing process based on the 10 processes of the caring theory for a woman with breast cancer.

Methods: For the valuation, a care map was used based on the phenomenological study of the individual; seven diagnoses using NANDA International, Inc. taxonomy were determined; care plans were formulated with NIC and NOC taxonomies; the guidance for nursing interventions were the 10 care (carative) processes; and narrative was used to describe the experience of implementing those 10 processes.

Results: Empathy was a value implemented for women with breast cancer's care, allowing to assess the spiritual dimension of the person in its own unique personality and recognizing the strengths and weaknesses for dealing with situations that humans live everyday.

Conclusions: The addition of the 10 processes in Caring's care plan of transpersonal nursing care to women with breast cancer implies that the nurse develops essential human values and recognizes herself as a spiritual being of help.

Correspondencia:

Ian Coahpetzin Zavala Pérez

Correo electrónico:

ic_jm82@hotmail.com

Fecha de recepción: 19/01/2014

Fecha de aceptación: 19/08/2014

Introducción

La teoría de Margaret Jean Watson, de corte existencialista, humanista y con una profunda influencia de la teoría de la alteridad levinasiana, plantea una filosofía de cuidados y un lenguaje teórico propio. Estas características permiten vincular la teoría con la práctica, puesto que revitalizan aspectos perdidos o invisibilizados de la enfermería, como los que plantea Sartre en su revisión de las fuentes filosóficas de la teoría de Watson: el alma (espíritu, o interior de sí), el dualismo (experiencias subjetivas-objetivas), la armonía, la casualidad y el tiempo, la evolución espiritual, y la autotranscendencia, aspectos que en esencia han estado siempre presentes en enfermería, pero que han sido opacados o subvalorados por el enfoque positivista y tecnológico.¹

Quizá porque la disciplina está tomando más fuerza y visibilidad en el tema de los cuidados y la gestión es que actualmente 29 países utilizan la teoría de Jean Watson, entre ellos Australia, Suecia, Finlandia, España, Reino Unido, Canadá, Estados Unidos, Brasil, Colombia, Chile y México (Chihuahua);² en estos países se ha desarrollado investigación referente del alcance científico-práctico de dicha teoría en pacientes crónicos, familia y cuidador, y en particular para personas afectadas por el VIH/SIDA, así como para el manejo del dolor en pacientes pediátricos.^{2,3}

En varios estudios se muestra el proceso de traducción, pilotaje y validación de las escalas de medición basadas en el trabajo filosófico de Jean Watson, como en el caso de la traducción del Caring Behaviors Assessment Tool al español⁴ o para medir la percepción del cuidado en enfermeras asistenciales y académicas;⁵ asimismo, hay otras escalas con prueba de ajuste de adaptación cultural como el Caring Efficacy Scale (CES) y la escala Nyberg's Caring Assessment (NCA), que miden los supuestos del cuidado humano transpersonal.⁶ Existe el referente de la validación de la escala valorativa del diagnóstico de enfermería, conocida como sufrimiento espiritual (como en los enfermos oncológicos en fase terminal), la cual se basa en la premisa de que la paz interior es la necesidad más importante en los últimos momentos de la vida,⁷ así como en la valoración del sufrimiento espiritual y el diagnóstico de la necesidad de soporte espiritual en la vivencia del acto de rezar y sus efectos positivos en la salud de las personas.⁸

Jean Watson expone un planteamiento claro con el que la meta es conservar la dignidad humana y la humanidad durante el proceso del cuidado en escenarios de asistencia hospitalaria y el hogar; explica que: “la asistencia de la

enfermería profesional se desarrolla a través del estudio combinado de la ciencia y las humanidades y culmina en un proceso de atención humana entre la enfermera y la persona enferma que va más allá del tiempo y el espacio y adquiere dimensiones de carácter espiritual”. Reconoce que el cuidado es parte fundamental del ser, el cual es un ser en relación con el otro que lo invoca; este llamado desde el otro, absolutamente otro, es la base fundamental del cuidado profesional propio de la enfermería, estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano, para promover, mantener o recuperar la salud.⁹

