

“Despertando a una realidad”: visión y metaparadigma de enfermería en el cuidado de una persona con cáncer hepático

“Waking Up to a Reality”: Nursing Vision and Meta-paradigm in the care of a person with liver cancer

Andrés Guzmán Gutiérrez^a
Universidad Nacional de Colombia, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1917-3211>

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.salud1.nedr>

Recibido: 12 marzo 2024
Aceptado: 21 agosto 2024

Resumen:

Introducción: Este artículo tiene como objetivo analizar la narrativa de enfermería desde la visión y los conceptos del metaparadigma de enfermería propuestos por Fawcett. La narrativa en enfermería es un componente fundamental de la expresión de la interacción del profesional de enfermería con los seres humanos. Sirve como escenario para identificar componentes epistemológicos constitutivos del conocimiento propio de la disciplina. **Metodología:** Análisis desde el componente conceptual en el marco de la asignatura Seminario de Evaluación de la Teoría para la Investigación y la Práctica del Doctorado en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. **Resultados:** En la narrativa se evidenciaron componentes del conocimiento disciplinar de enfermería, como la visión y los conceptos metaparadigmáticos. La narrativa se encuentra en una visión interactiva integrativa. **Conclusión:** Se debe dar prioridad a la identificación de las necesidades que las personas en distintas situaciones no logran expresar de manera verbal. Esta es una narrativa que evidencia parte de la estructura de la estructura conceptual teórico-empírica, propuesta por Fawcett, que extiende un puente entre la teoría y la práctica. **Palabras clave:** narración, conocimiento de enfermería, cuidado de enfermería.

Abstract:

Introduction: The purpose of this publication is to analyze the nursing narrative from the vision and concepts of the nursing metaparadigm proposed by Fawcett. The nursing narrative is a fundamental component of the expression of the nursing professional's interaction with human beings. It serves as a scenario for the identification of epistemological components constitutive of the discipline's own knowledge. **Methodology:** An analysis of the narrative from the conceptual component was carried out within the framework of the Seminar of Evaluation of the Theory for Research and Practice, of the Doctorate in Nursing of the National University of Colombia. **Results:** It is evident in the narrative components of nursing disciplinary knowledge such as vision and metaparadigmatic concepts. The narrative is in an integrative interactive vision. **Conclusion:** Priority should be given to identifying the needs that people in different situations are unable to express verbally. This is a narrative that evidences part of the CTE structure proposed by Fawcett, extending a bridge between theory and practice. **Keywords:** narrative, nursing knowledge, nursing care.

Introducción

La narrativa de enfermería como herramienta de visibilización del conocimiento de enfermería trae a lo práctico y tangible los conceptos centrales desde lo más abstracto a lo más empírico, basados en los planteamientos iniciales de Boykin et al. (1). En la narrativa se logra encontrar el conocimiento de enfermería y se logra evidenciar un momento de cuidado y una interacción entre el profesional de enfermería y los seres humanos. A través de ella se pretende la identificación y aplicación de estos elementos en el ejercicio de la práctica de enfermería. Es fundamental para la enseñanza de la epistemología, y en este caso, como lo plantean Gómez Ramírez y Gutiérrez de Reales (2), se utilizó para resaltar parte del conocimiento de enfermería evidenciado en la narrativa. El fin de esta revisión es visibilizar el conocimiento propio de enfermería en las situaciones diarias de cuidado.

Notas de autor

^a Autor de correspondencia: andres.guzman@javeriana.edu.co

Metodología

El análisis se propone desde el componente conceptual de la estructura conceptual teórico-empírica (CTE) y su identificación en una situación de enfermería de la vida real de un enfermero que experimenta una situación límite. Partiendo de la narrativa, se usa un tipo de pensamiento inductivo en el que, teniendo en cuenta la estructura holárquica de enfermería, se identifican visiones del mundo de enfermería y conceptos del metaparadigma. Al ser parte de un proceso académico, tuvo lugar la crítica constructiva, el debate y la fundamentación de conocimientos disciplinares, a efectos de darle base a la visión filosófica. Se realizaron análisis críticos, a partir de la propuesta de Fawcett y Desanto-Madeya (3), para identificar aspectos conceptuales y teóricos inmersos en la narrativa, que se abordan a profundidad en el siguiente análisis.

