

CÓMO POTENCIAR LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE DESDE UN MODELO INTEGRAL DE ENFERMERÍA

ELIZABETH GÓMEZ LONDOÑO

Monografía para optar al título de Maestría en Bioética

Asesora

Dra. Chantal Aristizábal Tobler

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
MAESTRÍA DE BIOÉTICA
2007**

CONTENIDO

1. MARCO HISTÓRICO
 - 1.1 CONCEPTO
 - 1.2 RAÍCES FILOSÓFICAS
 - 1.3 FUENTES SOCIALES Y POLÍTICAS
2. MARCO TEÓRICO
 - 2.1 LA AUTONOMÍA COMO PARTE DE LA INTEGRIDAD
 - 2.2 AFRONTAMIENTO Y AUTONOMÍA
3. POTENCIACIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE DESDE EL CUIDADO DE ENFERMERÍA
 - 3.1 A NIVEL COGNITIVO
 - 3.1.1 Información
 - 3.1.2 Educación
 - 3.1.3 Competencias de un paciente autónomo
 - 3.2 A NIVEL AFECTIVO
 - 3.2.1 Respeto a la Intimidad y a la Privacidad
 - 3.2.2 Establecer una relación de escucha
 - 3.2.3 Respetar la Confidencialidad
 - 3.2.4 Generar esperanza y fortaleza
 - 3.2.5 Reconocimiento de su entorno
 - 3.3. A NIVEL COMPORTAMENTAL
 - 3.3.1 Modo de adaptación fisiológico
 - 3.3.2 Modo de autoconcepto
 - 3.3.3 Dominio del rol
 - 3.3.4 Interdependencia
4. CONCLUSIONES
 - 4.1 EN RELACIÓN CON LA FORMACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
 - 4.2 APORTES DE UN MODELO INTEGRAL A LA BIOÉTICA.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende de algún modo redefinir el rol del profesional en enfermería como encargado fundamentalmente del cuidado de una persona que es integral y que a raíz de su estado de vulnerabilidad a causa de su enfermedad y/o su hospitalización pierde en mayor o menor grado su autonomía en las diferentes dimensiones de su ser.

En primer lugar presento un contexto histórico donde menciono los autores más importantes sobre el tema (Locke, Kant, Stuart Mill) , y describo las fuentes sociales y políticas más importantes en los últimos años , que han influido en la trascendencia que ha tenido la autonomía a nivel político, económico , cultural, social , pero sobre todo en las ciencias médicas, entre ellas: el código de Nuremberg, la declaración Universal de los Derechos Humanos, el Informe de Belmont, los avances tecnológicos y la Declaración de Lisboa.

A partir del concepto de ser humano como totalidad integrada capaz de actuar, desarrollo el concepto de salud, enfermedad y cuidado, este último contribuye a la devolución de la integridad, genera la obligación de restaurar y mejorar la capacidad autónoma la cual es vista como un atributo o capacidad de todo ser humano.

Dentro del modelo de Enfermería de Callista Roy, las personas como sistemas adaptativos holísticos están en interacción permanente con el medio ambiente, en él se encuentran estímulos que pueden desestabilizar a la persona (como es el caso de la enfermedad) y que necesitan ser controlados para mantener un estado de equilibrio. Esto se logra a través del afrontamiento el cual utiliza tres tipos de estrategias: cognitivas, afectivas y comportamentales, las cuales constituyen el eje central de esta monografía , a partir de una descripción de las

mismas defino una serie de actividades de cuidado de enfermería que permiten potenciar la autonomía del paciente.

Dentro de las estrategias cognitivas enfatizo en la labor del profesional de enfermería a nivel de información y educación; en las estrategias afectivas el respeto a la intimidad y privacidad, la relación de escucha, respeto a la confidencialidad, la generación de esperanza y fortaleza ; y en el nivel comportamental analizo el modo de adaptación fisiológico, el autoconcepto , el dominio del rol y la interdependencia.

Por último presento unas conclusiones relacionadas con los retos que esta mirada plantea a la formación de profesionales de enfermería y los aportes que ofrece esta mirada integral a la Bioética.

1. MARCO HISTÓRICO

1.1. CONCEPTO

BEUCHAMP y CHILDRESS ¹ hacen referencia al término autonomía como aquella que deriva del griego autos (propio) y nomos (regla, autoridad o ley), el cual ha adquirido significados tan diversos como autogobierno, derechos de libertad, respeto a la obligación de intimidad, elección individual, libre voluntad, elegir el propio comportamiento de tener soberanía sobre su yo. No es por tanto un concepto unívoco ni para la lengua ni para la filosofía contemporánea. Es un concepto constituido por varias ideas.

1.2 RAÍCES FILOSÓFICAS

Una primera fuente es en el siglo XVI con el padre del liberalismo Jhon Locke (1632-1704) en su obra:

“Segundo Tratado sobre el gobierno” en la que proclama una libertad personal, económica, política y religiosa, él consideraba al hombre un ser sociable por naturaleza con una capacidad de razonar que lo hace igual a todos y libre, él es propietario de sí mismo y de lo que posee, lo cual es fruto de su trabajo, hace parte de sus pertenencias, pero siendo dueño y señor de su propia persona y de sus posesiones está expuesto a la amenaza de ser invadido por otros. ²

Una segunda fuente es Kant (1724-1804) quien expone en su obra *Fundamentación Metafísica de las costumbres* de Kant, “que la libertad es

¹ BEAUCHAMP, Tom L, CHILDRESS, James, F. Principios de ética biomédica. 4 edición.. Barcelona: Masson S.A. 1999. p. 115.

² GAJATE, Montes, José. La filosofía en síntesis. Bogotá : Editorial el Búho : 2006.p.59.

idéntica a la autonomía y que es la base de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional”³. Kant “une la idea de un ser racional con el de dignidad del siguiente modo el propio ser racional debe ser la base de todas las máximas de acción, nunca únicamente como un medio, sino como una condición suprema que restringe el uso de todos los medios, es decir, siempre como un fin”⁴. Según él la existencia de la capacidad de autogobierno está tan profundamente arraigada en el ser humano que se traduce en un derecho moral que obliga en otros al deber de respeto. Para Kant “el hombre en su autonomía está sujeto a su propia legislación, si bien ésta es universal y por tanto, está obligado a obrar en consonancia con su voluntad legisladora.”⁵

Se va gestando con el pensamiento ilustrado de Kant un nuevo movimiento cultural a finales del siglo XVII, el cual pretendía liberar al hombre de toda coacción, y de todo sometimiento tanto en lo político, cultural, como lo social, se busca un hombre capaz de tomar decisiones, de hacerse cargo de su propia vida, de vivirla por sí mismo, de generar sus propios principios y darse sus propias leyes.

Una tercera fuente es John Stuart Mill⁶ (1806 –1873) el cual considera que las acciones humanas son buenas en la medida que proporcione felicidad o bienestar para el mayor número de personas, al igual que la única restricción a la libertad es el daño a los demás, no el daño a uno mismo. La libertad y la individualidad para este autor contribuyen a formar el carácter de las personas, el respeto protege que otros no intervengan en la libertad de acción de cada uno.

³ CORAZON, González, Rafael. El pesimismo ilustrado. Madrid. Ediciones Rialp, S. A : p.199.202.

⁴ PELLEGRINO, Edmundo, D. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. En: Bioética Temas y Perspectivas. Whashington: Publicación científica OPS. 1990.p 10.

⁵ ESCOBAR, Jaime. Aproximación a la noción de dignidad humana. En: Morir. Santafé de Bogotá : Colección Bio y Ethos. Ediciones El Bosque. p. 74.

⁶ TORRALBA, Francesc, Roselló. Articulación teórica del principio de autonomía. En: Filosofía de la Medicina. Madrid : Fundación Mafre. Instituto Borja.2001.p. 183.

1.3 FUENTES SOCIALES Y POLÍTICAS

Existen unas raíces de índole político y social en el concepto de autonomía, fruto de la ilustración y de los movimientos de emancipación social que se desarrollaron a lo largo de los siglos XIX y XX en los que el individuo va adquiriendo conciencia de sus derechos civiles, esto le permite participar en la gestión de poder y tomar parte activa en la vida económica, política, social y religiosa.⁷ Este movimiento de emancipación ha contribuido a la formulación de políticas más democráticas, de obligaciones institucionales garantizando acceso equitativo a los servicios y a los recursos disponibles.

A continuación enunciaré unos de los hechos más significativos que han dado relevancia a la autonomía en los últimos años:

1- En 1947 con la formulación del código de Nuremberg.⁸ el cual surge como resultado de las investigaciones con seres humanos, precisan una disposición legal internacional de tal manera que se tengan ciertos criterios en el trato del ser humano. Este código tiene muy en cuenta la autonomía del individuo sujeto de experimentación, el cual debe dar su consentimiento voluntario, haciendo gala de su libertad de escoger, de tener conocimiento y comprensión de lo que autoriza, como el de conocer la finalidad del estudio de investigación del cual es objeto, los riesgos a los que se expone, como conocer la capacidad técnica y científica de las personas que lo conducen y que le garanticen la máxima seguridad, como la libertad de desistir en el momento que lo desee. Esta manera de formulación en la época muestra como la autonomía exige una reglamentación legal para proteger del abuso de otros a la persona

⁷ TORRALBA, Francesc, Roselló, Op. Cit., p. 184

⁸ Códigos, Convenios y Declaraciones de Ética Médica, enfermería y Bioética. En_: Colección Bios y Ethos. Bogotá. Ediciones el Bosque .1998.p. 69-71.

2- En 1948 se presenta la Declaración Universal de los Derechos Humanos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deban esforzarse, a fin de que los individuos y las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional su reconocimiento y aplicación universales y efectivas, tanto entre los pueblos de los estados miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción⁹.

Probablemente nunca se había producido un desarrollo más revolucionario en la historia de las ideas y las instituciones de rápido surgimiento de una ley de derechos humanos después de la segunda guerra mundial.

Los derechos reconocidos por las leyes internacionales pertenecían a los estados y no a los individuos. Actualmente la teoría y la práctica de la ley internacional han cambiado. Se ha producido un cambio radical que extiende su protección e impone sus deberes no solo a los estados sino a otras entidades incluyendo a hombre y mujeres individuales que poseen un grado de personalidad ante la ley.¹⁰

3- El informe de Belmont : A raíz de la desconfianza por las investigaciones científicas y sus avances en la posibilidad de intervenir sobre el ser humano y otros seres, como en el medio ambiente, la expansión tecnológica y sus resultados aún no conocidos hace que surjan otros problemas de los cuales el hombre busca su protección, amparado en la formulación de unos derechos que obliga a extremar las precauciones para preservar la integridad como persona.

⁹ Códigos, Convenios y Declaraciones de Ética Médica, enfermería y Bioética Op. Cit., p. 35

¹⁰ Los Fundamentos filosóficos de los derechos humanos. Barcelona. UNESCO. Ediciones del Serbal 1999 .p. 85.