Esta base filosófica fundamenta el cuidado transpersonal, en el que se enlaza y se acepta el espíritu (la esencia) de los demás a través de los procesos de cuidado para sanar y estar de forma auténtica (consciente) en el momento de cuidado.^{2,9} Asimismo, Watson explica la relación enfermera-paciente como una relación de cuidado transpersonal. Dicho término expresa una preocupación por el mundo de la vida interior y el significado subjetivo del otro ante la experiencia del ser, estar y existir en un ambiente completo de conexiones, en el cual la enfermera inicia como parte del ambiente y se transforma durante el proceso de cuidar en el ambiente mismo del paciente.¹⁰

Dicho de otra manera, la base filosófica de Watson invita a desarrollar una preocupación por el entendimiento del comportamiento humano desde el propio marco de referencia del actor (paciente); se construye a través de un método fenomenológico que consiste en describir o entender las experiencias humanas, como el cuidado humano, la salud humana y las condiciones de enfermedad (pérdida-pena, ansiedad, esperanza, desesperanza, amor, soledad, ser espiritual), el sentido más alto de conciencia y experiencias relacionadas con humanos y conceptos de existencia.¹¹

“Una batalla que empieza en el cuerpo y que se lucha con la mente y el espíritu”

En la participación de la vida social, un comportamiento específico llama la atención: son las actitudes que se manifiestan ante el cáncer y, en particular, hacia la mujer con cáncer de mama, pues la enfermera confronta a la paciente que está ante una realidad inesperada al vivir el proceso de hospitalización, el encuentro con la fragilidad, la dependencia de los otros, las pérdidas y la falta de control sobre la situación; esto la sitúa en un estado de vulnerabilidad existencial y de interrogantes ante la vida misma: ¿por qué a mí? ¿qué sentido tiene la vida en esta situación? ¿por qué Dios permite que pase esto? ¿existe algo después de la

muerte? etcétera. Estas preguntas y otras relacionadas no tienen una respuesta fácil, pero sí hay cierto consenso en afirmar que forman parte de la vida espiritual de toda persona como una dimensión propia y exclusiva.

Para la mayoría de las mujeres diagnosticadas con esta enfermedad, significa una experiencia devastadora, evoca sentimientos de pesar e intenso miedo; a lo largo de la enfermedad, la mujer puede pasar por situaciones que amenazan su integridad psicosocial y le provocan incertidumbre en cuanto al tratamiento y a la posibilidad de recurrencia o muerte; en ese sentido, la magnitud y complejidad de la necesidad fisiológica, psicológica, social y espiritual genera una gran demanda asistencial que aumenta a medida que se presentan trastornos como depresión, ansiedad, sufrimiento espiritual o riesgo del mismo y, en consecuencia, demérito en la calidad de vida.¹²⁻¹³

La afectación a la imagen corporal de las mujeres con cáncer de mama se refleja en una pobre percepción de sí mismas, baja autoestima y cierta tendencia a percibirse como impotentes, desesperanzadas y muy ansiosas; el impacto de las tecnologías quirúrgicas añade dolor a la ignominia en el manejo del cuerpo que queda luego de

la mastectomía y de la manera como estas mujeres deben enfrentarse a las dificultades de la imagen social, la sexualidad y la concepción de la salud; el cuerpo se niega a la desnudez y a la mirada del otro, porque “le falta algo” y se hace evidente que es un cuerpo incompleto.¹⁴

En un sentido conductual, la persona se comporta de muy diversas formas, puede desarrollar hábitos adecuados o inadecuados, afrontar o evitar determinadas situaciones sociales, rechazar mirarse al espejo, entre otras; todas las caracterizaciones del cáncer la describen como lenta, que estropea la vitalidad, apaga el deseo y desexualiza, y así fue usado por primera vez como metáfora: el temor a padecer algún tipo de cáncer supera sustancialmente al que puedan producir otras enfermedades.¹⁵⁻¹⁶

Es crucial en esta etapa reconocer la espiritualidad de ambas —mujer enfermera y mujer que vive la experiencia del cáncer de mama—, así como priorizar el abordaje de la dimensión espiritual en el plan de cuidados de enfermería y promover el vínculo familiar como el motor principal para el fortalecimiento físico, espiritual y mental de la mujer con cáncer de mama.¹⁷ Durante el proceso de afrontamiento, las relaciones de familia, amigos, profesio-

