



OBNJ
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Experiencias de madres de niños con cardiopatías: una investigación-cuidado

Ana Cleide Silva Rabelo¹, Lúcia de Fátima da Silva¹, Maria Vilani Cavalcante Guedes¹, Keila Maria de Azevedo Ponte¹, Fabíola Vlândia Freire da Silva¹

¹Universidade Estadual de Ceará

RESUMEN

Objetivo: Analizar las experiencias de madres de niños con cardiopatías a la luz de la Teoría del Cuidado Interpersonal. **Método:** Investigación-cuidado, de abordaje cualitativo, realizada en mayo y junio de 2011. La muestra: 21 madres que acompañaban a sus hijos durante el tratamiento en un hospital especializado en enfermedades cardiopulmonares, en Fortaleza-Ceará. **Resultados:** La madre experimenta procesos de transformación en la vida social por tener que dedicarse a su hijo con cardiopatía, además de enfrentar sentimientos como ansiedad, miedo, tristeza y angustia por el riesgo eminente de muerte del hijo. Para tener fuerza y firmeza, ella utiliza la fe. **Discusión:** La utilización de los elementos del Proceso *Clínico Caritas* colabora para el desarrollo del cuidado de enfermería humanizado. **Conclusión:** La aplicabilidad de esta teoría favorece la comprensión de la experiencia de la madre como cuidadora y como ser que necesita de cuidado.

Palabras-clave: Teoría de Enfermería; Investigación; Cuidado; Cardiopatías; Niño

INTRODUCCIÓN

Este artículo se enfoca en el análisis de las experiencias de las madres de niños hospitalizados con cardiopatías, relacionándolas a los elementos del Proceso *Clínico Caritas*, propuesto por Jean Watson y comprendido como modelo de cuidado interpersonal que considera el ser cuidado como partícipe del proceso de cuidar⁽¹⁾.

La hospitalización es un momento difícil en el cual el niño requiere aun más atención, amor, dedicación y cuidado tanto de los padres como de los profesionales de la salud. De este modo, la interacción entre estos cuidadores posibilita la mejor adaptación del niño a la vivencia de la enfermedad.

Concerniente a la vivencia de la madre, el ingreso hospitalario del niño es un evento potencialmente estresante, pues la inserta en un ambiente que frecuentemente amenaza su seguridad y competencia⁽²⁾.

En ese proceso, la madre revela el sufrimiento que se desprende tanto de la responsabilidad que asume frente a la familia y a la sociedad debido al cuidado del hijo enfermo, así como a la dinámica de funcionamiento del ambiente hospitalario⁽³⁾.

Aunque la madre esté presente, la enfermedad del hijo genera constante tensión, no solo por la dolencia sino también por el hecho de que ella intenta asumir los cuidados y no recibe la orientación adecuada para esto. De este modo, se preocupa por cualquier movimiento del niño y, muchas veces, no cuenta con un profesional disponible para apoyarla y minimizar sus angustias⁽⁴⁾.

Frente a esto, es esencial prestar los cuidados de enfermería ante las necesidades de la familia, lo que demanda el dominio, por parte del enfermero, de las informaciones teóricas específicas y la sensibilidad necesaria para lidiar con estos clientes.

Es fundamental que estos profesionales consideren a la madre como mediadora entre el niño y el hospital, pues es ella quien transmite al equipo los signos y mensajes enviados por el niño. Estas señales pueden ayudar los profesionales a trazar una conducta y promover los cambios en el cuidado del niño, adaptando el mundo del hospital a las condiciones del niño/madre⁽⁵⁾.

El uso de las referencias teóricas en la práctica profesional de enfermería es lo que

facilita la efectividad de las acciones de cuidado que garanticen un ser humano insertado en un ambiente, en el afán de restablecer la salud por medio del cuidado de enfermería. En el área de enfermería, diversos estudios que se destinan a la temática de este cuidado. Apoyados en la Teoría del Cuidado Interpersonal de Jean Watson.

Esta teoría presenta al ser humano como punto de convergencia de todas las acciones de enfermería; la integración del cuerpo, mente y el espíritu en un proceso interpersonal⁽⁶⁾. Entre los elementos del Proceso *Clínico Caritas*, se incluyen la significación de ser cuidado, la conexión del ser humano en un plano que extrapola lo concreto y visual y la proposición del *healing* como reconstitución del ser⁽⁷⁾.