En 1974 se aprobó la ley conocida como National Research Act, que creaba una comisión encargada de estudiar las cuestiones éticas relativas a la investigación científica en los campos de la biomedicina y de las ciencias de la conducta. Además de revisar la normativa del gobierno federal a propósito de la investigación científica, los comisionados tenían la misión de formular principios generales que pudiesen guiar la investigación futura. La comisión identificó tres principios fundamentales:

- 1- Respeto por las personas
- 2-Beneficencia
- 3-Justicia

Estos principios aparecieron en el documento de la comisión conocido como el informe Belmont. Según este informe el principio de respeto a las personas se apoya en dos convicciones morales fundamentales:

- 1-Se debe tratar a las personas como agentes autónomos
- 2-Se deben tutelar la autonomía de las personas cuya autonomía está disminuida¹¹

4- Los avances Tecnológicos:

A mediados del siglo xx se convirtió la medicina en una de las ciencias más armadas tecnológicamente que han contribuido a operacionalizar al hombre, también han aumentado las capacidades de intervención sobre la especie humana que se consideraban inalcanzables, desde que se descifró el código genético se habla de nuevas formas de concepción y procreación que brindan nuevas posibilidades de manipulación e instrumentalización; esto lleva a considerar que la sociedad debe imponer unos límites al desarrollo de la ciencia en su proyección tecnológica. Estas capacidades sobre la intervención humana suscita otras inquietudes acerca de las posibilidades nuevas se abren con este conocimiento.

¹¹ FERRER, Jorge .José. Para fundamentar la bioética. Madrid. Editorial Desclee De Broker, S.A. 2003. p.126

Todo esto amerita una reflexión en torno al progreso científico y tecnológico, aspectos que permiten el surgimiento de la Bioética como disciplina para encontrar soluciones a los problemas que surgen por la intervención técnica del hombre sobre la vida, para garantizar la realización como personas libres con capacidad de autodeterminación en relación con las opciones nuevas que se le presentan y, al mismo tiempo, como protección de cualquier intención de daño o abuso por parte de otros.

Por otra parte los avances tecnológicos facilitan el acceso a la información sobre la enfermedad lo cual alivia hasta cierto punto la ignorancia que tenía la persona de cualquier problema de salud, abriendo más oportunidades de competitividad y exigencia en la atención y mejoramiento de los servicios de salud.

5- En la **declaración de Lisboa**¹² de octubre de 1981 surge la carta de los derechos del paciente, la cual hace referencia a la elección libre del médico, de ser informado sobre el tratamiento y el derecho a rechazarlo o aceptarlo según su decisión, a que se le respete la confidencialidad sobre los datos personales que él ha brindado, como el derecho a morir dignamente.

Ante estas nuevas exigencias del paciente surge las exigencias de una buena práctica profesional en las áreas de la salud, estipulados en los códigos deontológicos los cuales hacen referencia a los deberes y responsabilidades para con el paciente, la institución, con los colegas, en los campos de investigación científica. Desde 1976 en el código deontológico de la American Nurse y Association (ANA) la enfermera entra a compartir la responsabilidad con los distintos profesionales no solo como defensora de las agresiones a la autonomía de los pacientes, sino por su participación en procedimientos medicoquirúrgicos,

¹²FERRER, Jorge. José Para fundamentar la bioética Madrid. Editorial Desclee De Broker, S. A. 2003. p.57-58.

empleando a veces técnicas invasivas (colocación de catéteres, administración de medicamentos que pueden alterar el estado general) ,asume el control del paciente en las post-actuaciones de normal y alta tecnología , en el bienestar y control del enfermo, al mismo tiempo que por tener un contacto más continuado , tiene que proporcionar alguna aclaración posterior solicitada por el paciente, por lo que debe tener un conocimiento para poder brindar información como verificar la comprensión de la misma.¹³

El aumento de reclamaciones ya sea por errores o por negligencia o abusos de parte de los profesionales afectan las relaciones del agente de salud con el paciente, lo cual impulsa al profesional de salud a realizar más pruebas y procedimientos con el fin de protegerse legalmente. La confianza que gana con el paciente no solo está enmarcada en la obligación de respeto o interés, la buena voluntad, sino la competencia y excelencia en el trabajo.

¹³ LORDA, Pablo, Simón y BARRIO, Inés Cantalejo IM. El consentimiento Informado y la Enfermería: Un modelo integral. JANO 1995; XLVIII (1117): 911-21.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 LA AUTONOMÍA COMO PARTE DE LA INTEGRIDAD

Pellegrino afirma que la integridad “ es un atributo de todo ser humano en pleno uso o no uso de sus facultades, adultos, niños, conscientes o inconscientes, no admite grados ni se puede perder, no es algo que tenemos, es parte de nuestro ser como humanos y no se puede transferir”. La autonomía hace parte de esa totalidad, es una de las capacidades de la persona total, pero no es el total de las capacidades.”¹⁴

Por integridad de la persona se entiende la correcta ordenación de las partes del todo, el equilibrio y armonía entre las diversas dimensiones de la existencia humana necesarios para el buen funcionamiento de todo el organismo humano.

El modelo teórico de enfermería propuesto por Callista Roy, comparte esta concepción del ser humano “las personas son totalidades integradas capaces de actuar.”¹⁵ Además las considera sistemas adaptativos holísticos que se encuentran en continua interacción con un ambiente cambiante entendiendo por este todas las condiciones, circunstancias e influencias que afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos.

Desde estas posiciones Callista y Pellegrino miran la salud como un estado holístico donde hay armonía y balance entre lo físico , lo social y espiritual de la persona, y el medio ambiente donde vive y se desarrolla, ninguna de estas dimensiones es desproporcionada en relación a las demás. La integridad en este sentido, es sinónimo de salud.

¹⁴ PELLEGRINO, Edmundo, D. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. En_: Bioética Temas y Perspectivas. Whashintong: Publicación científica OPS. 1990.p 12

¹⁵ ROY Callista, Aplicación del modelo de adaptación en el ciclo vital humano. Chía, Cundinamarca, Colombia. Universidad de la Sabana. 2003.p.16

La enfermedad es igual a desintegración, a ruptura de la unidad de la persona. Esta ruptura puede ocurrir en una o más dimensiones, cada una de las cuales tiene sus propias implicaciones éticas: corporales, psicológicas y axiológicas.

Por lo anteriormente expresado la relación del profesional de enfermería con el paciente debe ser, por definición "holística." Cuidar contribuye a la devolución de la integridad, genera la obligación de restaurar y mejorar la capacidad autónoma del paciente para tomar decisiones. Por tanto, en última instancia, la autonomía se basa en la integridad de la persona. Usurpar la capacidad humana de autogobierno es violar esa integridad.

Para RoyLas personas como sistemas adaptativos holísticos se encuentran en interacción permanente con el medio ambiente, en él se encuentran tres clases de estímulos:

- *Focales:* son aquellas situaciones o circunstancias que la persona debe confrontar de forma inmediata tales como una enfermedad para lo cual requiere el consumo de energía.
- *Contextuales:* son otros estímulos que están presentes en la situación y que influyen en la forma como la persona puede afrontar el estímulo focal.
- *Residuales:* son factores desconocidos que se encuentran en el ambiente y no hacen parte del problema en sí. Estos pueden ser una creencia, una actitud producto de experiencias pasadas; en el momento que se conoce cómo están actuando en la situación problema se convierten en contextuales¹⁶

Estos estímulos activan los subsistemas de afrontamiento regulador (modo fisiológico) y cognitivo (conciencia, proceso cognoscitivos y emocionales) con el propósito de desencadenar respuestas que permitan controlar la situación.¹⁷

¹⁶ Adaptación y Cuidado en el ser humano una visión de enfermería. Chia. Colombia. Universidad de la Sabana. Editorial Manual Moderno.2007. 14 p. ISBN 978-958-9446-19-5

¹⁷ Ibid., p. 14

A través de estos subsistemas el individuo interpreta en forma particular los estímulos generando comportamientos o respuestas que pueden ser adaptativas o inefectivas; estas actúan como retroalimentación para incrementar o reducir los esfuerzos de afrontamiento.

Estas respuestas se evidencian en forma interrelacionada en cuatro modos de adaptación:

- El fisiológico: se relaciona con las respuestas fisiológicas a los estímulos externos.
- El autoconcepto: representa la salud emocional y se enfoca en las dimensiones espiritual y psicológica de la persona.
- La función del rol: se relaciona con el papel que desempeña una persona en la estructura social.
- La interdependencia: tiene que ver con las relaciones afectivas y sociales que se establecen con personas significativas y sistemas de apoyo.¹⁸

2.2 AFRONTAMIENTO Y AUTONOMÍA

El proceso de interacción permanente entre la persona y el ambiente genera diferentes situaciones que la desestabilizan, las cuales deben ser controladas por ésta para mantener un estado de equilibrio.

Whetsell sostiene que lo que determina la calidad de vida de una persona no son las circunstancias que ocasionan estrés, sino la forma como la persona reacciona ante éstas y su habilidad para adaptarse a los cambios. De allí la importancia de comprender el proceso de afrontamiento

¹⁸ Adaptación y Cuidado en el ser humano una visión de enfermería. Chía. Colombia. Universidad de la Sabana. Editorial Manual Moderno.2007. 15 p. ISBN 978-958-9446-19-5

cognitivo.¹⁹

Desde una perspectiva general, Weisman y Worden (1976) consideran el afrontamiento como “lo que se hace cuando se percibe un problema en orden de originar alivio, recompensa o equilibrio”²⁰

Desde una perspectiva psicológica, Pearling y Schooler, (1978), conceptualizan el afrontamiento como “un comportamiento que protege a la persona de un daño psicológico, generado por una experiencia social problemática o un comportamiento que media en forma importante el impacto que la sociedad tienen sobre sus miembros”²¹.

Desde la perspectiva del modelo psicoanalítico de la psicología del ego, Lázarus y Folkman (1986) consideran el afrontamiento como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, desarrollados para manejar las demandas específicas externas y/o internas

22

Desde la perspectiva holística de enfermería, Roy define así afrontamiento “Los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente, actúan como un todo para mantener los procesos vitales de la persona y su integridad, por eso el afrontamiento es esencial para la salud y el bienestar”²³. Algunas características del afrontamiento son:

a. **Dinámico** porque depende de la interacción entre el individuo y el entorno la

¹⁹ ROY, Callista y ANDREWS, H. The Roy adaptation Model. Stanford: Appleton & Lange.1999.p.318

²⁰ CHAYAPUT, Prangtip Development and psychometric evaluation of the Thai version of the coping and adaptation processing scale. Boston Collage, William F. Connell, Graduate School of Nursing. AAT 3135960, 2004. p. 31.

²¹ CHAYAPUT, Prangtip Development and psychometric evaluation of the Thai version of the coping and adaptation processing scale. Boston Collage, William F. Connell, Graduate School of Nursing. AAT 3135960, 2004. p. 31,32.

²² LAZARUS, Richard, FOLKMAN, Susan. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona. Editorial Martínez Roca, 1986. p.164

²³ CHAYAPUT, Prangtip, Ibid., p. 22

cual está mediada por varios factores personales, sociales y ambientales que se modifican permanentemente.

b. Multidimensional incluye múltiples interpretaciones de la interacción, y de acuerdo a ellas cada persona utiliza diferentes estrategias para afrontar la situación.

Tipos de afrontamiento:

Liveneh, citado por ROY considera tres tipos de estrategias de afrontamiento:

Cognitivas: Pueden ser de dos tipos: aquellas que buscan minimizar las consecuencias y el impacto de la situación, negando su gravedad o ignorándola y aquellas que, por el contrario, se enfocan en la situación y se ocupan de ella.