Cuadro I. Teoría de Margaret Jean Watson^{1,2,10}

Factores caritativos de cuidado (FC)	Procesos caritas de cuidado (PCC)
FC1: formación humanista-altruista en un sistema de valores	PCC1: práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente
FC2: incorporación de la fe-esperanza	PCC2: ser auténticamente presente, permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad
FC3: el cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros	PCC3: el cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión
FC4: el desarrollo de una relación de ayuda y confianza	PCC4: desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza
FC5: la aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos	PCC5: estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida
FC6: el uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial	PCC6: el uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar
FC7: La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal	PCC7: participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido, y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro
FC8: la creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural	PCC8: creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental, de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz
FC9: la asistencia con la gratificación de necesidades humanas	PCC9: la asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger
FC10: el reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales	PCC10: la fenomenología, concepto que Watson define así: “se refiere al énfasis en la comprensión de las personas, de cómo las cosas aparecen ante ellas... La fenomenología es descriptiva, es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión”

Cuadro II. Plan de cuidados de enfermería para el diagnóstico de náuseas (interrelación NANDA-NOC-NIC)

Diagnóstico de enfermería (DdE)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación (NOC) puntuación diana
Dominio: 12 confort Clase: 1 confort físico Código: 00134 Diagnóstico de enfermería: Náuseas r/c fármacos de quimioterapia, toxinas anormales asociadas al cáncer m/p, sensación de náuseas, aumento de la salivación, aumento de la deglución e informe de náuseas	Control de náuseas y vómitos (1618) Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: conducta de salud (Q) Escala: de nunca demostrado hasta siempre demostrado (m) Indicadores: 161801: reconoce el inicio de náuseas 161805: utiliza medidas preventivas 161806: evita factores causales cuando es posible 161808: utiliza medicaciones antieméticas según las recomendaciones	Manejo de las náuseas (1450) Actividades: Fomentar la observación de la propia experiencia con las náuseas Evaluar el efecto de las náuseas sobre la calidad de vida Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas antes, durante y después de la quimioterapia, antes de que se produzcan las náuseas o aumenten (respiración profunda y yoga) Fomentar el descanso y el sueño para facilitar el alivio de las náuseas Administrar alimentos fríos, líquidos transparentes, sin olor y sin color, según sea conveniente.	M: 6 A: 17
			161801
			1 2 3 4 5
			161805
			1 2 3 4 5
			161806
			1 2 3 4 5
161808			
1 2 3 4 5			

r/c = relacionado con; m/p = manifestado por

nales de la salud y otros grupos sociales constituyen una red de elementos para magnificar su yo espiritual.¹⁸

Son diversos los estudios que refieren hallazgos positivos sobre el cuidado espiritual y su impacto en la salud; se indica que las personas con una fe activa tienden a ser menos depresivas y tienen mayor fortaleza emocional para enfrentar crisis o enfermedades terminales.¹⁹ En este mismo sentido, existen evidencias que magnifican la espiritualidad como una forma de apoyo que las mujeres en condiciones crónicas utilizan para afrontar el estado de enfermedad, y que es indispensable para poder mantener la perspectiva y resignificar el sentido de su propia vida.²⁰

Metodología

Para una mejor comprensión del proceso de enfermería, este se dividió en las siguientes etapas y fases:

I. Valoración: en esta etapa se realizó lo siguiente:

- La entrevista a profundidad para recabar los datos relacionados con la condición de salud de la persona, con base en el mapa de cuidado, adaptado por Olea *et al.*,¹³ el cual permitió organizar la información obtenida en los siguientes apartados: fisiológico, social,