El Proceso *Clínico Caritas* es un modelo emergente de cuidado interpersonal, que modifica los factores de cuidados, los cuales dan forma y estructura a la teoría del cuidado humano y auxilian a los enfermeros en la resolución de problemas de forma creativa. Tal proceso tiene un enfoque basado en la delicadeza, la sensibilidad y la atención cuidadosa⁽¹⁾.

Con base en esta teoría, se destaca la importancia de recomponer y reconstituir a las personas involucradas, a partir del cuidado que brinda el enfermero, facilitándole la aceptación de su vida mediante el establecimiento de relaciones de ayuda, confianza, cuidado, amor, involucrados en un compromiso ético⁽⁸⁾.

Este estudio se centra en el análisis del Proceso *Clínico Caritas* propuesto por Jean Watson con madres de hijos cardiopatas, considerando la relación entre amor y cuidado tanto para sí (*self/madre*) como en otro contexto (*hijo/profesional*), con vistas a mejorar el desempeño de las acciones de enfermería, promoviendo cambios en esas relaciones. Para aclarar, develar y apoyar la interrogante de la investigación, se empleó el referencial teórico de Watson por medio de la Teoría del Cuidado Interpersonal⁽¹⁾.

De este modo, el estudio tiene como objetivo analizar la vivencia de las madres de niños con cardiopatías a la luz de la Teoría del Cuidado Interpersonal.

METODO

Investigación-cuidado de abordaje cualitativo. Dicha investigación cuenta con

particularidades en el área de la enfermería, con la cual mantiene una conexión de reciprocidad y cuyos resultados subsidian las prácticas⁽⁹⁾.

Para realizar la pesquisa, es necesario recorrer cinco etapas sucesivas: aproximación al objeto de estudio; confluencia del investigador-cuidador con la persona investigada-cuidada; establecimiento de las conexiones de la investigación, teoría y práctica del cuidado; alejamiento del investigador-cuidador y de la persona investigada-cuidada; análisis de lo aprendido⁽¹⁰⁾.

Aproximación al objeto de estudio

En esta primera fase, se estableció la definición del objeto de estudio, la cual fue: dar a conocer la experiencia de madres de hijos con cardiopatías en el proceso de hospitalización de los mismos. La selección del referencial metodológico atiende a los propósitos del estudio, pues permite que, más allá de la investigación, sean llevadas a cabo acciones de cuidado.

En la revisión de la literatura se discutió sobre las cardiopatías congénitas; la relación madre e hijo en esta condición; la Teoría Interpersonal de Jean Watson y; el cuidado de enfermería hacia los niños con cardiopatías congénitas y a las madres. Tales discusiones contribuirán a aproximarse al objeto, delimitar y analizar el conocimiento para la certificación de los propósitos del estudio.

Encuentro del investigador-cuidador con la persona investigada-cuidada

En la segunda fase del método, tuvo lugar, primeramente, el encuentro con el equipo de enfermería, cuando se explicó el objetivo de estudio, estableciendo una relación de compañerismo, al esclarecer la disposición del investigador-cuidador en colaborar con las actividades de cuidado sin comprometer la rutina de servicio.

Esta fase se configuró como el primer momento de interacción con la persona investigada-cuidada, al ser identificadas sus necesidades reales.

La investigación se realizó con 21 madres de hijos con cardiopatías, internados en la unidad pediátrica de un hospital importante dado el hecho de que está especializado en dolencias cardiopulmonares, en Fortaleza-Ceará, en mayo y junio de 2011. Esa unidad de

ingreso posee un total de 24 camas, distribuidas en ocho enfermerías colectivas, conformadas en un sector de alta circulación.

El cuadro de profesionales de enfermería de la unidad investigada está formado por dos enfermeras y seis profesionales de enseñanza media (técnico o auxiliar de enfermería), que se rotan en guardias de 12 horas.

Se seleccionó este local de estudio por tratarse de una unidad terciaria, especializada en el diagnóstico y tratamiento de dolencias cardíacas y pulmonares. Contando con todos los procedimientos de alta complejidad en estas áreas y destacándose el trasplante cardíaco en adultos y niños.

Las participantes en el estudio se seleccionaron por muestra intencional, en la cual fueron llamadas para participar en el estudio todas las madres que estaban acompañando a sus hijos en el proceso de hospitalización, en el primer encuentro con el investigador-cuidador. No existió preocupación en cuanto a la cantidad de participantes, pues interesaba la saturación de los relatos sobre el fenómeno de estudio.