Afectivas: Hace referencia a los intentos que realiza la persona para controlar las reacciones emocionales que el problema le genera, se manifiesta en la expresión de sentimientos frente a sí mismo y frente a otros, aceptando estos sentimientos o resignándose a permanecer en esa condición.

Comportamentales: buscan controlar el estímulo o estresor en forma directa actuando frente al problema que la persona considera es susceptible de modificar. Estas también pueden ser evasivas cuando la persona siente que no puede actuar frente al estímulo y lo rechaza en forma consciente o inconsciente²⁴.

La capacidad y las estrategias de afrontamiento hacen visible las características personales relacionadas con los pensamientos, los sentimientos y las acciones individuales propias de un ser holístico quien, al utilizar los recursos de afrontamiento innatos y adquiridos busca adaptarse a un ambiente cambiante.

²⁴ LIVENEH, H. Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: citado por ROY, Callista en adaptación y cuidado en el ser humano una visión de enfermería. Editorial Manual moderno, México 2007.p.16.

3. POTENCIACIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE DESDE EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Teniendo en cuenta los tipos de afrontamiento planteados por Roy: cognitivo, afectivo y comportamental, se analizará cómo los cuidados de enfermería pueden contribuir a potenciar el ejercicio autónomo del paciente.

3.1 A NIVEL COGNITIVO

El subsistema de afrontamiento cognitivo propuesto por Roy en su modelo tiene relación con la conciencia, es decir la capacidad de comprender el medio ambiente interno y externo. El procesamiento de la información se relaciona con los procesos cognitivos básicos de atención, sensación, percepción, codificación y formación de conceptos, memoria y lenguaje. En la medida que el paciente conoce, tiene de algún modo control sobre lo que le está sucediendo y se apropia de su realidad, retomando el poder interno que había perdido, esto es precisamente lo que le permite ser autónomo dentro de sus limitaciones. Entiende su pasado, asume un presente y prevé un futuro.

Esta información (tanto la del paciente como la del profesional) se enmarca dentro de la obligación de veracidad la cual Beauchamp y Childress²⁵ la justifican en el respeto debido a los demás. Este deber tiene una conexión íntima con las obligaciones de fidelidad y de mantenimiento de las promesas, es necesaria para una interacción y cooperación fructífera. Las relaciones se basan en la confianza y la creencia de que otros sean veraces. La mentira y la revelación de información inadecuada, muestran falta de respeto hacia las personas, violan los contratos implícitos y amenazan las relaciones de

²⁵ BEAUCHAMP, Tom L, CHILDRES, James, F. Principios de ética biomédica. 4 edición. Barcelona: Masson S.A. 1999. p. 115.

confianza; porque la condición para que se de una buena comunicación está en la veracidad.

En esta categoría queremos enfatizar en dos funciones fundamentales del cuidado de enfermería: la información y la educación.

3.1.1 Información. Una de las labores de enfermería está relacionada con la información que ofrece al paciente sobre la enfermedad acerca del diagnóstico, la naturaleza, los riesgos, beneficios y las recomendaciones.

Beauchamp y Childress denominan a esto competencia para la toma de decisiones y consideran que está íntimamente ligado a la autonomía : “un paciente es competente para tomar una decisión si es capaz de entender la información material, de hacer un juicio sobre dicha información tomando como base sus valores personales, de pretender alcanzar un determinado objetivo y de exponer sus deseos ante sus cuidadores o investigadores” ²⁶

Conseguir que un paciente comprenda y además aprecie tanto los riesgos como los beneficios puede ser una tarea ardua y difícil. Se debe buscar la información pertinente, sin embargo el profesional de enfermería no debe olvidar que el exceso de información puede dificultar la comprensión. Este exceso aumenta si se utilizan términos poco conocidos o si la información no está bien organizada. Ciertos datos son irrelevantes o triviales, otros son fundamentales, probablemente decisivos. Un método que permite comunicar información novedosa y especializada a personas con pocos conocimientos en salud, consiste en establecer analogías, metáforas entre la información y los sucesos habituales o el contexto conocido por el paciente.

En muchas ocasiones, plantear preguntas, conocer las preocupaciones e intereses del paciente y conseguir un clima que estimule a preguntar es más

²⁶ BEAUCHAMP, L, Tom y CHILDRESS, James F. *ibid.*, 127.

favorable para la comprensión, en muchos casos, que el sólo hecho de la información.²⁷

Son muchas las circunstancias que limitan la comprensión de la información, como por ejemplo la enfermedad, la incompetencia, la inmadurez., los cuales ampliaremos más adelante.

3.1.2 Educación. Según Henderson el profesional de enfermería necesita compartir e impartir conocimiento, ya que este empodera a ambas partes, implica una participación como iguales en la discusión y decisiones en cuanto al cuidado de la salud.²⁸

El enfoque de Noddings²⁹ en la relación enfermera paciente, así como para la relación profesor estudiante, tiene cuatro componentes:

Modelo: tenemos que mostrar en nuestro comportamiento qué significa cuidar, el cuidar se demuestra a nuestros pacientes a través de nuestra relación con ellos.

El dialogo: es una forma no selectiva de atención que invita a una construcción mutua, que envuelve receptividad, reflexión, invitación a la evaluación, revisión y una exploración futura.

La práctica: que se aprende en la experiencia de la relación entre cuidadores y cuidados, esto permite desarrollar su apreciación de la presencia y efectos del cuidado, teniendo en cuenta que la experiencia revisada es la mejor maestra.

La confirmación: es el acto de afirmar, desear y alcanzar lo mejor para los otros, y requiere de la verdad, la continuidad y la confianza en la relación.

²⁷ BEAUCHAMP, Tom L, CHILDRES, James, F. Principios de ética biomédica. 4 ediciones. Barcelona: Masson S.A. 1999. p. 149.

²⁸ HENDERSON. V. The nature of nursing: A definition and Its Implications for Practice, Research, and education, Reflections after 25 years, New York. 1991. Citado por, SANFORD, Rhea. Caring trough relation and dialogue: A nursing perspective for patient education. Advances in Nursing Science 22 (3): 1-15 march 2000 p. 7

²⁹ SANFORD, Rhea. Caring trough relation and dialogue: A nursing perspective for patient education. Advances in Nursing Science 22 (3): 1-15 march 2000 p. 8

Para Pablo Freire³⁰, la educación es un método para despertar la conciencia. Se debe alcanzar una relación que no sea polarizada, el profesional en enfermería no es el que enseña sino a través del dialogo aprende con el paciente, ambos crecen en ese dialogo que es una herramienta poderosa para desarrollar contenido, porque los planes fallan si las personas que lo desarrollaron tiene una posición muy omnipotente e ignoran a quien va dirigido.

El conocimiento debe ser organizado, sistematizado y desarrollado. El dialogo se convierte en una necesidad existencial, permite una construcción de significados de lo que se conoce y lo que podría ser descubierto, que hace ver el mundo real en un continuo cambio.

El proceso de educación ocurre desde un punto de vista holístico y se va adquiriendo a través de una relación de confianza y fe.

Algunos aspectos que se deben tener en cuenta en este proceso educativo son:

- Ver al paciente como único en el plan de educación, ya que aunque varios tengan la misma enfermedad cada uno la vive de forma diferente y el ambiente en el que se desenvuelve hace que tenga diferentes influencias.
- Se debe indagar sobre creencias y conocimientos que tiene el paciente acerca de su problemática.
- La educación debe ser gradual, no se debe dar mucha información al mismo a tiempo, se debe ir de lo sencillo a lo complejo.
- No se deben usar tecnicismos, se debe utilizar un lenguaje universal y de fácil comprensión.
- Previamente se debe conocer el contexto de la persona, sus roles, su grado de educación, el entorno y la experiencias previas con problemas de

³⁰ FREIRE, P. Pedagogy of the Oppressed En: Caring through Relation and Dialogue: A Nursing Perspective for Patient Education. *Advances in Nursing Science*. 22(3):1-15, March 2000..p.7

salud.

- Se debe tener en cuenta el momento oportuno: cuando está alerta, animado, que se garantice la privacidad y la no interrupción. El paciente debe darse cuenta que el tiempo del profesional en enfermería es para él.
- Muchas veces el paciente hace preguntas que el profesional no está en capacidad de responder, esto implica asumir una tarea de investigación a corto plazo para ofrecerle las respuestas a sus inquietudes en forma oportuna o informarle qué persona se la puede brindar en menos tiempo.
- Debe darse una retroalimentación, es decir, conocer qué ha comprendido de aquello que se le ha explicado.
- Todo lo anterior es importante, sin embargo de nada sirve si no se asume una actitud de respeto y de igualdad frente al paciente, comunicaciones escritas, frías, o leídas, atemorizan al paciente y no permiten la construcción de la confianza.

Proceso del momento educativo

Planteamos aquí una propuesta que si bien es cierto no está validada sirve como referente para hacer de estos espacios de información o de educación "momentos pedagógicos" que permitan la construcción de significados.

1. Se debe partir de un conocimiento previo del paciente, su nombre, su enfermedad, su origen, el motivo de su ingreso, del estado de su enfermedad, su contexto familiar.
2. Realizar la valoración de enfermería y al mismo tiempo indagar acerca de las dudas o inquietudes que tiene, si conoce su enfermedad, si ha tenido experiencias previas de hospitalización, qué temores alberga, sus preocupaciones, sus valores, todo esto con el ánimo de establecer un clima de confianza.

3. A partir de lo anterior se debe definir el momento oportuno para dedicarlo a este espacio de educación o información, el profesional de enfermería establece un dialogo con el paciente generando preguntas, cuestionándolo, reconociendo sus hábitos, evaluando su capacidad de comprensión y raciocinio, verificando los conocimientos que tiene el paciente, complementando sus saberes, reconociendo al otro con capacidad de argumentar racionalmente. Este dialogo se da bajo unas condiciones de igualdad, de libertad y de veracidad.

4. El profesional de enfermería le ofrece reflexiones éticas al paciente en torno a su ejercicio autónomo con respecto al manejo y cuidado de su enfermedad, los beneficios que obtendrá al hacerlo para mejorar su situación de salud y para asumir la responsabilidad del cuidado de su propia vida.

5. Establecer con el paciente un plan de cuidado y unas metas a corto, mediano y largo plazo que las ampliaremos en la parte comportamental.

6. Realizar una evaluación de los resultados obtenidos, de las metas logradas, dificultades encontradas para buscar otras alternativas que puedan enriquecer el quehacer de la práctica.

3.1.3 Competencias de un paciente autónomo: Pellegrino³¹ involucra la competencia como una capacidad de hacer un determinado racionamiento que lleva a la persona a una decisión concreta dentro de un conjunto de posibilidades. El establece un perfil del paciente autónomo a partir de cinco características que he tomado como referencia para establecer unas acciones de enfermería que potencien la autonomía del paciente.

1. La capacidad de comprender, retener y recoger información en torno a sí mismo y a su estado

³¹ PELLEGRINO, E. D. Articulación teórica del principio de autonomía. En: Filosofía de la Medicina en torno a la obra de Pellegrino. Instituto Borja .Editorial Mafre.2001.p.192.