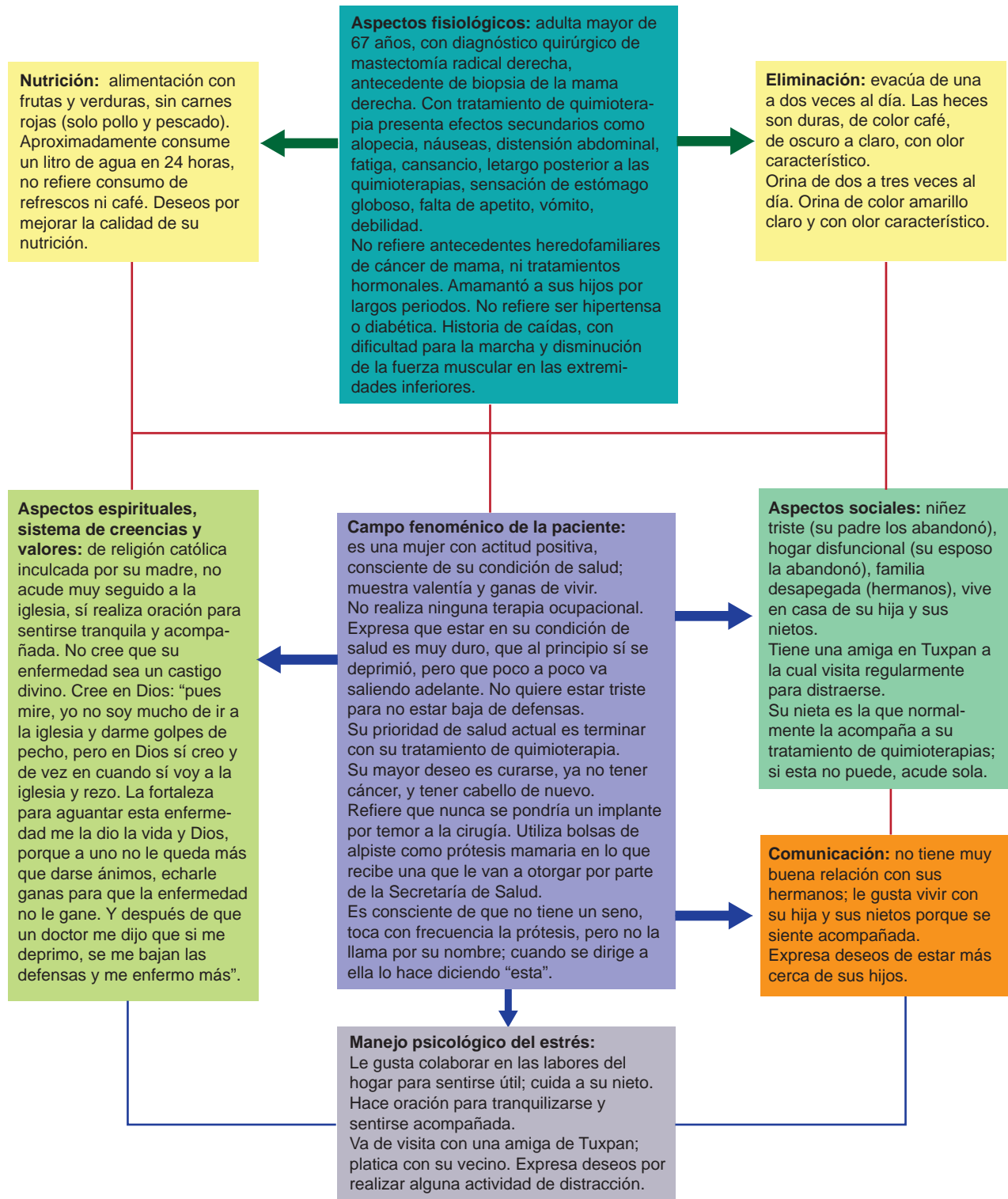
espiritual (sistema de creencias y valores) y psicológico (manejo del estrés), y en rubros específicos sobre nutrición, eliminación y comunicación (figura 1).

El mapa de cuidado es una herramienta propuesta por Mitchell *et al.*²¹ para identificar las necesidades espirituales de los pacientes, el bienestar espiritual y las perspectivas existenciales del significado de la vida en el sufrimiento, la aceptación del final de la vida, el mantenimiento de la esperanza, la búsqueda del confort y apoyo; asimismo, Mitchell *et al.* reconocen dicha habilidad como el dominio del cuidado de enfermería sustentado en que el “holismo no puede existir sin la consideración de los aspectos espirituales que construyen la individualidad y otorgan significado a las vidas de las personas”.