Como criterios de inclusión se adoptaron los siguientes: tener hijo hospitalizado debido a cardiopatías congénitas y demostrar la disposición a participar en el estudio. Como criterio de exclusión: madres que no estuviesen presentes durante todo el ingreso de los hijos.

Para la recolección de información se utilizó la entrevista semi-estructurada la cual empleó la siguiente pregunta científica: ¿Qué representa para usted la experiencia de tener un hijo con una cardiopatía y ser atendida, junto a él, por un equipo de enfermería? Se aplicó también un instrumento de identificación de los sujetos. Las declaraciones se grabaron en un aparato digital, contando con la autorización de las participantes, y además se registraron los datos de observación del entrevistador en un diario de campo.

Siguiendo las normas, se consideraron los preceptos ético-legales de la Resolución 196/1996, del Consejo Nacional de Salud, y se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Universidad Estadual de Ceará, con parecer número 10725967-2. Los nombres de las investigadas-cuidadas se cambiaron por nombres ficticios de flores

para preservar el anonimato de las mismas. Las madres opinaron con relación al sobrenombre adoptado por ellas en la investigación.

Establecimiento de las conexiones de la investigación, teoría y práctica del cuidado

Esta tercera fase fue determinante para el éxito de la aplicación del método investigación-cuidado, pues tiene relación con la articulación entre la investigación (método de pesquisa-cuidado), el referencial teórico (Teoría Interpersonal de Jean Watson) y la práctica (acciones de cuidados puestas en práctica en el momento de encuentro). De este modo, se posibilitó la aproximación del investigador-cuidador con la persona investigada-cuidada para llevar a cabo las entrevistas.

Acto seguido, se definieron las prioridades de cuidado, las cuales se determinaron en común acuerdo entre los sujetos involucrados en la investigación. El cuidado se estableció de diferentes formas: escuchando, estimulando, explicando, orientando, elogiando y tocando.

Alejamiento entre el investigador-cuidador y la persona investigada-cuidada

Esta corresponde a la cuarta fase del método y exigió sensibilidad de ambos lados (investigador y persona investigada) para indicar el término del encuentro, teniendo en cuenta su finalidad. Dicho momento se preparó a través de toda la trayectoria metodológica. De esta forma, al final de los encuentros, la persona investigada-cuidada estaba preparada para el alejamiento del investigador-cuidador.

Análisis de lo aprendido

En la última fase se persiguió como objetivo apreender el significado de las declaraciones de las madres. En esta óptica, las informaciones se analizaron a la luz de la Teoría Interpersonal de Jean Watson, utilizando el análisis de contenido como estrategia de apreciación de datos⁽¹¹⁾.

RESULTADOS

Se procedió al análisis de los resultados mediante la interpretación de los datos recolectados por medio de la observación libre y de las entrevistas. Luego de la transcripción de las declaraciones de las entrevistadas, las mismas se agruparon por similitudes de significados los cuales revelaron la relevancia y aspectos implícitos en la investigación.

Caracterización de las entrevistadas-cuidadas

Las edades de las entrevistadas oscilan entre 18 y 45 años, las cuales, en su mayoría, se encontraban en unión estable. Apenas siete eran madres solteras, sin tener ningún apoyo del padre del niño. En lo que refiere al nivel escolar, una era analfabeta, diez habían cursado la enseñanza primaria, nueve contaban con el nivel medio y una de las entrevistadas había concluido el nivel superior.

En cuanto a las actividades profesionales, siete trabajaban fuera de la casa, sin embargo, luego del nacimiento del niño, comenzaron a dedicarse a las funciones domésticas, y principalmente al cuidado del hijo. Doce encuestadas eran propietarias de casa, una trabajaba en una plantación y una era profesora.

En lo que atañe al ingreso, 17 se mantienen con el salario mínimo vigente en el país y cuatro de ellas, entre dos y cuatro salarios mínimos. Sobre la procedencia, 11 eran oriundas de municipios del interior del Estado de Ceará; nueve de la capital del estado y; una del Estado de Piauí. En relación a la religión, la mayoría se declaró católica. Además, dieciocho afirmaron no realizar ninguna actividad de esparcimiento. Diecinueve tenían entre uno y tres hijos y dos madres tenían por encima de cinco hijos.

Desconocimiento de las madres sobre la enfermedad del hijo y forma de enfrentarlo.

Al descubrir la enfermedad del hijo, la madre intenta comprender el motivo de la dolencia, los factores que traen consigo el comprometimiento de su condición clínica, y su diagnóstico real, con vistas a programar mejor sus acciones. Ella realiza una valoración constante de las posibles alteraciones.