Acciones de Enfermería:

- Informar al paciente acerca de los derechos, servicios y beneficios que tiene en esa institución y la forma como están organizados en el tiempo. Aclararle quien tiene la información que necesita, quienes son las personas que tienen la responsabilidad directa de su cuidado y cuales son sus roles.
- Realizar una valoración del grado de inteligencia y capacidad de raciocinio, nivel de educación, lucidez mental, desarrollo de habilidades y destrezas para resolver problemas, para emitir juicios.
- Conocer el estado de fragilidad y sensibilidad en que se encuentra el paciente y valorar cómo le afecta su grado de comprensión en el día a día.
- Indagar qué información tiene el paciente, qué otra información desea, cuánta información, cuándo la desea y cuándo no la desea.
- Brindarle una información clara y veraz sobre la historia de su enfermedad y verificar el grado de comprensión.
- Ayudarle a descubrir aspectos de su entorno que están influyendo en su enfermedad.

2. Capacidad para comprender la relación entre la información recibida y la enfermedad, es decir qué debe hacerse o no hacerse para cuidarse y prevenir mayores complicaciones

Acciones de Enfermería:

- Interpretar los síntomas del paciente a la luz del conocimiento y de la experiencia ya que el paciente no siempre puede reportar los síntomas de forma precisa.
- Brindarle elementos para que evalúe la información que obtiene por

- diferentes medios utilizando un lenguaje claro y sencillo que no le genere más incertidumbre. Generar preguntas, aclarar dudas.
- Brindarle información que le permita tener claridad sobre las causas de su enfermedad y su responsabilidad en ella, y la forma como él puede participar en su propio cuidado.
- Brindarle educación acerca de la enfermedad como los efectos de los fármacos, de los medios diagnósticos y tratamientos que son posible solución para su enfermedad.
- Tener en cuenta que la información es dinámica, a medida que se obtienen mayores resultados de las pruebas, el paciente tiene derecho a que se le actualice.
- Llevarle a concientizarse de su enfermedad y disfrutar de los beneficios a los que tiene derecho.

3. Capacidad para integrar, ordenar y relacionar la información recibida a la luz de los valores personales

Acciones de Enfermería:

- La enfermera debe generar una relación de confianza para identificar cuales son los valores del paciente y qué influencia están ejerciendo otras personas sobre sus decisiones para protegerlo del abuso de terceros.
- Valorar diariamente las limitaciones de la autonomía de paciente según el curso de su enfermedad.
- Buscar la independencia más que la dependencia procurando que el paciente asuma la responsabilidad sobre su propio cuidado.
- Valorar las reflexiones que hace el paciente acerca de sus valores, creencias, prejuicios, asumiendo una actitud de escucha respetuosa.

4. Capacidad de seleccionar una opción y de dar razones de dicha decisión.

Acciones de Enfermería:

- Tener en cuenta que la hospitalización en sí produce desorientación en el paciente, puede ser debilitante psicológicamente, el desespero, la falta de esperanza, la poca concentración y la lluvia de pensamientos pueden afectar a los pacientes en la toma de decisiones y los puede tornar ambivalentes.
- Brindarle tiempo para aclarar sus inquietudes y precisar qué necesita para tomar una decisión conciente y razonada.
- Garantizar que el paciente sea dueño de sí mismo, consistente, independiente, libre de cualquier coacción o manipulación externa.
- Identificar los valores, creencias que están implícitos en la toma de decisión.
- Respetar la decisión del paciente y no obligarlo a que siga nuestras directrices.

5. Capacidad de comunicar esta decisión a los otros sin equivocarse.

Acciones de Enfermería:

- Escuchar para evaluar si lo que dice está acorde con sus sentimientos, si está siendo sincero y honrado consigo mismo.
- Centrarnos no sólo en la información que brinda sino en la forma, la manera de comunicarse.
- Ayudarle a expresar lo que está experimentando y reconocer el significado que le da a las palabras.

3.2 A NIVEL AFECTIVO

Vulnerabilidad del paciente

La reacción emocional que se tiene frente a la enfermedad depende de muchos factores fisiológicos como la vivencia de la enfermedad y psicosociales como la edad, la estructura familiar, las condiciones socioeconómicas, el estilo de vida, el proyecto de vida, las relaciones que ha establecido con los demás, su cultura, sus creencias.

Para Pellegrino ³² el reestablecimiento de la salud, del orden integral de la persona del paciente constituye el fin último de la acción terapéutica, pero el acto de asistir sólo puede realizarse de un modo óptimo, si se considera seriamente el hecho de la enfermedad y las múltiples consecuencias que tiene el enfermar en la condición humana.

La experiencia de enfermar se caracteriza como una experiencia de crisis, de ruptura, de transformación, la crisis hace referencia no solamente a deterioro o decadencia sino transformación, alteración y cambio, una metamorfosis radical de todo su ser, no sólo lo que le atañe al cuerpo sino de todo el conjunto estructural, en el orden psicológico, social e inclusive espiritual.

La enfermedad es una fractura entre el yo y el cuerpo, altera el modo de comprender la propia corporeidad y de relacionarse con ella, cuando se está sano apenas se da cuenta de que tiene un cuerpo, de que vive en él y de que, gracias a él, se desplaza de un lugar a otro y se comunica con sus semejantes. El hecho de estar enfermo conlleva a una reducción de los intereses personales y una concentración o focalización creciente en la propia corporeidad.

La enfermedad es también un hecho psicológico, puede desintegrar lo emocional, se da una alteración de la imagen, una transformación de la

³² PELLEGRINO, E. D. Fenomenología del Homo Infirmus. En: Filosofía de la Medicina en torno a la obra de Pellegrino, E. D. . . Instituto Borja, Editorial Mafre. 2001, p.53 -68

apropiación corpórea, del sentido del humor y de la consideración de uno mismo. En la enfermedad, hay una ruptura de la integridad, el paciente oscila entre la dependencia y la independencia, su cuerpo enfermo pierde vigor, coraje para resolver problemas y enfrentar su enfermedad, la guerra entre el optimismo y la lamentación lo ponen inestable y de mal humor, sus estados de ánimo se tornan ambivalentes, los valores pueden cambiar a medida que se va enfrentando a pruebas reveladoras de algún diagnóstico definitivo, su única fortaleza es permitir que otros lo cuiden, le ayuden.

La enfermedad también altera las circunstancias donde se halla y su relación personal con esas circunstancias, modifica su estilo de vida, sus roles, sus relaciones porque le obliga a estar aislado, se truncan los proyectos y se centra en la enfermedad, lo que era urgente pasa a un segundo plano y lo prioritario es su recuperación.

También afecta sus valores personales, los puede alterar, transformar o intensificar cualitativamente. Puede afectar sus valores de carácter espiritual como la fe, la esperanza.

En la enfermedad se mantiene la identidad y la intimidad, pero el modo de comprender la existencia y la vida se transforma. Cada ser humano la padece y vive la enfermedad desde su subjetividad.

La enfermedad reduce la autonomía personal porque le obliga a depender de otros hasta para poder realizar sus funciones vitales. Produce una sensación de impotencia y abatimiento, se da cuenta que su cuerpo ya no es un instrumento que puede manejar a su arbitrio sino un peso que cuesta arrastrar de un lado a otro y que centra todas las exigencias.

3.2.1 Acciones de Enfermería

- Respeto a la intimidad y a la privacidad

Está basada en dos principios: la dignidad humana y la libertad individual o autonomía. La privacidad provee al individuo un límite entre su vida y la de otros, entre su "yo" y otra gente", provee respeto y protege la libertad.

El respeto a la intimidad se traduce en el acceso limitado a la información sobre la persona, por una parte hace referencia al derecho que tiene a que no invadan esa intimidad, a que no lo presionen a revelar algo que considera de su mundo interior, que para él resulta incomunicable, por otra parte respeto a la intimidad implica darle el tiempo y el espacio necesario para entender y decidir, al obrar así se le da primacía a su libertad.

La intimidad es autopresencia y supone una capacidad reflexiva, la persona está dotada de una intimidad desde la cual puede interiorizar todo el mundo y nadie puede arrebatársela, a la vez que permanece con una radical libertad frente a ese mundo y frente a sí mismo.

Cuando el profesional de enfermería está brindando cuidados básicos al paciente debe tener claro el espacio o territorio del "otro" para no llegar a invadirlo sin que él libremente lo permita. Por otra parte debe velar porque otros tampoco lo hagan. En cambio su rol le permite ofrecer elementos para que ese paciente se interrogue, se cuestione, no tema al diálogo con él mismo sobre su realidad y su grado de responsabilidad en el proceso de enfermedad, de este modo le acompaña en su toma de decisiones respetando su intimidad.

Esta intimidad solo puede ser entregada libremente cuando se construye una relación interpersonal que produce confianza, se necesita confiar en "alguien" no en "algo". En esta relación se ha de tener en cuenta quien soy para el otro, y quien es el otro para mí. La confianza es una fusión de dos seres donde cada cual se hace más tú cuanto más yo y más yo cuanto

más tu, permite la diferencia en el reconocimiento del otro, haciendo que cada persona sea única e inconfundible³³

Respecto a la privacidad hay que distinguir dos formas , una relacionada con la privacidad de la persona y otra con la privacidad de la información, esta segunda la abordaremos más adelante. Respecto de la primera, es necesario comprender que dadas las circunstancias de enfermedad, el territorio o espacio propio del paciente es su cama o su cuarto, tanto el profesional de salud como los visitantes deben respetar este espacio que es parte de su privacidad procurando salvaguardar su intimidad, evitando comentarios inoportunos, o relacionados con la institución, con otros pacientes o con problemas familiares que no puede resolver en su lecho de enfermo. Por otra parte, la privacidad de la persona también hace referencia al “ pudor “ del paciente frente a su cuerpo, a su desnudez, que es parte de su intimidad, se traduce en pedir su consentimiento cuando debo tocar su cuerpo y protegerlo de miradas de terceros.

En la investigación realizada por Jay Woogara sobre la privacidad de los Pacientes y los derechos Humanos, encontramos realidades como las siguientes³⁴:

- Los médicos y las enfermeras se consideran con el derecho de irrumpir en cualquier momento el espacio del paciente, generando una sensación de vergüenza.
- Cuando las enfermeras arreglan la cama del paciente acceden a las mesas para tomar cosas relacionadas con la higiene del paciente sin pedir permiso.
- Llevan al paciente desnudo en una camilla para bañarlo pasándolo por un corredor.

³³ DIAZ, C. Repensar las virtudes. Ediciones Internacionales Universitarias: Madrid, 2002. p.109.

³⁴ WOOGARA, Jay. Patients' Privacy of the Person and Human Rights. Nursing and Ethics. Vol. 12. N° 3. 2005. p.2-6

- El paciente pierde control sobre su sueño, sobre su vida un ejemplo de esto es el siguiente testimonio::

Él vino la otra noche. La luz de su habitación está encendida. El estaba roncando suavemente. Repentinamente, él estaba rodeado por seis doctores, él se despertó por un golpe ligero en sus hombros por uno de los doctores...ellos no se presentaron. El doctor tratante comenzó a explicar lo que el paciente tenía, qué habían hecho con él y su progreso a la fecha. Después de cinco minutos el paciente volvió a quedarse dormido, pero en esta oportunidad dos fisioterapeutas entraron y corrieron las cortinas y comenzaron a realizar ejercicios en sus piernas.

- En muchas instituciones el diseño de los espacios está hecho para que los agentes de salud tengan control sobre varios pacientes a la vez y no para garantizar la privacidad, un paciente narraba esta situación así:

Me siento como en la armada, aquí no hay privacidad ni en los baños. Muchas cosas íntimas son habladas y tú puedes oír de todo.