- Después de la organización de los datos significativos, estos se analizaron con un enfoque fenomenológico de la experiencia —el significado de enfermar de cáncer de mama— con énfasis en la espiritualidad y la cultura.
- Para la formulación de diagnósticos de enfermería se utilizó la base taxonómica de NANDA internacional.²²

II. Intervención: en esta etapa se llevó a cabo la planificación y ejecución de las intervenciones, para lo cual fue necesario lo siguiente:

Figura 1. Mapa de cuidados (adaptado de Jean Watson)¹³



Fuente: entrevista a profundidad

- Visualización y direccionamiento de la teoría en la práctica para identificar los momentos de cuidado con base en los 10 factores caritativos de cuidados (FC) que posteriormente Watson denomina proceso caritas de cuidados (PCC), para entender en un nivel más profundo las dimensiones del proceso de vida de las experiencias humanas (cuadro I).
- Elaboración de los planes de cuidado con la interrelación NANDA internacional (diagnósticos de enfermería), NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification) (de los cuadros II al V).
- Implementación de las intervenciones, para lo cual fue indispensable la grabación y el uso de anotaciones en el diario de campo, a fin de evaluar la efectividad de las intervenciones durante esta fase.

La descripción de los datos obtenidos de la valoración se organizó en un mapa de cuidados¹³ con enfoque en el campo fenoménico de la paciente, el cual se relaciona con los aspectos fenoméricos, nutricionales, sociales, espirituales, comunicativos y de manejo del estrés (figura 1).

Resultados

Los 10 procesos caritas de cuidado

En el PCC1 la empatía fue un valor que se puso en práctica para el cuidado de las mujeres con cáncer de mama, las cuales viven con sufrimiento. El objetivo principal de ayudar es proporcionar apoyo físico, emocional y espiritual. La experiencia vivida fue muy satisfactoria, al lograr establecer un vínculo de empatía y crear un ambiente de confianza.

El PCC2 consistió en la escala valorativa del diagnóstico de enfermería denominada sufrimiento espiritual y se aplicó en las enfermas oncológicas en fase terminal. Esta escala permitió valorar la dimensión espiritual de la persona en el carácter propio y exclusivo de cada ser humano. Este factor de cuidado fue de vital importancia, porque aunque la paciente no lo presentaba la lucha es día a día para fortalecer esta esfera de la vida; en un trabajo colaborativo con la paciente se establecieron los planes de cuidado con diversas actividades encaminadas al fortalecimiento de la dimensión espiritual.

Cuadro III. Plan de cuidados de enfermería para el diagnóstico de trastorno de la imagen corporal (interrelación NANDA-NOC-NIC)

Diagnóstico de enfermería (DdE)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación (NOC) puntuación diaria					
Dominio: 6 autopercepción Clase: 3 imagen corporal Código: 00118 Diagnóstico de enfermería: Trastorno de la imagen corporal, r/c tratamiento de la enfermedad m/p, cambio real en la estructura del cuerpo, falta de una parte del cuerpo, ocultamiento intencionado de la cabeza, ocultamiento no intencionado de la prótesis mamaria, preocupación por el cambio, personalización de la prótesis al llamarla "esta", temor a las reacciones de los otros	Imagen corporal (1200) Dominio: salud psicosocial (III) Clase: bienestar psicológico (M) Escala: de nunca positivo hasta siempre positivo (k) Indicadores: 120002: congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal 120016: actitud hacia tocar la parte corporal afectada 120017: actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto 120005: satisfacción con el aspecto corporal	Potenciación de la imagen corporal (5220) Actividades: Ayudar a la paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad y la cirugía Observar la frecuencia de las frases de autocrítica Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio Identificar los medios de disminución del impacto causado por cualquier desfiguración por medio de la ropa, pelucas, cosméticos y prótesis Ayudar a la paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal Ayudar a la paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto	M: 5 A: 17 120002					
			<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
			1	2	3	4	5	
			120016					
			<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5				
120017								
<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5			
1	2	3	4	5				
120005								
<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5			
1	2	3	4	5				

r/c = relacionado con; m/p = manifestado por

Cuadro IV. Plan de cuidados de enfermería para el diagnóstico de afrontamiento familiar (interrelación NANDA-NOC-NIC)