En la búsqueda del motivo de la dolencia del hijo, "memorizan" lo dicho por el médico, a veces sin entenderlo. Otras, sin embargo, demuestran con sus palabras comprender el significado de la enfermedad, como demuestran sus declaraciones:

Él tiene una miocardiopatía hipertrófica. Un lado del corazón es más musculoso y late muy rápido, y también tiene arritmia, y debido a eso se quedará en observación y no puede realizar esfuerzo. (Jazmín)

Yo sé que él tiene un soplo y las venas cambiadas. Él se operó, se hizo [cirugía] paliativa para poder respirar bien, y luego, cuando tenga cinco años, se va a realizar otra operación. (Acacia)

Se puso de manifiesto la falta de información y se destacó como motivo de angustia, miedo y rabia, sobre todo porque las madres intentan ser parte del proceso salud-enfermedad del hijo, pero son excluidas. Para ellas los "problemas del corazón" son asuntos serios, que les va de su dominio:

Se puede decir que no sé nada, solo sé que es un soplo, es malo no saber qué es. ¿Cómo es que yo puedo ayudar? (Clavo)

Las madres también intercambian informaciones con otras acompañantes, buscando prever lo que podrá sucederle a su hijo, y así poder comprender mejor la enfermedad. Algunas, sin embargo acaban con informaciones erróneas. De este modo, desencadenan falsas esperanzas o aumentan las angustias:

La madre de un niño me comentó que las enfermedades del corazón son todas iguales. La cura dependerá de la edad a la que fue descubierta la dolencia. (Hortensia)

Permanencia con el hijo durante el tratamiento

Tener un hijo con cardiopatía congénita causa a la madre momentos de angustia y preocupación. Las inseguridades acarrearán sufrimiento, pues el riesgo inminente de la muerte del hijo es real en sus pensamientos. No obstante, ellas son optimistas y creen en la recuperación próxima y que esos momentos de dolor pasarán, y pronto estarán en casa comenzando una nueva vida:

Me siento un poco triste, porque no sé cómo van a ser los días, pero siempre confiando en que todo va a salir bien. (Flor-de-Lis)

Sin dudas me siento triste, porque uno siempre quiere ver a los hijos bien. Desearía que no tuviesen esas cosas. Pero quiero que él viva, tenga fuerza y salud. (Acacia)

Cuidado de sí: cuerpo, mente y espíritu

Al dedicarse por entero al cuidado del hijo, la madre se olvida de sí misma, de sus necesidades. Teme dejar al hijo y que algo malo le suceda en su ausencia. Así, permanece a su lado, aun descuidando sus propias necesidades básicas, como la nutrición:

Ya no siento más hambre, tengo muchas náuseas, no siento deseos de arreglarme, si pudiese no me apartaría de él [...] (Orquídea)

El sueño es otro elemento que se compromete y que impide tener una buena calidad de vida durante el ingreso del hijo, como se puede percibir en las declaraciones, en las cuales las madres afirman experimentar dificultades para dormir. Estas dificultades tienen relación con la ansiedad y la tristeza ante la enfermedad del hijo:

Hay días en que no consigo dormir. Tengo miedo de dormirme y que algo suceda. (Violeta)

Ante la situación, la madre sacrifica su mundo por el bienestar de su niño. Su vida es apartada, sus vanidades, sus objetivos. Lo que antes era un factor esencial, ahora se vuelve apenas una necesidad superficial frente a la importancia que reviste cuidar del hijo. De acuerdo con las opiniones, las madres afirman no tener tiempo para cuidar su apariencia personal, y que solo lo dedican a atender las necesidades de su bien más valioso.

Cuando se les interroga acerca de las actividades de esparcimiento, estas revelan las estrategias individuales y particulares, como ir a la iglesia, ver la televisión y conversar con otras madres, actividades que realizan en el hospital.