Narrativa

En 2005, me desempeñaba como enfermero profesional en una unidad de cuidado intermedio adulto. Allí conocí a don Carlos, quien tenía 69 años, la misma edad que mi padre en ese momento. De inmediato, sentí una conexión automática con su situación. Yo, un joven de 21 años, con todo lo aprendido a flor de piel, en mi tercer día de servicio social obligatorio, dispuesto a dejarlo todo en cada turno. Don Carlos se encontraba hospitalizado hacía una semana, por una encefalopatía de origen hepático, al parecer con una masa hepática. Finalmente, el diagnóstico era menos promisorio que la situación. Era imperativo su traslado a un centro médico de mayor nivel de complejidad, para que lo valorara un servicio de hepatología o para realizarle una tomografía abdominal.

Mil preguntas surgían, entre ellas: ¿qué le puedo brindar yo a esta persona? Pensé que no había tratamiento médico o manejo farmacológico que fuera efectivo para cambiar la situación por la que estaba pasando. Sabía lo que su enfermedad le causaba en la esfera mental y sabía lo que podía esperar de su estado neurológico. Durante la administración de medicamentos, lo saludé y hable con él explicándole la actividad que me disponía a realizar. Se mostraba ansioso, porque no le entendía lo que trataba de pronunciar. Estaba desorientado, le tomé la mano, lo mire a los ojos y, sin decir una palabra, pensé: “te entiendo, estás incómodo y desesperado, no quieres estar más así. Estoy acá para ayudarte en este proceso”. Con tan solo una mirada, una sonrisa y mi mano para que me comprendiera.

Me tomé el tiempo de explicarle lo más claro posible por qué estaba con sujeción a la cama y tácitamente hice un pacto con él: lo soltaría de los pies, y si lograba estar tranquilo, le retiraría la inmovilización de una mano. “Estás desorientado, te puedes lastimar de manera involuntaria, ahora no sabes dónde estás”. Sabía lo que eso podría representar, pero lo hice. Qué más podría hacer, si no ofrecerle la mayor comodidad en ese momento. Le solicité el favor a una compañera de cambiarle la inmovilización de las manos por compresas, algo más suave, ya que había notado eritema en la región de las muñecas, y pensé que entre más dolor más haría, lo que empeoraría el estado de su piel. Ya tenía suficiente dolor por hoy, por lo que me pareció importante que no se sintiera atado y preso.

Posterior a la visita cuando permití el ingreso de sus dos hijas a la vez, con quienes logré tener una corta charla, entendí lo unidos que eran antes de la situación actual; era la primera vez que se separaban durante tanto tiempo. Luego pude evidenciar el cambio en el comportamiento de la persona: sus ojos reflejaban sosiego, su frecuencia cardíaca disminuía y fue fehaciente el impacto de la intervención en diferentes niveles de respuesta. Para mí significó una tarea cumplida, basada en el cuidado real del enfermero. Pude ver el efecto que causó la intervención en la persona, y en mí, la satisfacción del deber cumplido.

Evidentemente, la compañía de su familia pudo ser la mejor terapéutica del día. También se sentía cómodo con el cambio de las inmovilizaciones por unas que le permitieran mayor rango de movimiento sin lastimarlo. No lo hablamos, lo vi en su mirada, en su postura corporal. Lo leí en sus signos vitales, y me causó gran

satisfacción, tanto así que al final del turno, solo le dejé una mano inmovilizada. Le había podido retirar los otros tres puntos de sujeción. Aún requería vigilancia para evitar el retiro de dispositivos, porque, por momentos, seguía desorientado. Tomé luego la determinación de ir a referencia y contrarreferencia, y ejercer presión para lograr el traslado que la persona necesitaba. La situación requería todos mis esfuerzos.