- Frente a la forma de vestir a los pacientes en un hospital, la mayoría de pacientes se sienten muy indignos con el vestido del hospital (vestido de teatro) , cuando los pacientes se visten en los baños , sus espaldas y cola están a menudo expuestos a la vista de otros pacientes, visitantes y extraños. La mayoría de pacientes piensan que su apariencia es de "tontos" y se sienten deshumanizados. Algunos pacientes jóvenes comentaron lo siguiente:

Este vestido es de las cosas más degradantes que se han inventado, atenta contra mi dignidad, pero tenemos que aceptar las reglas de la institución, era un pedazo de blusa, estábamos obligados a dejar descubierto el pecho y los genitales, yo no veo la razón por qué no nos puedan dar una pijama.

- En relación con la posibilidad de escoger su compañía, un paciente comenta:

Yo hubiera querido elegir a alguien con quien conversar o que tuviéramos algo en común.....

- Se pierde el control de elección hasta para su aseo personal. Las enfermeras deciden la hora del baño, los pacientes son restringidos para bañarse las manos después de usar el baño, no todo lo que tú quieres puedes hacerlo. El personal de enfermería proveía más comodidad a la cama que a los pacientes.
- Una tendencia del personal de enfermería es el llamar a los paciente no por el nombre sino utilizando términos como: papito, gordita, abuelito, nene, chiquito, viejito, mamita, esto para los pacientes compromete su dignidad y su individualidad.

Los resultados de esta investigación realizada no se alejan mucho de nuestra realidad. Es necesario ampliar desde la formación de agentes de salud en pregrado, postgrado o institucional reflexiones en torno a las implicaciones del derecho a la privacidad del paciente para desarrollar actitudes y comportamientos éticos en el quehacer diario de la práctica de cuidado.

- Establecer una relación de escucha

La comunicación es el eje central en el acto de cuidar y de curar y no solo debe considerarse como un acto humanizador, sino como uno de los factores decisivos, junto con la competencia, la eficiencia y la eficacia de la calidad de un determinado espacio del servicio de salud. Generar un clima de acogida y respeto garantiza un mayor bienestar para el paciente y esto tiene efectos terapéuticos porque el paciente se siente cómodo, seguro, confiado.

En el arte de la comunicación la práctica de la escucha juega un papel vital. E.

Levinas citado por Torralba³⁵ parte de la tesis que el buen profesional no se mide por lo que hace o por lo que dice sino también y fundamentalmente por su capacidad de escuchar, para él lo esencial en la relación interpersonal no es el decir, sino el escuchar.

Escuchar es un eje central del acto de cuidar, que muestra la capacidad de acogida y entrega, por eso tiene un significado, una disponibilidad para abrirse al otro que requiere espacio y tiempo. El saber escuchar es comprender al otro desde su circunstancia con amabilidad, entender el significado de sus gestos, de sus expresiones verbales y no verbales. Cuando el ser humano atraviesa circunstancias de dolor necesita ser escuchado, necesita contar a alguien lo que vive en su interior, esto exige del oyente una predisposición muy singular que equivale a vaciar fuera de sí los propios relatos, argumentos, acallar las voces interiores, sus problemas. Escuchar atentamente constituye una tarea ética y patentiza el grado de profesionalidad del cuidador y su capacidad de entrega al enfermo³⁶

Quien escucha a un enfermo debe generar una aproximación a través del tacto en señal de respeto y atención, al acariciar al paciente él entiende que se preocupan por él, precisamente como es frágil necesita el contacto epidérmico de otro ser humano, de este modo no se siente sólo y abandonado.

El tacto se relaciona con la piel, con la vida, supera el marco verbal y es superior a la argumentación. Dada la radical vulnerabilidad requiere de ese tacto más que en cualquier otra circunstancia de su vida corriente, es experimentar solidaridad, es experimentar que le importa a alguien, y que alguien cuida de él.

Esta dualidad de escucha y tacto permite que aflore más fácil los sentimientos

³⁵ LEVINAS, E. Hacia una Filosofía de la escucha. En: Ética del Cuidar. Madrid. Instituto Borja de Bioética. Fundación MAPFRE Medicina. 2002. p.106-110

³⁶ TORRALBA, Francesc. Ética del Cuidar. Madrid. Instituto Borja de Bioética. Fundación MAPFRE Medicina. 2002. p.103

del paciente los cuales están guardados en lo más sagrado de su interioridad, la cercanía permite abrir ese cofre y exponerlo al cuidador, colocar en sus manos su humanidad frágil y esta catarsis tiene un efecto terapéutico en el ser integral que le permite entenderse a sí mismo y al mismo tiempo lo fortalece.

- Respetar la Confidencialidad

La confidencialidad está basada en la dignidad del ser humano, hace parte de los derechos del paciente encaminada a proteger la vida de la persona, de respeto a la libertad individual o autonomía, promueve la idea de igualdad.³⁷

Uno de los aspectos que hace parte de la confidencialidad es prevenir la revelación de la información escrita que puede estigmatizar al paciente, no es solamente la información personal lo fundamental sino la necesidad del control sobre esa información ya sea por parte de personal no autorizado de la institución, visitantes, estudiantes. Es necesario garantizarle un espacio seguro para que esa información no le cause daños en sus relaciones personales, o pierda sus beneficios a nivel de trabajo.

Confidencialidad es la restricción en el acceso a información privada que ha confiado el paciente al agente de salud, que hace parte del compromiso de lealtad para no fallarle a la esperanza firme que el paciente tiene de que esa información no trasciende mas allá. Provee un límite entre su vida y la de los otros y calcula qué puede ser lo privado y qué puede ser lo público.

El ser confidente es tener capacidad de escucha y de discreción, es tener tacto, saber estar a tiempo, saber en definitiva lo que se tiene que hacer y lo que no se tiene que hacer en un momento determinado. Es saber decir lo más conveniente y saber callar cuando es oportuno. Tiene tacto quien tiene la habilidad de salvaguardar en cada instante la vida vulnerable del otro, quien es capaz de

³⁷ LONGHY, Terry y KARPE, Jane. Privacy and Confidentiality Issues in Primary Care: Views of Advanced Practice Nurses and Their Patients. En: Nursing and Ethics. Vol 11 Number 4, 2004. p. 378.

preservar al enfermo de cualquier intrusión ajena.³⁸ En sentido metafórico el tacto es tener la capacidad de saber estar en una determinada circunstancia sin incomodar y sin resultar una molestia para la persona que ocupa dicho espacio y dicho tiempo.

Es un deber moral que se fundamenta en la dignidad de la persona que obliga a las enfermeras a **no revelar los hechos** que el paciente le ha confiado, estos pueden ser de varias clases:³⁹

1. Secreto natural: se llama así al que nos obliga en virtud de la naturaleza misma del hecho o noticia conocida a guardar el secreto. Si llego a conocer aunque sea por casualidad hechos ocultos, como los defectos o errores de la persona.
2. Secreto prometido: cuando la fuente de la obligación se encuentra en la promesa hecha de no revelar la confidencia recibida. Una vez que se ha manifestado la información el interesado ha pedido y obtenido de quien la ha recibido la promesa de guardar la confidencia.
3. Secreto pactado: Media un previo acuerdo o promesa, implícita o explícita de guardar el secreto, por los vínculos de confianza que existen entre el profesional y el paciente
4. Secreto profesional, que es aquella información que se recibe en virtud del propio oficio como los datos de la historia clínica, la situación de enfermedad de la persona, el resultado de un examen clínico.

El revelar información puede resultar un atentado contra aquella persona a la cual nos sentimos ligados como sujetos en el momento de comprometernos a cuidarlo. Un sentimiento que protege a la persona es la vergüenza y el pudor, cuando aparece público algo que no es publico.

³⁸ TORRALBA, Francesc. Filosofía de la Medicina en torno a la obra de E. D. PELLEGRINO. Madrid. Instituto Borja .Editorial Mafre.2001.p 102

³⁹ AGUDELO Guillermo .Ética Fundamental, profesional de la educación .Bogotá. Atenas.1989 p.395.

Por otro lado el guardar el secreto profesional se fundamenta en un principio del bien común. Hace parte de un compromiso público como profesional que la sociedad obliga y necesita garantizar a los ciudadanos la guarda de su intimidad.

Esta obligación de guardar el secreto cesaría en las siguientes condiciones:

a-Cuando el paciente le permite al profesional de enfermería revelarlo.

b-Cuando el asunto deja de ser un secreto

c-Cuando existe un motivo adecuado que justifique la violación del secreto, por ejemplo causa daño a una tercera persona o al mismo paciente, o afecta a un bien público.

Beauchamp y Childress argumentan la guarda del secreto profesional en el respeto por la autonomía y el derecho a la intimidad de los pacientes y en los deberes de fidelidad a las promesas implícitas o explícitas⁴⁰.

En el código deontológico se refiere a responsabilidades del profesional de enfermería con los sujetos de cuidado: "El profesional de enfermería guardará el secreto profesional en todos los momentos de cuidado de enfermería y aún después de la muerte de la persona, salvo en las situaciones previstas en la ley"⁴¹

Y en el capítulo 5 sobre los registros de enfermería dice: "La historia clínica es un documento privado, sometido a reserva, por lo tanto sólo puede ser conocido por el propio paciente o usuario, por el equipo humano de salud vinculado a la situación en particular, por terceros previa autorización del sujeto de cuidado o su representante legal o en los casos previstos por la ley o por los tribunales de ética."⁴²

⁴⁰ FERRER, José, Jorge. Sida y bioética de la autonomía a la justicia. Madrid, Universidad Pontificia Comillas: 1997. p. 154.

⁴¹ TRIBUNAL, NACIONAL, ETICO, DE Enfermería. Ley 911 de 204: artículo 18, p. 21.

⁴² TRIBUNAL, NACIONAL, ETICO, DE Enfermería. Ley 911 de 204: artículo 36, p. 27. Art. 36.

- Generarle esperanza y fortaleza

Dentro del compromiso del cuidado que brinda la enfermera al paciente está el de darle esperanza, calor humano, confianza, respeto y admiración por su condición de persona digna. Esta actitud exige sensibilidad, conocimiento, buen criterio y la adaptación de los procedimientos de enfermería, incluso los más sencillos a las necesidades particulares del paciente.

La enfermera debe empoderar al paciente para que comprenda que no ha perdido su dignidad ni su valor como persona y que por tanto sigue siendo constructor de su propia historia. Debe ayudarlo a reconocer el valor de su vida y de su cuerpo encontrándole sentido a su sufrimiento. La persona tocada por el dolor le es más fácil adquirir una sabiduría profunda sobre la realidad del mundo y de la vida, de captar lo que es esencial y verdadero, el dolor permite un mayor conocimiento de sí mismo desde esta situación límite, el dolor es un medio para descubrir la razón última de las cosas.⁴³ Con el dolor la vida se hace más profunda, mas sincera y solidaria con los otros que sufren, más generosa, enriquece a quien lo vive.

La enfermera debe motivar al paciente para que desarrolle actitudes que le lleven a reconocer todas sus capacidades para hacerle frente a la enfermedad y no dejarse derrotar por ella, para visionar el futuro con esperanza (cuando esto es posible) o replantear su anterior forma de vida, aceptando lo irremediable y readaptándose a las nuevas condiciones.

También es importante impregnarle a ese dialogo verdadero humor, para que pueda disfrutar la vida un poco, la risa fortalece los pulmones, despeja el sistema respiratorio, es un escape emocional saludable, destierra el hastío, facilita la comunicación, ayuda a combatir la tensión y el aburrimiento.