Yo me distraigo conversando con las pequeñas. Todas aquí son muy unidas. Nos ayudamos mucho. (Tulipán)

Mientras ella está durmiendo, yo veo la televisión. A veces voy a misa aquí mismo en la capillita. (Flor-de-Lis)

Búsqueda de apoyo espiritual

La madre busca a Dios como apoyo para recorrer ese camino y enfrentar la imprevisible realidad de tener un hijo con problemas cardíacos. En esta óptica, la espiritualidad da

significado y sustento a las madres que se enfrentan a este tipo de enfermedades, de cambios y de pérdidas tan frecuentes. Es por eso que ellas buscan a Dios para superar el dolor que representa la cardiopatía del hijo:

Me siento preocupada, tan ansiosa con todo, pero confío en Dios, en que todo saldrá bien y mi hija va recuperarse. (Orquídea)

Hoy estoy muy bien, gracias a Dios, ella está bien. Ahora estoy rezando para que llegue a cumplir cuatro, si Dios quiere. (Violeta)

Hospital: un nuevo hogar

Sin dudas, la familia y el niño con cardiopatía enfrentan problemas tales como: largos períodos de ingreso, internaciones frecuentes y tratamientos agresivos con serios efectos secundarios. Según la opinión de las madres/cuidadoras, el hospital es un local hostil al que no consiguen adaptarse y desempeñar sus actividades normalmente.

Argumentan dificultades en la infraestructura, con lugares inadecuados para ambos, ausencia de locales de esparcimiento, ambiente de contaminación sonora, sin privacidad ni comodidad. Tales factores contribuyen al aumento del sufrimiento materno durante la estancia en el hospital:

Y si estuviese lleno, tienes que estar llamando. Aquí esto está malo. Hay un clima de muerte, de enfermedad, de personas sufriendo, sin privacidad. (Girasol)

Aquí es bueno, solo hay mucha escándalo [ruido], y es difícil dormir. (Alfazema)

No es muy limpio y es oscuro. No hay nada para hacer. El día se pasa sin hacer nada. (Clavo)

Sin embargo, en determinadas declaraciones, se puso de manifiesto la sensación de seguridad por el hecho de estar en el hospital, pues este lugar transmite confianza, bienestar físico y emocional:

Me gusta más estar aquí que en la casa. Es todo muy difícil. Tengo miedo y aquí me siento segura. (Petunia)

Aquí se está bien, hay comida para nosotros y para nuestros hijos. Las personas cuidan de ellos y eso es muy bueno. (Lirio)

Impresiones maternas sobre la atención que se le da al hijo cardiópata por

parte del personal d enfermería

De acuerdo a lo que se constató, las madres evaluaron la calidad de la atención a través del grado de confianza y simpatía transmitido por la enfermera; la experiencia profesional, conocimiento y habilidades al relacionarse con los niños; la calidad de la información ofrecida acerca de la enfermedad y el tratamiento, principalmente en el inicio del mismo, conforme a los relatos ofrecidos:

Ellas siempre se quedan aquí. Son muy atentas, preocupadas. A veces vienen para saber cómo sigue. Las auxiliares dan los medicamentos rápido y la enfermera de vez en cuando viene aquí para saber de nosotros. (Amor-Perfecto)

Ellas son muy atentas, si pasa cualquier cosa ellas están allí con nosotros verificando lo que sucedió. (Jazmín)

Las enfermeras cuidan bien de ella. Me explican las cosas. (vaso de leche)

A pesar de las dificultades, luego del ingreso del niño, las madres/cuidadoras se encuentran satisfechas. Fundamenta esa satisfacción el tratamiento recibido por el enfermero y el equipo de enfermería durante la estancia del hijo en el hospital.

Aunque se han constatado datos de insatisfacción en lo concerniente a la atención prestada al hijo por parte del equipo de enfermería, cuando afirman falta de compromiso de los profesionales a la hora de realizar los procedimientos con técnica antiséptica, manipulación del niño sin el debido cuidado y falta de comunicación.

Hay veces que vienen a cambiar el pañal y levantan los pies del niño hasta lo alto, no se lavan las manos antes de tocar las cosas y eso no puede ser. (Lirio)

Hay enfermeras que no hablan con nadie. Voy a preguntar algo y ella solo dice que no sabe. (Hortensia).

Relación del cuidado entre las enfermeras y las madres de los hijos cardiopatas

Según lo evidenciado, se constata la necesidad de un cuidado especial al atender a esas madres, buscando tener en cuenta las particularidades de las personas involucradas, a fin de minimizar el sufrimiento que provoca un proceso de enfermedad e ingreso.

Para lograr esto, no existe un modelo preconcebido de como promover tal aproximación, aunque la sensibilidad y disponibilidad se imponen, como muestran las declaraciones:

Cuando yo estaba enferme, se preocupaban por mí. Me hice todo los exámenes y tomé los medicamentos. (Rosa)

Todos aquí son muy buenos. Se preocupan por mí y por él. (Azalea)

Ellas son muy buenas, hacen de todo para que nos sintamos mejor. Hay muy buena atención aquí. (Iris)

De modo general, la enfermedad es sufrida por la madre y el hijo con la misma intensidad. De esta forma, para que la atención sea completa y auténtica debe ofrecerse a ambos.