A pesar de continuar muy enfermo, sus expresiones me hacían entender que mi intervención había generado alivio, tal vez sutil en aquel momento, pero había podido estar libre y demostrar que se sentía más cómodo sin pronunciar una sola palabra. A través de esa terapéutica, logré un impacto en su componente fisiológico, sobre todo un consuelo en el peso que cargaba sobre sus hombros, reflejado en esas fascias de pesadumbre. De esta manera, solucionando sus necesidades básicas gracias al alivio percibido, pudo tener lo más cerca posible a su familia.

Supe entonces que administrarle medicamentos o revisar su historia clínica no era la única acción que podía implementar de mi parte para el bienestar de la persona. Las actividades que en ese momento consideré prioritarias partieron de una valoración total, única y diferenciada, ya que los cuidados y las intervenciones no pueden ser genéricas y generalizadas para todas las personas. Al finalizar el turno, me despedí de él de manera especial. No indagué por su estado de salud durante la tarde y la noche, aunque no puedo negar que rondó por mi cabeza. Sin embargo, pese a los esfuerzos, el señor Carlos falleció con los primeros rayos del sol la mañana siguiente, en los brazos de su familia más cercana. Con su último respiro, no obstante la frustración, se vivió un ambiente de quietud y resignación.

Aprendí el significado real de cuidado, siempre viendo a la persona como un todo y no solo como la suma de sus partes. Siempre traté de ir un poco más allá dentro de mi profesión, para esperar que el resultado fuera más que solo una respuesta de causa-efecto, sino que yo pudiera modificarlo acorde con las posibilidades de la situación.

Metaparadigma y visión de enfermería

Para Boykin et al. (1), la narrativa es fuente del conocimiento de enfermería. Incluye su contexto, y en ella se logra reconocer al otro como un ser al que se le brinda cuidado, donde se evidencia la interacción entre la persona y el enfermero; entonces, como resultado, hay un crecimiento recíproco. Parte importante de las narrativas es reflejar las visiones del mundo de enfermería, entendidas como una orientación del campo de estudio a través del nivel filosófico y la perspectiva de la disciplina. Identificar la visión es parte fundamental del análisis de esta narrativa.

En esta narrativa se evidencia una experiencia de vida compartida, donde se forma parte del mismo proceso de vida y muerte de la persona. El metaparadigma en enfermería son los conceptos más abstractos y generales de la disciplina, parte central de la estructura holárquica del conocimiento de enfermería, definida y conceptualizada por Fawcett y Desanto-Madeya (3). Estos cuatro conceptos representativos de la naturaleza de enfermería se destacan en el primer capítulo del libro *Contemporary Nursing Knowledge* (3).

Seres humanos

Según Fawcett y Desanto-Madeya "son los individuos, familias, comunidades y otros grupos participantes en enfermería, los receptores de las intervenciones de enfermería" (3). En la narrativa de enfermería, la persona central es don Carlos, un adulto mayor de 69 años, esposo, padre de dos hijas, quienes lo acompañaron durante el proceso de hospitalización y quienes estuvieron con él en su último día. Don Carlos, debido a su condición de inmovilidad permanente, expresaba ansiedad, problemas para su comunicación y desorientación. Don Carlos tenía condición de padre, esposo, trabajador cesante y, de momento, persona hospitalizada. Se muestra

la relación terapéutica enfermero-paciente, descrita por Kiser-Larson (4), donde se evidencia un ser holístico no fraccionado.