⁴³ SOBRADO. Clemente. *Cartas a los que sufren*. Lima. Edición Luis Alvistur de Pérez. 1991.p. 102.

- Reconocimiento de su entorno

Francesc Torralba⁴⁴ considera que el enfermar altera el modo de estar en el mundo, de relacionarse con los otros y de relacionarse consigo mismo. El paciente requiere de intervención humana para no perder contacto con el mundo exterior, necesita de la palabra, la comprensión, la compañía de rostros familiares, especialmente de las personas a quienes ama.

La familia cumple un papel importante durante el proceso de enfermedad del paciente, ya sea como generadora de un ambiente propicio para enfermar o como un soporte importante para que el paciente pueda superar la crisis que le produce la enfermedad.

Teniendo en cuenta que la enfermedad implica una necesidad de ser atendido por los demás, porque lleva a una pérdida de la propia independencia, una falta de autosuficiencia, la enfermera debe propiciar que la familia participe activamente en los trámites que implica la hospitalización, en conocer los resultados de los medios diagnósticos, acompañar al paciente en la institución todo el tiempo que sea posible para escucharlo y aliviar el sentimiento de soledad que surge en ese “ambiente extraño”.

La familia constituye el soporte afectivo, que es uno de los factores más importantes para continuar encontrando sentido a la vida, razones de luchar, de sobreponerse a la enfermedad. De algún modo la presencia de la familia constituye una gran fuente de alegría y seguridad para el paciente. Al verlo relacionarse con los diferentes miembros de la familia, la enfermera puede ver más allá, identificar la estructura familiar, (familiograma) y además reconocer las personas que pueden contribuir con la labor de cuidado o construir la historia del paciente con más información. Algunos testimonios recogidos de las valoraciones

⁴⁴ TORRALBA, Francesc. Ética del Cuidar. Fundación MAPFRE Instituto Borja de Bioética. Madrid, 2002 p. 250.

realizadas a pacientes quirúrgicos por parte de los estudiantes de enfermería evidencian la importancia de la familia:

Sentí temor antes de la cirugía, por mi edad y por las complicaciones con la anestesia, me daba mucho miedo morir durante la cirugía, además no quería dejar a mi familia.

Antes de la cirugía me encontraba muy ansiosa, tenía miedo de morir, después de la cirugía sentía mucho dolor, por un momento sentí que no iba a sobrevivir, por eso pedí el sacerdote, estaba muy deprimida. Las enfermeras no se detenían un tiempo para preguntarme o darme información sobre mi familia que estaban afuera, estaba incómoda por el horario en que me realizaron la cirugía, me ingresaron a las 7:30 y me operaron a las seis de la tarde.

La familia se organiza de acuerdo a la gravedad y duración de la enfermedad del paciente, experimenta crisis, se sienten desconcertados, angustiados, impotentes, culpables y asumen algunas de estas actitudes: sobreprotección, compromiso, fortaleza, indiferencia, evasión que hacen que el paciente se sienta acogido, protegido, rechazado o abandonado. Además esta crisis se manifiesta en las tensiones que genera el tratamiento, las informaciones recibidas las cuales son a veces motivo de esperanza otras de desilusión; igualmente puede ser mayor la carga si el enfermo es remitido a la casa porque este quiere ocupar el centro de atención y los familiares no saben como organizar sus tiempos.

Otras relaciones: Forman parte del contexto del paciente los amigos, vecinos, los miembros de grupos a los que pertenece, los compañeros de trabajo, ellos de una manera directa a través de las visitas, o de una manera indirecta (llamadas, notas, razones) influyen en el estado de ánimo del paciente, que se traduce en las estrategias que utiliza para afrontar su realidad.

Condiciones económicas. Para el paciente puede ser una fuente de preocupación su situación económica, la cual en muchas ocasiones se agudiza por los días de estancia hospitalaria, los nuevos gastos que le acarrea y la impotencia para solucionar estos y otros problemas económicos. La enfermera debe conocer prudentemente este tipo de situaciones que influyen en el proceso de enfermedad del paciente, dialogarlas con él y encontrar alternativas con el apoyo de trabajo social y la familia.

Aspectos culturales: La enfermera requiere de tacto y delicadeza para conocer los rasgos culturales del paciente, sus creencias religiosas, costumbres y valores. Esto le permitirá conocer a la enfermera cómo afronta las situaciones, que estrategias o recursos ha utilizado él y su familia para manejar sus problemas de salud; o al contrario darse cuenta si ha evadido la situación, o utiliza medios alternativos antes que quirúrgicos. Igualmente el sentido que le da a la presencia de la enfermedad desde sus creencias religiosas.

3.3 A NIVEL COMPORTAMENTAL

Roy, al considerar la meta de enfermería descrita en su modelo como la forma de ampliar los procesos positivos de la vida y de promover la adaptación, reconoce un conjunto de indicadores positivos, asociados con cada uno de los modos de adaptación⁴⁵.

A continuación se muestra algunas de las respuestas adaptativas en cada uno de los modos que permiten ver la forma de Afrontamiento del paciente.

3.3.1 Modo de adaptación fisiológico. Roy afirma que los seres humanos no son pasivos frente a los cambios, toda persona tiene recursos a su disposición para generarlos si se lo propone, u otros le ayudan. En este proceso de afrontamiento se valora el modo fisiológico que hace referencia a todos los cambios físicos observables a nivel neurológico, de oxigenación, de nutrición, actividad y

⁴⁵ FACULTAD DE ENFERMERIA. Aplicación del modelo de adaptación de Roy en el ciclo vital humano. Universidad de la Sabana. 2003. p.27.

descanso, líquidos y electrolitos, eliminación y evacuación, protección, endocrino, todos ellos pueden estar comprometidos de una u otra manera en el proceso de enfermedad.

INDICADORES DE ADAPTACIÓN	ALGUNOS CUIDADOS DE ENFERMERIA QUE CONTRIBUYEN A POTENCIAR LA AUTONOMIA
Oxigenación -Procesos estables de ventilación -Patrones estables de intercambio gaseoso -Transporte adecuado de gases -Proceso adecuado de compensación para necesidad de oxígeno	Educación y entrenamiento del paciente y familia sobre ejercicios respiratorios, posiciones corporales, que el paciente puede realizar solo o con ayuda. A través del dialogo identificar cuales son los riesgos potenciales que tiene el paciente en su entorno que contribuyen a agudizar el problema. Buscar estrategias que le permitan al paciente identificar las causas de su problema ventilatorio y de que manera puede él controlarlas, disminuirlas o eliminarlas.
Nutrición -Procesos digestivos estables -Patrones adecuados de Nutrición -Satisfacción de necesidades metabólicas y nutritivas	-En dialogo con paciente y familia conocer cuales son los hábitos alimenticios de él, sus gustos, horarios, preferencias, desordenes, niveles de tolerancia, posibilidades económicas, para educarlo en una dieta ajustada a sus necesidades y requerimientos nutricionales, de manera que el paciente participe y realice un plan que pueda ejecutar para beneficio de su salud.
Eliminación y evacuación -Procesos efectivos homeostáticos intestinales -Patrones estables de eliminación intestinal -Procesos efectivos de formación de orina -Patrones estables de eliminación de orina -Estrategias efectivas de enfrentamiento para la alteración de la	Educarlo para que identifique cambios en sus hábitos de eliminación y evacuación. Buscar que participe de los controles de líquidos administrados y eliminados en el tiempo de estancia hospitalaria o en la casa si lo amerita. Llevarlo a reconocer las necesidades del consumo o restricción de Líquidos, como del tipo de alimentación que le permitan lograr la adaptación en eliminación y evacuación. Educar al paciente sobre técnicas de relajación, masajes, posición para ayudar a la evacuación. Generar confianza en el paciente de tal manera que pueda expresar las inquietudes con respecto al control

INDICADORES DE ADAPTACIÓN	ALGUNOS CUIDADOS DE ENFERMERIA QUE CONTRIBUYEN A POTENCIAR LA AUTONOMIA
eliminación	de esfínteres. -Enseñarle al paciente y/o familia a que participen en la pasada de sondas vesicales, sus cuidados y controles periódicos.
Actividad y descanso -Proceso integrado de movilidad - Procesos adecuados de movimiento durante la inactividad. -Patrón efectivo de actividad y descanso -Patrón de sueño efectivo.	-Educar al paciente para concientizarlo sobre las necesidades de mantener una actividad de ejercicios diarios, al igual que las restricciones de movimiento de acuerdo a sus condiciones físicas. -Buscar con el paciente las estrategias que le ayudan a mantener un ritmo de sueño. -Enseñarle a utilizar dispositivos y técnicas (Masajes, técnicas de relajación, imaginaria, música, exposiciones al sol) que favorezcan la posición funcional corporal
Protección -Piel intacta -Respuesta de curación efectiva -Regulación efectiva de la temperatura	Educar al paciente para que reclame al personal de enfermería o familia los cambios de posición cuando no pueda valerse por si solo y pueda justificar su solicitud. Identificar y utilizar estrategias que le ayuden a mantener posiciones corporales óptimas y evitar lesiones. Con ayuda de enfermería, familia y paciente buscan estrategias para mantener libre de humedad tanto la piel como la cama del enfermo con el fin de evitar ulceraciones. Con participación activa del paciente y la familia, la enfermera educa sobre la importancia de tener la piel intacta, dando masajes y activando circulación. La enfermera educa al paciente para que comprenda la necesidad de mantener una dieta balanceada que contribuya al proceso de cicatrización.
Sentidos -Procesos de sensibilidad efectiva. - Patrones estables de percepción e	Ayudar al paciente a integrar toda la información brindada acerca de su enfermedad, de los cambios que vive tanto corporales como psicológicos como las sensaciones que experimenta diariamente a raíz del tratamiento y los efectos secundarios de fármacos.