En sus opiniones, las madres apuntan la falta de interacción entre ellas y el equipo de enfermería, pues la madre no se ve como un ser que necesita cuidado y tampoco es considerada por el equipo como alguien emocional y físicamente vulnerable:

Ellas cuidan de mi hijo y eso es suficiente. No es necesario que cuiden de mí. (Acacia)

Ellas no hacen nada para mí, pero no importa, quiero que cuiden de mi hijo. (Girasol)

Vale resaltar que la enfermera puede promover el restablecimiento de las personas involucradas, pues cuando esto ocurre de manera gentil y amorosa, permite adentrarse en el espacio de la persona cuidada, estableciendo una conexión entre ellas y el universo.

DISCUSIÓN

Frente al desconocimiento sobre la enfermedad, se crea una expectativa, particularmente por no saber lo que puede suceder, acentuada por la falta de información. En consecuencia, las madres permanecen en alerta, motivadas por la preocupación y la ansiedad.

El impacto de la noticia, de la constatación de la enfermedad cardíaca del niño, hasta ese momento considerado normal, es una de las etapas más difíciles que enfrentan las madres; pues es un acontecimiento para el cual se requieren comportamientos de adaptación, no siempre disponibles y posibles. En la mayoría de los casos, estas no se encuentran preparadas para tales sucesos. Sin embargo, con el diagnóstico de la enfermedad cardíaca congénita se inicia para la madre un proceso de transición de salud-enfermedad del hijo⁽¹²⁾.

Conforme a lo evidenciado, el miedo y la inseguridad observados en las declaraciones surgen, no en raras ocasiones, de orientaciones insuficientes, e incluso erróneas, durante el período de hospitalización del niño.

Concerniente al séptimo elemento del Proceso *Clínico Caritas*, que aborda la importancia en atender la unidad del ser y de los significados, intentando mantenerse dentro del referencial del otro, establece la verdadera conexión como el ser cuidado. Por tanto, se debe garantizar las informaciones y alternativas de enseñanza para que la persona pueda asegurar su cuidado al reconocer sus propias necesidades y ejercer el autoconocimiento de sus capacidades⁽¹⁾.

En la utilización de este, el enfermero busca, en la experiencia de la madre, mediante informaciones ofrecidas, instrumentarla para el propio cuidado, por medio del proceso educativo, creando una relación de confianza.

Por esto, es válido posibilitar encuentros de madres que experimentan situaciones semejantes para fortalecer las familias con influencias positivas en la conducta del tratamiento del niño. Así es posible reducir la ansiedad de los padres al propiciarles el conocimiento sobre la enfermedad, siendo capaces de realizar un cuidado adecuado y transformándolos en multiplicadores de experiencias y de mejoría en la calidad de vida de su hijo.

Cabe enfatizar que el aprendizaje es más que el hecho de recibir informaciones, es una relación significativa. Y la forma y el contexto afectan el proceso, por lo que el contenido debe ser adecuado al nivel intelectual, simbólico y cultural del paciente⁽¹⁾.

De este modo, para el enfermero, es importante el desempeño de actividades capaces de

unir las experiencias de las madres con las informaciones que él quiere transmitir, pues, a partir de una relación interpersonal, las dificultades serán más fácilmente superadas.

Cuando el niño está enfermo, todo el significado y sentido del futuro se ven amenazados, haciendo que la madre enfrente la posibilidad de la pérdida, del sufrimiento y del dolor y también con la frustración de no ver concretados sus sueños. Aquí el enfermero puede iniciar una relación interpersonal, permitiendo a la madre expresar sus sentimientos, y siempre respetando sus dificultades y limitaciones.

Al correlacionar la Teoría del Cuidado Interpersonal, en su quinto elemento, se destaca la importancia de una conexión entre quien cuida y la persona que es cuidada, de modo que las emociones y los sentimientos que se desprenden de ellas, sean percibidos, ya sean positivos o negativos⁽¹⁾.

Al posibilitarle a la madre manifestar sus sentimientos, la enfermera permite y auxilia al ser cuidado a recuperarse, al encontrarse con el sentimiento por sí mismo a partir de su historia, considerándolos y propiciando una relación de cuidado.