Diagnóstico de enfermería (DdeE)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación (NOC) puntuación diana
Dominio: 9 Afrontamiento/ Tolerancia al estrés Clase: 2 Respuestas de afrontamiento Código: 00074 Diagnóstico de enfermería: Afrontamiento familiar comprometido r/c prolongación de la enfermedad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia m/p la persona significativa establece una comunicación personal limitada con el cliente, la persona significativa expresa una base de conocimiento y comprensión inadecuados, lo que interfiere con conductas de apoyo eficaces	Apoyo familiar durante el tratamiento (2609) Dominio: salud familiar (VI) Clase: bienestar familiar (X) Escala: de nunca demostrado hasta siempre demostrado (m) Indicadores: 260901 Los miembros de la familia expresan deseo de apoyar al miembro enfermo 260902 Los miembros de la familia expresan sentimientos y emociones de preocupación respecto al miembro enfermo 260906 Los miembros de la familia mantienen comunicación con el enfermo 260907 Los miembros de la familia animan al miembro enfermo 260916 Busca apoyo espiritual para el miembro enfermo	Fomentar la implicación familiar (7110) Actividades: Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente Identificar la disposición de los miembros de la familia para implicarse con el paciente. Observar la estructura familiar y sus roles Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente Identificar la percepción por parte de los miembros de la familia de la situación y los sucesos desencadenantes, sentimientos y conductas del paciente Determinar el nivel de dependencia respecto de la familia que tiene el paciente Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente	M: 9 A: 19 260901
			1 2 3 4 5
			260902
			1 2 3 4 5
			260906
			1 2 3 4 5
			260907
			1 2 3 4 5
			260916
			1 2 3 4 5

r/c = relacionado con; m/p = manifestado por

El PCC3 permitió conocer las fortalezas y debilidades, el no castigarnos ni castigar o el reconocer que somos seres humanos con virtudes y defectos. La expresión de los sentimientos y la disposición de escucha y comprensión son muy importantes al realizar el cuidado con la paciente.

El PCC4 consistió en lograr una relación de ayuda y de confianza que motivara la expresión de sentimientos: “Siempre que platicábamos, ella se mostraba tal cual era; muy pronto logramos establecer la confianza. Yo le hablaba por teléfono para localizarla y si no me contestaba, ella me regresaba la llamada muy dispuesta siempre a que nos reuniéramos”.

El PCC5 se basó en alentar a la paciente a que expresara, sin juzgar, todo lo bueno y lo malo de su experiencia. Este factor fue uno de los más importantes para lograr el objetivo planteado: que la paciente expresara más allá de lo que sentía físicamente.

En el PCC6 se hizo uso del proceso de enfermería y los planes de cuidado con la interrelación NANDA-NOC-NIC. Al realizar los planes de cuidados se planearon acciones conjuntas para cumplir con el objetivo

planteado y se consideró que la paciente no sabe escribir y lee muy poco. Esta forma de trabajar permitió que la paciente expresara sus dudas y necesidades reales.

En el PCC7 se implementó la educación en salud acorde a las condiciones de la paciente (no sabe leer bien ni escribir); la paciente siempre estuvo muy dispuesta a mejorar su condición de salud e interesada por saber cómo cuidarse.

Por medio del PCC8 se identificó en el entorno la existencia de elementos que ayudaran a mejorar la salud de la paciente. El primer aspecto consistió en promover las redes de apoyo familiar y compañía durante el tratamiento de quimioterapia y radioterapia, además de la oración, la práctica de respiración profunda, y la asistencia a grupos de apoyo. Al respecto, la paciente refirió: “unos hermanos van a mi casa allá en Tecuala [Nayarit] y me llevan a su iglesia a las oraciones. Sí me gusta ir porque me siento en paz cuando voy, aunque mis hijos me dicen que ya me quiero hacer hermana, porque yo soy católica... Yo siempre les dije que la religión no es lo más importante, que cuando uno encuentra la paz en un lugar, ahí debemos estar si eso nos fortalece el espíritu para bien”.

Cuadro V. Plan de cuidados de enfermería para el diagnóstico de disposición para mejorar el bienestar espiritual (interrelación NANDA-NOC-NIC)