INDICADORES DE ADAPTACIÓN	ALGUNOS CUIDADOS DE ENFERMERIA QUE CONTRIBUYEN A POTENCIAR LA AUTONOMIA
interpretación - Integración efectiva de las sensaciones de información -Estrategias de enfrentamiento efectivas para la alteración de la sensibilidad.	Explica al paciente los cambios inesperados que surgen a su alrededor ya sea relacionados con sus rutinas diarias, la ubicación de las cosas, los avisos, los timbres, los sabores de las comidas, los ruidos hospitalarios, el tacto de nuevas personas.
Eliminación, Líquidos y electrolitos Procesos estables de equilibrio hídrico - Estabilidad de electrolitos en los líquidos del cuerpo -Equilibrio del sistema ácido-básico.	Los controles rutinarios de controles de líquidos por parte del personal de enfermería y preguntas alusivas a la eliminación diaria, le permiten al paciente comprender la necesidad de observar cambios en la ingesta, eliminación y evacuación relevantes e informar, o reclamar atención y ayuda por parte del personal de salud. Explica al paciente la importancia de la restricción de líquidos y la necesidad de participar activamente en la observación y control. Dadas las condiciones de pérdida del control en la capacidad de eliminación y evacuación el paciente el profesional de enfermería educa al paciente y la familia para asumir la participación activa de los cuidados correspondientes.(colostomías, ileostomías, cateterismo)
Función neurológica --Procesos efectivos de conciencia, atención, sensación y percepción. - Integración de procesos de pensamiento y sentimientos. - Elaboración de conceptos de memoria, lenguaje y respuesta motora.	Motivar al paciente para que participe activamente de todos los procesos relacionados con el tratamiento, los integre a su enfermedad, los reconozca y de a conocer sus sentimientos, sus temores e inseguridades. Motivar al paciente a participar activamente con la familia y equipo de salud en la rehabilitación de lenguaje, marcha, o recuperación de la motilidad o sensibilidad. Informar al paciente competente sobre su ubicación en tiempo, información de novedades en los resultados de medios diagnósticos, horas de visita médica, o presencia del personal de enfermería, la presencia de familiares y amigos, tiempos de estancia hospitalaria, o

INDICADORES DE ADAPTACIÓN	ALGUNOS CUIDADOS DE ENFERMERIA QUE CONTRIBUYEN A POTENCIAR LA AUTONOMIA
	de procesos institucionales, como lo relacionado con los derechos de asistencia por parte de la entidad benefactora.
Función endocrina -Regulación hormonal efectiva de los procesos metabólicos y corporales. -Regulación hormonal efectiva del desarrollo productivo. - Patrones estables de ritmos hormonales cíclicos -Estrategias de enfrentamiento efectivo para el estrés.	Enseñar al paciente a reconocer cualquier cambio en temperatura corporal, tendencia a la somnolencia o al insomnio, a la necesidad del consumo de líquidos, de estados de ánimo, de pérdida de la concentración, de memoria, de motilidad, o de cambios en la tolerancia a alimentos (azúcar), o riesgos de infección o alergias. Motiva al paciente a buscar información, solicitar ayuda por parte del personal de salud.

Limitaciones de la autonomía: Existen restricciones internas para que el paciente pueda ser autónomo, están dadas por alternaciones en cualquiera de estos sistemas ya sea por lesiones o disfunciones cerebrales causadas por trastornos metabólicos, drogas, traumatismo o falta de lucidez mental, retraso mental o psicosis, neurosis obsesivo-compulsivas etc. son limitaciones de orden patológico, en la que hay reducción de la autonomía.

3.3.2 Modo de autoconcepto

Hace referencia a las creencias y sentimientos que la persona tiene acerca de si mismo en un momento determinado. Formado de percepciones internas y de percepciones de los demás, el autoconcepto dirige nuestro comportamiento, está asociado a la salud emocional de la persona.

La enfermedad también puede agredir la integridad psicológica de la persona, de dos maneras: por un lado, la enfermedad emocional es una forma de desintegración en que los trastornos psicopatológicos pasan a controlar la

existencia, otra forma es cuando la enfermedad afecta a alguna parte del cuerpo, nos sentimos alienados de esa parte, la imagen que nos hemos formado de nuestra integridad corporal se ve amenazada. La enfermedad grave obliga a enfrentarse con el efecto que en esa imagen tiene la discapacidad, el dolor y la muerte. Nos enfrenta con la posibilidad de una autoimagen sustancialmente alterada o incluso con su ausencia. Si queremos ser íntegros de nuevo, necesitamos una nueva imagen, nuevos puntos de equilibrio y una nueva definición de lo que constituye la salud.

Los componentes del autoconcepto según Roy⁴⁶ son: el yo físico, el yo personal, el yo ideal, el yo ético moral y espiritual. Estos componentes denominados por la autora como autoconsistencia, hacen referencia a la imagen corporal, a la integridad psíquica, a la forma como la persona se comporta o ha reaccionado en situaciones similares, el grado de impulsividad, la sociabilidad. Todas las experiencias vividas en el pasado por la persona como nuevas la llevan a utilizar mecanismos de afrontamiento. Involucra los procesos efectivos de crecimiento ético, moral y espiritual, las aspiraciones del paciente (yo ideal), los valores y principios, como los aspectos culturales y las relaciones interpersonales efectivas.

Autoconcepto y resiliencia

Del concepto que se tenga de sí mismo depende en gran medida el modo como el paciente afronta la enfermedad, por eso he considerado importante incorporar la resiliencia como un factor determinante, posible de observarse y evaluarse y también de desarrollarse, esta labor sería una de las más importantes dentro del cuidado de enfermería.

El concepto resiliencia fue tomado de la metalurgia y designa la capacidad de los metales de resistir a los golpes y recuperar su estructura externa; en osteología se

⁴⁶ ROY, Callista. Sister. The Roy Adaptation Model . Printed in The United States of America. Editor : Marion K. Welch.1991.270-273

ha utilizado para expresar la capacidad que tienen los huesos para crecer en sentido adecuado después de una fractura, y en el campo psicosocial es la capacidad del ser humano para recuperarse de la adversidad. En tal sentido, autores como Meg Gardiner la definen como una interacción creativa entre los recursos personales y los recursos sociales.⁴⁷

La resiliencia es la aptitud para soportar las crisis y adversidades en forma positiva, recobrando la fortaleza o resistencia para salir airosos de las pruebas. Implica el enfrentar los problemas que producen estrés advirtiendo posibilidades de superarlos y, sobre todo, de recuperarse y fortalecerse con la experiencia.

Según otros autores, la resiliencia puede ser vista como:

- la habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva (ICCB, Institute on Child Resilience and Family - 1994)
- la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades, superarlas, e, inclusive ser transformado por ellas (Grotberg - 1995).
- Vanistendael (1994), distingue dos componentes: por una parte la resiliencia frente a la destrucción; es decir la capacidad de proteger la propia identidad bajo presión; por otra parte, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo, pese a circunstancias complejas.
- la resiliencia implica una combinación de factores que permiten a un niño, a un joven, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida y construir sobre ellos (Suárez y Ojeda, 1995).

⁴⁷ Badilla A., Helena y Sancho, A. Estudio de antecedentes: Las experiencias de resiliencia como eje para un Trabajo Social alternativo. Universidad de Costa Rica, (1995) Documento de Trabajo CEANIM.1997.

La capacidad de resiliencia consiste en recuperarse de las crisis (en el caso que nos ocupa la crisis la constituye la enfermedad) no únicamente dejando que sola desaparezca la crisis, sino impulsando cambios en las causas de los problemas y fortaleciendo las defensas ante la reaparición de los mismos.

El enfoque de resiliencia se explica a través de lo que se ha denominado el modelo "del desafío" o "de la resiliencia". Este enfoque describe la existencia de verdaderos escudos que harán que dichas fuerzas no actúen de manera lineal, atenuando de esta forma sus efectos negativos y en ocasiones transformándolos en factor de superación de la situación estresante.

La resiliencia se sustenta en la interacción entre las personas y el entorno; y no procede exclusivamente del entorno, ni es algo exclusivamente innato. Tampoco puede hablarse de ella como un concepto unívoco y absoluto. Si bien se entiende como una capacidad humana presente en las distintas comunidades, etnias y culturas, tiene rasgos particulares de acuerdo con los diferentes contextos.

Promover la Resiliencia es reconocer la fortaleza más allá de la vulnerabilidad (OPS et al, 1998), es mejorar la calidad de vida de las personas a partir de sus propios significados e imaginarios, es decir, de la manera según la cual perciban y se enfrenten al mundo. Estimular una actitud resiliente, implica potenciar esos atributos.

Estas resiliencias constituyen lo que Wolin y Wolin llaman la "Mandala de la Resiliencia" tomando un término indígena referido a las fuerzas que hacen que un ser humano encuentre su resistencia interna para sobreponerse a la enfermedad.

Pensamos, que esta capacidad como muchas de las facultades humanas no es totalmente innata, ni totalmente adquirida mas bien requiere de unas condiciones particulares que permita que las personas puedan responder con esta fortaleza a las dificultades de la vida. Siendo una capacidad que debe ser desarrollada, es

entonces *educable* en cuanto que la persona debe generar unas habilidades que le permitan hacer uso de esta capacidad.

En la búsqueda de factores o de oportunidades de protección la espiritualidad, la organización, la actividad de vida comunitaria, la identidad, la autoestima, la vivencia de la cultura y la solidaridad, son algunas fuentes que conforman el apoyo y recursos de los que las personas resilientes se sirven para superar la adversidad.

Por su parte, Edith Grotberg en su modelo Resiliencia en el Desarrollo Psicosocial, agrupa aquellos factores que han demostrado tener una relación con ella, y agrega como nuevo componente el aspecto dinámico: ser resiliente no depende sólo de la interacción que se dé entre los distintos actores y el rol de cada factor en los diferentes contextos. Sugiere tres fuentes principales, que se reúnen en torno a las características genéticas y temperamentales de las personas, que son:

1) Un ambiente favorable, referido a las fuentes externas de defensa como son la familia, la comunidad o la nación, que refuerzan la resiliencia y brindan un modelo efectivo de conducta.

Hace referencia a lo que la persona puede asumir como un YO TENGO

2) Una fuerza intra psíquica, fuente inherente a la personalidad del ser humano, que incluye un sentido de autonomía, control de impulsos, autoestima, sentimientos de afecto y empatía.

Hace referencia al YO SOY/ ESTOY

3) Unas habilidades adquiridas y orientadas a la acción, aquellas apropiadas para la interacción social, sumando la expresividad social, la capacidad de resolución de problemas, el manejo del estrés, de la angustia, la selección de opciones, etc.

Hace referencia al YO PUEDO

Señala Edith Grotberg que un ser humano resiliente no necesita tener todas esas habilidades, pero una sola no es suficiente; no puede desarrollar su resiliencia si por ejemplo, tiene las herramientas sociales (Soy /Estoy) pero no tiene un ambiente favorable (Tengo) para relacionarse. Sin embargo sí es necesario, que las combinaciones entre estos factores sean efectivas, y contengan al menos una habilidad en cada factor.

Con esta clasificación, los rasgos de resiliencia los ejemplifica de la siguiente manera:

YO TENGO

- - Personas en quienes confío y me quieren incondicionalmente
- - Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas.
- - Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder
- - Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo
- - Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro, o cuando necesito

aprender

YO SOY/ESTOY

- - Soy una persona por la que otros sienten aprecio y cariño
- - Soy feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto
- - Soy respetuoso de mí mismo y del prójimo
- - Estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos

- - Estoy seguro de que todo saldrá bien
- - Estoy triste, lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo
- - Estoy rodeado de compañeros que me aprecian

YO PUEDO

- - Hablar sobre las cosas que me asustan o me inquietan
- - Buscar la manera de resolver los problemas
- - Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien
- - Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar
- - Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito
- - Equivocarme sin perder el afecto de quienes me aman.
- - Sentir afecto y expresarlo

Acciones de enfermería para potenciar la autonomía

- Fortalecer la autoestima del paciente, llevando a descubrir el verdadero valor desde su singularidad, su individualidad, su propia naturaleza, es decir su SER, de modo que su valía personal no se merme por el hecho de la enfermedad y las secuelas que esta pueda traer. En la medida que se eleva la autoestima mejora sus actitudes, su capacidad para pensar y decidir bien se liberan, su nivel de tolerancia aumenta, su inseguridad disminuye.
- Enfermería debe hacerle ver al paciente que el hecho de estar enfermo y las circunstancias que rodean su enfermedad no afectan su dignidad y valor como persona, llevándolo a reconocer todo lo que le queda en capacidad corporal, mental, afectiva, social, espiritual, como los recursos personales que posee para superar esta dificultad.