La enfermera con Conciencia Caritas puede ser única en escuchar, ver y aceptar a la persona detrás de las fuertes emociones frecuentemente presentes en la enfermedad, por lo que estimula al paciente a liberar los sentimientos de miedo, rabia y confusión. Es justamente en ese momento que la ecuanimidad de la enfermera (uniformidad de mente, aún sobre el estrés) puede ayudarlos a recuperar el control y la estabilidad ⁽¹⁾.

Así, al considerar y comprender los sentimientos de las madres de los niños con cardiopatías es posible una mejor actuación en la promoción y mantenimiento de la salud de la persona atendida.

De acuerdo a lo observado, la búsqueda de la mejoría en el estado de salud encuentra su apoyo en el elemento de la teoría, pues, a partir de la consciencia intencional de cuidado de las necesidades básicas, se puede potencializar el equilibrio del cuerpo, la mente y el espíritu, totalidad y unidad del ser en todos los aspectos de la atención⁽¹⁾.

La enfermera persigue lo que es esencial al cuidado humano, buscando su potencialidad en todos los aspectos. En este sentido, la madre cuidadora, al estar sensibilizada, tiende a orientarse para una mayor preservación de su cuerpo y mente y a demostrar la

responsabilidad y el respeto para consigo misma.

Basados en esta afirmación, recurre a la fe y a la esperanza para aliviar las angustias resultantes del proceso de enfermedad. Así, se destaca que la oración tiene un significado científico y espiritual, para proporcionar esperanza y fe en las diversas situaciones de la vida⁽¹⁾.

Al recurrir a la religión, la madre intenta encontrar el apoyo para enfrentar los problemas ocasionados por la enfermedad del hijo y así disminuir el sufrimiento de ambos. Esto refuerza lo abordado en el segundo elemento del Proceso *Clínico Caritas*, que estimula la presencia de la fe y la esperanza como elementos esenciales en el acto de conectarse con el otro⁽¹⁾.

Para comprender al niño y al acompañante en este proceso de enfermedad, se intenta también proporcionar, en el plano físico, comodidades adecuadas para ambos, pues para ellos el hospital no es un ambiente agradable y la permanencia en este lugar representa una situación incómoda, principalmente cuando el ingreso es prolongado.

Este aspecto se discute en el octavo elemento de la teoría debido a la necesidad de propiciar un ambiente que fomente la recuperación del paciente (*healing*), potencializando la comodidad y la dignidad a todos los niveles, ya sea físico o mental⁽¹⁾.

Durante la atención son esenciales las habilidades y competencia ontológica en el cuidado al ser humano y no solamente la técnica en sí. De este modo, el profesional debe ser reflexivo, habilidoso al conectarse con el otro en vista a asegurar la confianza y la seguridad⁽¹⁾.

Evidentemente, en la organización del trabajo, existen fuentes de presión, dificultades y desafíos propensos a causar sufrimientos a la madre y al hijo. En este sentido, se buscan estrategias para optimizar el cuidado prestado, pues un profesional impaciente genera intolerancia de quien espera una actitud de comodidad.

Esta es la propuesta del cuarto elemento del Proceso *Clínico Caritas*, el cual busca crear y conservar la relación de confianza en la atención auténtica por medio de actitudes que tienen un significado de verdadero interés, volviéndose importantes gestos como sonrisas, posturas del cuerpo, toques cariñosos y capacidad de escucha⁽¹⁾.

Basado en lo expuesto, se refuerza la opinión de que el enfermero utiliza en su relación de cuidado la comunicación verbal y no verbal de modo que se establece armonía entre el cuidador y la persona atendida. Y, al demostrar respeto por los sentimientos de las madres, se desarrolla una relación de atención, basada en el respeto y la honestidad. Promoviendo así la aceptación positiva por parte del otro.

Esto complementa lo discutido en el primer elemento de la teoría, el cual es: practicar valores humanistas como la gentileza y la ecuanimidad dentro del contexto de cuidado, abordando el amor como sentimiento posible para abrir al otro y, establecer con el enfermero una relación de convivencia y comunión⁽¹⁾.

En el cuidado interpersonal de enfermería tanto el profesional como el ser cuidado dependen de esa relación. Los mismos se transforman durante la consolidación de este proceso. Sin embargo, se requiere por parte del profesional, el uso de estrategias adecuadas en cada situación⁽¹³⁾.

Implicaciones para la enfermería

Este estudio tiene implicaciones positivas para la atención de enfermería, pues posibilitó la implementación del modelo teórico-metodológico propuesto por Jean Watson en el cuidado hacia la madre del niño con cardiopatía congénita, junto a un abordaje innovador a la investigación-cuidado. De este modo, el hecho de comprender las vivencias de madres de niños cardiópatas representó un desafío, el cual fue superado con esfuerzo y dedicación.