La persona logró que el enfermero visualizara dimensiones más allá de la física y que dejara de lado, por un momento, los aspectos fisiopatológicos que pudieran afectar al ser humano. Don Carlos se mostraba ansioso, no lograba hacerse entender, estaba desorientado; pero fue tomado de la mano, y a través de una comunicación no verbal, logró ser entendido, transmitió su incomodidad y desesperación y fue receptor de toda la ayuda del profesional de enfermería. Así, se trascendió más allá de lo que los signos vitales mostraban.

Se fomentó el confort a través de la intervención recibida por la persona. Él, por fin, oye lo que durante semanas nadie más le habría dicho: sería liberado de sus ataduras, a pesar de su desorientación. Fue un pacto tácito entre la persona y el enfermero. “ahora no sabes dónde estás, sabía lo que eso podría representar pero lo hice”, y con esto se evidenció una actitud de agradecimiento de parte de las hijas y de cambios percibidos en la persona: “Evidentemente, el impacto de la compañía de su familia, pudo ser la mejor terapéutica del día, también se sentía cómodo con el cambio de las inmovilizaciones por unas que le permitieran mayor rango de movimiento sin lastimarlo como lo estaban haciendo las anteriores. No me lo dijo, pero lo vi en su mirada”. De esta manera, el enfermero consigue ser partícipe en el cuidado, estableciendo una forma terapéutica de actuar.

Salud, procesos humanos de vivir y morir

De acuerdo con Fawcett y Desanto-Madeya (3), los procesos humanos de vivir y morir “se refiere[n] al estado de satisfacción al momento en que se ofrece el cuidado de enfermería desde un estado de bienestar hasta el de una enfermedad terminal”. Es una persona con una condición de cáncer hepático-terminal quien, más allá de los signos vitales, demuestra sus facies de cansancio y de desesperación, la incomodidad, la necesidad de confort y, probablemente, el dolor generado en las muñecas y los tobillos, causada por la sujeción que pretendía evitar una caída accidental. El dolor emocional por el hecho de no poderse mover libremente, comunicarse ni comunicar sus necesidades, sus últimos deseos y anhelos, lo que menos reflejaba don Carlos era su patología.

El cambio de esquema de visitas también le proporcionó bienestar a la persona, y sus hijas fueron fundamentales en el proceso de sanación o bienestar en ese momento. El cambio se notó en la persona, en cuanto a que sus ojos reflejaron sosiego, entendido como esa calma, placidez y paz; esa serenidad en su inmovilidad, donde se sentía atrapado, amarrado e incómodo. La regulación de sus signos vitales fue evidente, así como la percepción de tranquilidad momentánea. Él percibía que se encontraba al final de la vida, y muy al margen de las manifestaciones de su patología, al parecer, para la persona el estado de bienestar no era alcanzable. Sin embargo, dentro de la intervención, se lograron unos objetivos muy importantes, aun cuando no fuera posible la meta final de recuperación total, porque para don Carlos sus metas de estar cómodo, tranquilo y con sus hijas pudieron ser cumplidas.

Ambiente o entorno

Según Fawcett y Desanto-Madeya (3), el ambiente o entorno “se refiere a las personas significativas para el individuo y a los ambientes físicos, el escenario donde las intervenciones de enfermería tienen lugar, el contexto del cuidado”. Se resalta acá la institución de segundo nivel donde ocurrieron las actividades de cuidado. Es parte del ambiente, al igual que la unidad de cuidado intermedio donde vivió sus últimos días. Las restricciones en las visitas influyen en las dinámicas de familia, teniendo en cuenta que en la unidad de cuidado intermedio las visitas están limitadas. De ahí que deban priorizarse los cuidados a cada persona, además de no generalizar los cuidados; se debe partir de las necesidades y la valoración individual, involucrando a la familia y a otros profesionales del equipo interdisciplinar.

Más allá del espacio físico, el ambiente también involucra al enfermero, quien fue capaz de no generalizar los cuidados y, en cambio, sí transformó el ambiente hostil donde se encontraba don Carlos. Así, brindó un cuidado único, irrepetible y diferenciado, al leer entre líneas lo que nadie había podido dilucidar en este ser humano.