Diagnóstico de enfermería (DdE)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación (NOC) puntuación diaria
Dominio: 10 principios vitales Clase: 2 creencias Código: 00068 Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar el bienestar espiritual m/p leer literatura espiritual, pasar tiempo en el exterior, rezar, expresar deseos de reforzar la esperanza	Salud espiritual (2001)	Apoyo espiritual 5420	M: 12 A: 29
	Dominio: salud percibida (V)	Actividades:	200102
	Clase: salud y calidad de vida (U)	Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía	1 2 3 4 5
	Escala: de gravemente comprometido hasta no comprometido (a)	Tratar a la paciente con dignidad y respeto	200104
	Indicadores	Estar dispuesto a escuchar los sentimientos de la paciente	1 2 3 4 5
	200102 Expresión de esperanza	Estar abiertos a los sentimientos que la paciente tiene en relación con la enfermedad y la muerte	200106
	200104 Expresión del punto de vista del mundo espiritual	Compartir la propia perspectiva espiritual	1 2 3 4 5
	200106 Expresión de amor	Dar oportunidad para discutir sobre diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo	200109
	200109 Oración	Expresar simpatía con los sentimientos de la paciente	1 2 3 4 5
	200122 Satisfacción espiritual	Rezar con la paciente	200122
	200111 Participación en ritos y ceremonias espirituales	Utilizar herramienta para evaluar el bienestar espiritual	1 2 3 4 5
			200111
		1 2 3 4 5	

r/c = relacionado con; m/p = manifestado por

Con el PCC9 se logró fomentar en la paciente una conciencia sobre su autocuidado, al poner en práctica las intervenciones elegidas.

Con el PCC10 se consiguió ayuda mutua para encontrarle significado a la experiencia de vivir con cáncer de mama. Al respecto se suscitaron los momentos para expresar los sentimientos y pensamientos:

Enfermera: Para mí fue una gran experiencia. La paciente me enseñó a tener pasión por la vida, a luchar sin dejarse caer. Me mostró que uno puede vivir con fe en que el mañana será mejor. Ayudarla fue muy grato para mí. Ella me dejó ser parte de su vida y compartió conmigo.

Doña Mari: Le agradezco mucho su apoyo, su tiempo. Para mí fue muy bueno saber que se preocupan por mí; aprendí muchas cosas que no sabía... Quiero curarme pronto. Le voy a echar muchas ganas para que todo sea mejor... Vivir con cáncer de mama no es malo; tenemos que aprender a vivir con la enfermedad y con fe, porque sí se puede curar uno.

Conclusiones

Se lograron administrar cuidados de enfermería a través del *caring* a una mujer con cáncer de mama. Para esto se utilizaron los 10 procesos caritas de cuidado, los cuales fueron referidos por la teórica Jean Watson; el reconocimiento del propio ser espiritual de la enfermera fue imprescindible para abordar el plano fenomenológico de la otra persona y que esta iniciara el camino a la aceptación de la dualidad salud-enfermedad y vida-muerte. Este conocimiento en la práctica facilita y guía un cuidado humanizado, a partir del autoconocimiento y del establecimiento de la relación enfermera-paciente, lo cual fortalece la identidad profesional y crea nuevas perspectivas para una enfermería ética y humana sin perder la visión de ciencia.¹¹

Lo anterior se confirma cuando Watson enfatiza en que “es posible leer, estudiar, aprender e incluso enseñar e investigar la teoría de cuidado; sin embargo, para hacerlo de verdad, se tiene que experimentar personalmente”. La teoría es una invitación y una oportunidad de actuar recíprocamente con las ideas, experimentar y crecer dentro de la filosofía humana, viviéndola en el ámbito personal y profesional.⁹

Implementar un proceso de enfermería bajo esta perspectiva del cuidado transpersonal permite desarrollar una conciencia de cuidado y establecer una relación sólida de ayuda-confianza a través de los 10 procesos de cuidado del *caring*, lo cual facilita que la mujer con cáncer de mama alcance un notable grado de armonía en su mente, su cuerpo y su espíritu. Adicionalmente, cuando los elementos conceptuales de la teoría (el autoconocimiento, el respeto a uno mismo y la autocuración-autocuidado) son llevados a la práctica transforman un acto de cuidado contractual y mecánico en una expresión humanizadora que permite la comprensión de la experiencia de enfer-

mar, situación que influye positivamente en el cuidado que enfermería otorga a las mujeres que viven con cáncer de mama. Además, se logra el cuidado holístico para la sanación de la persona (es decir, ser unitario: mente, cuerpo, espíritu).^{11,23}

Como idea final, queremos citar a Watson cuando expresa: “Enfermería ha perdido su alma por servir ya sea a la medicina, la tecnología y la práctica basada en la evidencia, las que por cierto se necesitan, pero sin la dimensión humana, esto puede ser destructivo. Es fundamental preservar la esencia humana y reposicionar el cuidado dentro de nuestros sistemas de salud”.¹