Como se comprobó, se promovieron actividades basadas no solo en el conocimiento científico, sino en el hecho del cuidado interpersonal, en una relación íntima entre el ser investigado y el investigador.

CONCLUSIÓN

De acuerdo a lo evidenciado, cuidar de un hijo con cardiopatía involucra aspectos emocionales, sociales, espirituales y económicos. Para la madre, convivir con la cardiopatía significa experimentar un proceso de transformación y sufrimiento, que se desprende, sobre todo, de los cambios ocasionados en el núcleo familiar.

La Teoría Interpersonal de Jean Watson demostró afinidad con el objetivo de estudio, el cual se presenta, más allá de una teoría de enfermería, como un modo de ser con el otro, proximidad, empatía, interacción y compromiso. Buscando siempre la autonomía y valorización del individuo.

Acerca de las limitaciones del estudio, se destaca la dificultad de interactuar los conceptos de la Teoría de Watson con la práctica de enfermería, pues la ausencia de sus proposiciones en los objetivos de los currículos de enfermería resulta en la no formación de enfermeros aptos para desempeñar el papel que Watson les atribuye.

Se resalta que la aplicabilidad de la Teoría del Cuidado Interpersonal posibilita al enfermero, en las unidades pediátricas de cardiología, comprender mejor la experiencia de la madre como cuidadora y como ser que necesita de cuidado. Al mismo tiempo, favorece proporcionar una nueva visión del cuidado humanístico.

Como propuesta de humanización para el cuidado hacia la madre de niño con cardiopatía, los enfermeros pueden aplicar los elementos del Proceso *Clínico*, con vistas a llevar a cabo un cuidado humanístico, capaz de disminuir el sufrimiento de esas madres, reducir sus ansiedades y preocupaciones.

También se propone que las instituciones formadoras de enfermeros incluyan en sus planes pedagógicos el cuidado interpersonal, el cual contribuye a que el profesional expanda su visión del mundo y su habilidad de pensamiento crítico.

CITAS

1. Watson J. The philosophy and science of caring. Philadelphia: FA Davis; 2008.
2. Quirino DD, Collet N, Neves AFGB. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. Rev Gaúcha Enferm. 2010; 31(2):300-6.
3. Wegner W, Pedro ENR. Concepções de saúde sob a ótica de mulheres cuidadoras-leigas, acompanhantes de crianças hospitalizadas. Rev Latino-am Enfermagem. 2009; 17(1).
4. Milanese K, Collet N, Oliveira BRG. Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. Rev Bras Enferm. 2006; 59(6):769-74.
5. Fernandes CNS, Andraus LMS, Munari DB. O aprendizado do cuidar da família da criança hospitalizada por meio de atividades grupais. Rev Eletr Enf. 2006;8(1):108-

- 18.
6. Souza SRO, Chaves SRF, Silva CA. Visita na UTI: um encontro entre desconhecidos. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(5):609-13.
 7. Mathias JJS, Zagonel IPS, Lacerda MR. Processo clínico caritas: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(3):332-7.
 8. Fonseca ALN, Lacerda MR, Maftum MA. O cuidado transpessoal de enfermagem no domicílio ao portador de transtorno mental e sua família. *Cogitare Enferm.* 2006;11(1):7-15.
 9. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Przenyczka RA, Camargo TB. Pesquisa-ação, pesquisa convergente assistencial e pesquisa cuidado no contexto da enfermagem: semelhanças e peculiaridades. *Rev Eletr Enf.* 2008; 10(3): 843-8.
 10. Neves EP, Zagonel IPS. Pesquisa-cuidado: uma abordagem metodológica que integra pesquisa, teoria e prática em enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2006;11(1):73-79.
 11. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: edições 70; 2008.
 12. Souza P, Scatolin BE, Ferreira DLM, Croti UA. A relação da equipe de enfermagem com a criança e a família em pós-operatório imediato de cardiopatias congênitas. *Arq Ciênc Saúde.* 2008;15(4):163-9.
 1. Favero L, Mazza VA, Lacerda MR. A enfermeira domiciliar vivenciando o cuidado transpessoal de uma família de neonato egresso de unidade de terapia intensiva: estudo de caso. *Online Braz J Nurs [serial on the internet].* 2010 [cited 2011-10-10]; 9(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.16764285.2010.2707/597>.

Recibido: 02/04/2012
Aprobado: 12/11/2012