Enfermería

Para Fawcett y Desanto-Madeya (3), enfermería "se refiere [...] a las acciones que tienen lugar por parte de la enfermera o en conjunto con la persona para su beneficio". Entonces, las acciones de enfermería se ven como un proceso mutuo entre los participantes del cuidado; en este caso, un enfermero de servicio social obligatorio. La interacción que se da entre el enfermero y la persona, desde pequeños momentos de cuidado, se evidenció mediante la identificación de hallazgos prioritarios, esto es, la valoración por dominios, donde se da prioridad a necesidades de la esfera personal, del rol y de las relaciones.

El enfermero, al ofrecer cuidado a la cabecera de la persona, se acerca y establece un contacto visual y físico. Abierto, entonces, a recibir las demandas de la persona, y al no poder recibirlas de manera verbal, activa sus sentidos, la observación y su corazón, para interpretar de la mejor manera todos los procesos de comunicación no verbal que la persona instauraba. El rol como mediador favoreció la compañía permanente de las hijas, quienes buscaban intervenciones basadas en el conocimiento de enfermería.

Definitivamente, el enfermero planea y ejecuta un plan de atención de enfermería, identificando problemas y priorizando intervenciones en pro de incidir en distintas esferas del ser humano. La habilidad de identificar mensajes a través de la comunicación no verbal permitió una intervención que involucró a la familia y sanó situaciones que al final llevaron al descanso de la persona.

Visión interactiva-integrativa

Las narrativas son el reflejo abstracto de las visiones del mundo de enfermería. Son importantes, ya que en ellas están los reclamos ontológicos y epistemológicos de la disciplina; son fuente de inspiración para la práctica (2).

Es fundamental identificar la visión de mundo en relación con el desarrollo de la filosofía del conocimiento de enfermería (5), así como retomar y apropiarse las visiones para encontrar las diferencias en la concepción del ser humano. El aporte de esta disciplina enmarca nuestro quehacer en una visión filosófica; de esta manera, se establece que sus acciones están inmersas en esas mismas visiones, lo sepamos o no. Estas perspectivas funcionan como formas de ver distintas realidades y permiten acercarse lo abstracto a la práctica de enfermería.

En la narrativa, el enfermero tuvo interés en comprender el significado de la situación para don Carlos y para sus hijas. Él interactúa y permite actuar recíprocamente con la familia. Durante el momento de cuidado fuimos uno: "le tomé la mano, lo miré a los ojos sin decir una palabra y pensé: 'te entiendo, estás incómodo y desesperado, no quieres estar más así, estoy acá para ayudarte en este proceso'", enlazados e interconectados, identificando necesidades sin palabras, a pesar de no tener el tiempo suficiente.

La relación terapéutica se logra cuando se utiliza la observación como herramienta de valoración. Con un enfoque pospositivista, se tuvieron en cuenta y se volvieron legítimos los datos subjetivos, así como los datos objetivos de la valoración física. También se consideró el contexto y su relación con la persona y su familia, porque se valoró lo físico (como el estado de la piel relacionado con la sujeción) y la búsqueda de confort y el involucramiento de su familia.

De esta manera, se evidencia lo propuesto por Newman et al. (6): en los fenómenos hay múltiples partes interrelacionadas en un contexto específico, y se tiene en cuenta el contexto y la experiencia de la persona, a fin de legitimar a esta última. Podría parecer que sus necesidades eran principalmente físicas, pero sus necesidades

eran de confort, comodidad y compañía. Se llega un acuerdo sin palabras y basado en expresiones no verbales, partiendo de lo que la persona demostraba: “realicé tácitamente un pacto con él: iba a soltarlo de los pies y si lograba estar tranquilo, le retiraría la inmovilización de una mano. ‘Estás desorientado, te puedes lastimar de manera involuntaria, ahora no sabes dónde estás’. Sabía lo que eso podría representar, pero lo hice”.