Referencias

1. Urra ME, Jana AA, García VM. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia enfermería*. 2011;27(3):11-22. [En línea] <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf> [Consultado 17/09/2013].
2. Allgood MR, Marriner Tomey A. (editores) Modelos y teorías en enfermería. En: Cap.7. Watson J: Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. 7a ed. Barcelona: Elsevier, 2011. p. 91-112.
3. Díaz H LP. (Coordinadora). Jean Watson. En: Avances en el cuidado de enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2010. p. 43-90.
4. Ayala Valenzuela R, Calvo Gil MJ, Torres Andrade MC, Koch Ewertz T. Evidencias para la filosofía de Watson: versión preliminar del *caring behaviors assessment* en Chile. *Rev Cubana Enf*. 2010;26(1):42-51 [En línea] http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_1_10/enf08110.htm [Consultado 17/09/2013].
5. Poblete Troncoso MC. Cuidado humanizado: percepción de autoeficacia en enfermeras académicas y asistenciales. Tesis [Doctor en Enfermería]. Concepción: Universidad de Concepción, 2009.
6. Poblete Troncoso MC, Valenzuela Suazo SV, Merino JM. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. *Aquichan*. 2012;12(1):8-21.
7. Ortega Galán AM. Validación de una escala valorativa del diagnóstico enfermero “Sufrimiento espiritual” en los enfermos oncológicos en fase terminal. *Biblioteca Las Casas*. 2008;4(1). [En línea] <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0309.pdf> [Consultado 21/09/2013].
8. Pinedo Velázquez MT, Rebolledo Malpica D, Siles González J. Cuidados de enfermería en el “sufrimiento espiritual” aplicando el modelo de Jane Watson. *Sal Art Cuidad*. 2009;2(2):8-13.
9. Pinto Afanador RN. Cuidar en el hogar: a personas con enfermedad crónica, su familia y cuidador. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2010. p. 169-90.
10. Watson J. Taller: El cuidado de enfermería como sustento teórico. XXIX Congreso Nacional FEMAFEE. México, D.F. 24-26 de octubre 2012.
11. Watson J. Theory components and definitions. Cap.7. En: *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 1999. p. 53-61.
12. Gallegos Alvarado M, Hernández Herrera DE. Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera-paciente. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2008;16(2):99-104.
13. Olea Gutiérrez CV, Berumen Burciaga LV, Zavala Pérez IC. Modelo de cuidado de enfermería para la mujer con cáncer de mama a través de la integración de la dimensión espiritual. *ENE Rev Enferm*. 2012;6(3):1-13.
14. Blanco Sánchez R. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Index Enferm*. 2010;19(1):24-28.
15. Toro Alfonso J. Introducción: el cuerpo en evidencia: reflexiones sobre aspectos sociales y clínicos de la corporalidad. *Rev Puertorriq Psicol*. 2007;18:77-81. [En línea] <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/reps/v18/v18a05.pdf> [Consultado 17/09/2013].
16. Pinto C. Fe y salud mental. ¿Cuál es la verdadera correlación entre la fe y la salud mental? [En línea] <http://es.catholic.net/psicologoscaticos/435/2428/articulo.php?id=36809> [Consultado 07/10/2013].
17. Pinzón de Salazar L. El cuidado espiritual en enfermería: ¿Utopía o esperanza? Manizales: Universidad de Caldas, 2009. p. 60-72.
18. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. (editoras). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier, 2008. p. 74-810.
19. Moorhead S, et al. (editoras). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier, 2009. p. 133-788.
20. Luévano Ford S. El arte del cuidado de enfermería: de Florencia Nightingale a Jean Watson. *Synthesis*. 2008;1-3. [En línea] http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2008/10/21/enfermeria.pdf [Consultado 17/09/2013].
21. Mitchell DL, Bennett MJ, Manfrin Ledet L. Spiritual development of nursing students: developing competence to provide spiritual care to patients at the end of life. *J Nurs Educ*. 2006;45(9):365-70.
22. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y clasificación 2009-2011, 4ª ed. Madrid, Elsevier, 2010.
23. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007. p. 19-26.

..... Cómo citar este artículo:

Zavala-Pérez IC, Hernández-Corrales MD, Olea-Gutiérrez CV, Valle-Solís MO. Cuidado de enfermería transpersonal con base en la teoría del *caring* a una mujer con cáncer de mama. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2014;22(3):135-43