De esta manera, don Carlos también asume un papel activo en la situación. Se evidenció el cambio en sus facies, la mejoría de sus signos vitales, en la paz percibida al estar con su familia. Fue una experiencia multidimensional, un momento de cuidado único e irrepetible, donde la interacción de la persona con el medio ambiente fue tomada en cuenta por el enfermero, quien actuó a través de un lenguaje verbal y no verbal:

Durante la administración de medicamentos, lo saludé, hablé con él explicando la actividad que me disponía a realizar. Se mostraba ansioso, no le entendía lo que trataba de pronunciar. Estaba desorientado. Le tomé la mano, lo miré a los ojos, y sin decir una palabra pensé: “te entiendo, estás incómodo y desesperado, no quieres estar más así, estoy acá para ayudarte en este proceso”. Con tan solo una mirada, una sonrisa y mi mano para que me comprendiera, me tomé el tiempo de explicarle por qué estaba con sujeción a la cama y realicé tácitamente un pacto con él.

Al reconocer a don Carlos como ser social y al permitir la interacción con sus hijas, convirtiéndolas en protagonistas, el enfermero pasó a un segundo plano en el ambiente. Los seres humanos son holísticos (6,7), entidades integradas, organizadas, no reducibles a partes separadas, y aunque las partes pueden ser divididas para estudiarlas, los seres humanos son activos, interactivos con el medio, de modo recíproco. El enfermero abordó a don Carlos como un ser total, sin reducirlo a su diagnóstico médico. Consideró a la familia como un ser activo en su bienestar y, al final, fomentó su vínculo con la familia. El enfermero también evidenció un cambio: “A través de la persona aprendí el significado real de cuidado, en adelante supe que mis intervenciones de enfermería debían identificarse y diferenciarse de las de los otros integrantes del equipo tratante, siempre viendo a la persona como un todo y no solo como la suma de sus partes”.

El cambio no ocurre simultáneamente, como lo plantea Kiser-Larson (4), pero el enfermero vio la necesidad de generar una intervención en ese momento. Entendió que la realidad depende del contexto. Esto hizo que él evolucionara, desde una perspectiva objetiva y mecanicista, hacia las dimensiones del ser humano, de la empatía y la reflexión. El cuidado se ofreció en las acciones del enfermero para satisfacer aquello que don Carlos no podía por sí mismo: “realicé tácitamente un pacto con él: iba a soltarlo de los pies, y si lograba estar tranquilo, le retiraría la inmovilización de una mano. ‘Estás desorientado, te puedes lastimar de manera involuntaria, ahora no sabes dónde estás’”.

El cambio es central para esta historia. Las personas se movieron a través de la narrativa, y como lo refieren Chinn y Kramer (8), las situaciones presentadas al principio se transformaron a través de la intervención de enfermería como aspecto fundamental. El cambio se da más allá de los signos vitales: “no me lo dijo, pero lo vi en su mirada, en su postura corporal, lo leí en sus signos vitales y me causó gran satisfacción”.

Discusión

En esta narrativa se propuso un análisis desde dos componentes importantes del conocimiento enfermero, como son los conceptos del metaparadigma y las visiones de enfermería. Para este trabajo, según lo propuesto por Fawcett y Desanto-Madeya (3), algunos de ellos piezas relevantes de la estructura CTE. Este análisis también se puede realizar desde el análisis del componente de teorías de mediano rango o conceptos de las mismas teorías, así como aspectos del componente teórico, como los usados por Quiñonez-Mora y Bueno-Robles (9). Así mismo, se resalta el trabajo de Arrieta-Romero et al. (10), donde se les da prioridad a la identificación y al análisis de los patrones del conocimiento, porque evidencian el tipo de conocimiento relevante para enfermería en un estudio de caso.

El ejercicio complejo de análisis de esta narrativa en el marco de una actividad académica implica la identificación completa del sistema CTE, visiones de enfermería, conceptos metaparadigmáticos y elección

de una teoría que proponga una meta para las actividades de enfermería. En este sentido, en textos como el de Bueno Robles y Soto Lesmes (11) o el de Briñez (12) se registraron los análisis de las narrativas, pero solamente de su patrones y la visión, al igual que en el trabajo de Arrieta-Romero et al. (10).

Conclusiones

Las narrativas son un puente entre la teoría y la práctica, ya que facilitan identificar el conocimiento de enfermería y su visión desde las actividades cotidianas. Visibilizan, además, la fundamentación del saber disciplinar en todas las actividades de enfermería, sean las enfermeras conscientes o no de ello. Por último, fomentan la visibilización del quehacer de enfermería y el reconocimiento de la disciplina, a través de este.

Financiamiento

Ninguno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Referencias

1. Boykin A, Schoenhofer SO, Smith N, StJean J, Aleman D. Transforming practice using a caring-based nursing model. *Nurs Adm Q*. 2003 Jan 1;27(3):223-30. <https://doi.org/10.1097/00006216-200307000-00009>
2. Gómez Ramírez OJ, Gutiérrez de Reales E. La situación de enfermería: fuente y contexto del conocimiento de enfermería. La narrativa como medio para comunicarla. Bogotá: Editorial Unal; 2011.
3. Fawcett J, Desanto-Madeya S. Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories. 3.^a ed. Boston: University of Massachusetts, Boston; 2013.
4. Kiser-Larson N. The concepts of caring and story viewed from three nursing paradigms. *Int J Human Caring* [internet]. 2000 Mar 1;4(2):26-32. Disponible en: <https://connect.springerpub.com/content/sgrijhc/4/2/26>
5. Newman MA, Smith MC, Pharris MD, Jones D. The focus of the discipline revisited. *Adv Nurs Sci*. 2008;31(1). <https://doi.org/10.1097/01.ANS.0000311533.65941.f1>
6. Newman MA, Sime AM, Corcoran-Perry SA. The focus of the discipline of nursing. *Adv Nurs Sci*. 1991;14(1):1-6. <https://doi.org/10.1097/00012272-199109000-00002>
7. Fawcett J. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. FA Davis Co.; 1995.
8. Chinn PL, Kramer MK. Theory and nursing: integrated knowledge development. 8.^a ed. Filadelfia: Elsevier/Mosby; 1999.
9. Quiñonez-Mora MA, Bueno-Robles LS. Narrativa “amar, cuidar y trascender”: aporte al conocimiento de enfermería. *Cultura Cuidados*. 2022;26(64):148-60. <https://doi.org/10.14198/cuid.2022.64.13>
10. Arrieta-Romero MA, García Ordóñez KA, Perea Copete N, Díaz-Rivadeneira J, Borja-González J, Salas RD. Narrativa de enfermería: visión y patrones de conocimiento en la experiencia de cuidado de una persona con colostomía. Reporte de caso. *Rev Salud Uninorte* [internet]. 2021 Sep 1 [citado 2024 jul 31];37(3):867-79. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522021000300867&lng=en&nrm=iso&tlng=es
11. Bueno Robles LS, Soto Lesmes VI, editoras. La narrativa: herramienta pedagógica para el conocimiento de enfermería. Vol. 1. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2019.
12. Briñez KJ. Narrativa de enfermería: visión y patrones de conocimiento en una entrevista en el hogar. *Rev Colomb Enferm*. 2014;9(9):142-8. <https://doi.org/10.18270/rce.v9i9.574>

Cómo citar: Guzmán Gutiérrez A. “Despertando a una realidad”: visión y metaparadigma de enfermería en el cuidado de una persona con cáncer hepático. Salud. 2024;(1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.salud1.nedr>