- Promover en el paciente un deseo de ser más, de ser mejor, de saber más. Llevarlo a comprender que el crecimiento implica cambio y no le debe temer, porque rehusar el cambio es estancarse y por el contrario estar dispuesto a nuevas ideas, nuevas formas de hacer las cosas, es estar dispuesto a abrir caminos.
- Promover la resiliencia para promover su bienestar. Llevarlo a hacer un balance del YO TENGO, YO SOY, YO PUEDO.
- Reconocer aquellas cualidades y fortalezas que le permitirán enfrentar positivamente esta experiencia.
- Potenciar los factores protectores internos que actúan como escudos y permiten su desarrollo ; tales como la autonomía, la autoestima, la capacidad de relacionarse con los otros y afianzar todos los factores protectores externos _apoyos_, tanto del grupo familiar como del entorno en general.
- Fomentar en el paciente la Introspección, es decir el arte de preguntarse a sí mismo y darse autorespuestas honestas. Es la capacidad de observar y observarse al mismo tiempo.
- Promover una toma de posición de comando de la propia vida interna
- Ayudarle a comprender la necesidad de conectarse con otros, de establecer una red de apoyo, de amigos, en el trabajo, en la comunidad, para encontrar un soporte emocional fuera de la familia.
- Desarrollar su iniciativa entendida ésta como la tendencia a exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. Esta habilidad reside en el control interno y la responsabilidad personal necesaria para desarrollar una vida autónoma e independiente. El llevar a cabo planes que resultan exitosos se transforma en reestablecimiento y a la vez un desafío para demostrar las propias capacidades.
- Entusiasmarlo para seguir adelante haciendo de la propia vida un ejemplo para otros.

- Promover el humor, referido a encontrar lo cómico en la tragedia, a contrarrestar la vida real con la capacidad de reír, todo esto le permite cultivar la capacidad de gozar de la vida ` pese a las dificultades.
- Promover la creatividad, capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. Crear formas imaginativas de observarse desde fuera y transformar lo que se tiene en un absurdo o una obra creativa.
- Una vez se reconozcan los propios valores y las experiencias dolorosas, es posible aprender de ellas y comunicarlo a otros.
- Ayudarle a Desarrollar la Capacidad de pensamiento crítico esto le permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de la adversidad que sufre, y proponer modos de enfrentarlas y cambiarlas.
- El profesional en enfermería no puede olvidar que la resiliencia se teje: no hay que buscarla sólo en la interioridad de la persona ni en su entorno, sino entre los dos, porque anuda constantemente un proceso íntimo con el entorno social.
- Ayudarle a ver y a reconocer los progresos diarios de su recuperación para que la mejoría en su aspecto físico vaya integrada con su progreso psicológico.
- Motivarlo a participar de su arreglo personal para ayudarle a generar una imagen corporal positiva.
- Velar porque el espacio donde está el paciente este ordenado, limpio y acogedor.
- Emplear estímulos verbales que contribuyan a mejorar el estado de ánimo del paciente.
- Prepararlo para que enfrente efectivamente las pérdidas corporales que la enfermedad le ocasione, esto implica: ayudarle a aceptar la realidad de la pérdida, comprender cómo le ha afectado, permitirle comunicar sus

sentimientos, aceptar su tristeza, canalizar su rabia, entender sus miedos, manejar sus culpas. Motivarlo para que comparta con otros, busque consuelo y acepte la protección; aproveche su espiritualidad liberándose del resentimiento a través del perdón, fortaleciéndose con una actitud optimista contando con la recuperación, y sobre todo creer y cuidar de si mismo construyendo una visión de futuro.

- Además invita al paciente a recordar experiencias en las que haya superado momentos difíciles, identificar las actitudes que le permitieron esa ganancia y traerlas al presente para unirlos a los recursos que posee actualmente y así proyectarse al futuro.
- Con el ánimo de generar autoconsistencia, mantener un equilibrio y ayudarlo a autoorganizarse, el profesional de enfermería desarrolla en el paciente la creencia que los eventos son predecibles y controlables, y que esto se logra en la medida que él asuma una actitud de compromiso frente a si mismo y su realidad, lo cual le ayuda a reducir la incertidumbre y los sentimientos de impotencia. "La enfermedad no controla mi vida, yo controlo la enfermedad".
- Basándose en el conocimiento que tiene acerca de las creencias, los valores, metas y principios del paciente, dialoga con él, llevándolo a tener confianza por lo realizado y alcanzado, a reconocer lo que tiene, valorar sus habilidades, capacidades, pero sobre todo a valorar su singularidad, tomando conciencia que su mayor recurso es su identidad, ser él mismo, que esto no lo ha perdido ni lo va a perder, su historia continúa, este episodio no lo debe estancar y está en sus manos el continuar construyendo su historia, haciéndole comprender que el futuro depende de él y la manera como asuma el presente. Si es necesario le brindará información sobre diferentes opciones de recuperación con el uso de tecnologías avanzadas.

Limitaciones de la autonomía

Son los límites que el mismo sujeto proyecta sobre sí mismo a lo largo de su vida. Estas pueden estar dadas por un determinado sistema de creencias y de ideas que pueden ser de tipo religioso, político, cultural o ético. Por eso, el profesional de enfermería debe descubrir cómo piensa, siente y actúa el paciente, las circunstancias sociales en las que vive, cuales son sus preocupaciones e incertidumbres.

3.3.3 DOMINIO DEL ROL: Desde el enfoque integral que hemos venido desarrollando, se entiende la vida humana en un proceso de interrelación permanente, para el individuo la integridad social envuelve la necesidad de conocer quien es él en relación con otros y cómo puede actuar, sin embargo la experiencia de enfermedad afecta el desempeño de sus roles y por tanto su interacción con los otros.

La persona a medida que va madurando va adquiriendo o involucrando nuevos roles dentro del contexto social en el que se desenvuelve. El desempeño de roles gira en torno a unos comportamientos que la persona tiene por la posición social que ocupa ya sea individual o en relación con otros como familia, grupo o comunidad.

Roy⁴⁸ ha involucrado en el modelo de adaptación tres roles : primario, secundario y terciario. El primario esta determinado por los comportamientos que tiene la persona durante un periodo particular de la vida, según la edad, sexo, ejemplo: hombre de 70 años adulto. El rol secundario de acuerdo a la labor que ha desarrollado en el rol primario: esposo, hijo, padre, madre, profesor. El rol terciario es por lo general temporal y es libremente elegido e incluye actividades como hobbies o aficiones.

⁴⁸ RO, Callista. Sister. The Roy Adaptation Model . Printed in The United States of America. Editor : Marion K. Welch. 1999.382-387.

Acciones de enfermera para potenciar la autonomía

Para el cuidado de enfermería Roy ⁴⁹ menciona que es necesario distinguir unos procesos adaptativos compensatorios del rol denominados Rol de transición y Rol de distancia que el paciente adopta y que la enfermera debe valorar para ayudarlo a recuperar la autonomía. :

El rol de transición se valora después de haber sufrido una enfermedad o después de haber sido hospitalizado, lo va asumiendo el paciente en forma continua para enfrentar las circunstancias de un nuevo ambiente, de un nuevo estilo de vida que va haciendo consciente. Esta nueva situación le lleva a incorporar nuevos conocimientos que pueden alterar sus comportamientos o cambiar el concepto de si mismo.

La enfermedad o la hospitalización lo llevan a asumir primordialmente un rol de paciente, que implica una pérdida de autonomía en varios aspectos, que lo llevan a abandonar y/o delegar otros roles, ya sea en forma temporal o definitiva según las circunstancias de la enfermedad. El enfermo no sólo sufre por el dolor físico sino por el dolor de no desempeñar los roles que venía ejecutando y de los cuales otras personas dependen y se ven afectadas.

Muchos roles están relacionados con su status social y perderlos le generan una crisis en su proyecto de vida, lo cual implicará ante todo un proceso de aceptación de sus nuevas realidades y el aprendizaje de unos nuevos roles.

En el caso de los pacientes ante un diagnóstico de una enfermedad terminal sufren una crisis profunda relacionada con el desempeño de sus roles, donde lo prioritario pasa a ser secundario y se piensa en quien le reemplazará en esos roles.

Este proceso requiere de la intervención de enfermería por lo tanto es importante

⁴⁹ ROY, Callista. Sister. The Roy Adaptation Model . Printed in The United States of America. Editor : Marion K. Welch. 1999. 432-442.

valorar cómo expresa las expectativas sociales el paciente, como influye su enfermedad en su rol primario, secundario o terciario, cómo interactúa en estas nuevas circunstancias.

Esto sólo lo puede realizar mediante la generación de confianza para que el paciente logre comunicar sus temores, sus miedos, sus inseguridades, sus rabias, sus tristezas y frustraciones. La enfermera aquí juega un papel importante, conociendo el contexto del paciente e integrando a la familia y amigos más cercanos, en la recuperación.

El rol de distancia: Ante la crisis que vive el paciente a veces adopta un rol de distancia, se muestra inconforme, indeciso, en parte o totalmente, puede sentirse indigno, o realizar bromas, o tornarse despectivo, o hablar en forma siempre negativa. La enfermera debe identificar las causas relacionadas con estas actitudes, los problemas de autoconcepto o de comportamiento que está presentando, los procesos compensatorios. La enfermera debe disponer de tiempo para invitarlo a reflexionar acerca de las actitudes que está presentando, buscar con él las estrategias para asumir un cambio de actitudes que le permitan aceptar la realidad, proyectarse hacia el futuro en forma distinta, que no le genere estrés o agrave su enfermedad y que le permitan participar de su cuidado.

Por otra parte le debe motivar a determinar qué roles son los para él prioritarios en ese momento y en qué medida los puede ejercer, compartir, delegar o eliminar. También le puede insinuar la necesidad de identificar las personas o grupos que pretenden manipularlo en el ejercicio de sus roles, para que pueda definir los límites que pondrá a estas situaciones, en este momento de vulnerabilidad.

Limitaciones:

Es posible que la autonomía se vea obstaculizada por hechos externos como la coerción, el engaño físico y emocional o la privación de la información. También las limitaciones de orden conceptual o intelectual que hacen difícil o incluso

imposible participar en la toma de decisiones ya que sin comprensión de la información difícilmente puede haber una autonomía real en la persona.

Por eso el profesional en enfermería debe conocer el nivel de educación, y el nivel de comprensión de la persona, algunos requieren más información que otros, algunos lo hacen para monitorear el tratamiento, otros que se les dificulta la comprensión, por lo tanto el profesional debe buscar un lenguaje apropiado.

3.3.4 Interdependencia. Como ser social el individuo es un ser en relación, la interdependencia es el equilibrio entre la necesidad de tener un "territorio propio" (como parte de su autonomía) y la de compartir con otros "territorios". La meta central del desarrollo psicológico es el logro de una identidad personal autónoma como un proceso de diferenciación e integración.

Nadie puede ser absolutamente independiente ni conviene que sea muy dependiente, por eso, las relaciones sanas se caracterizan por lo que hemos denominado antes un "equilibrio". También está asociada con la capacidad de dar y recibir, ambas son indispensables, no desarrollar una de ellas afecta notablemente la calidad de las relaciones. Para el individuo pertenecer, integrarse, participar, ser reconocido, protegido, cuidado y al mismo ayudar a que otros satisfagan estas necesidades, es lo que le permite realizarse como ser social.

Sin embargo en la práctica diaria encontramos pacientes con muy baja o muy alta territorialidad y pacientes que demandan demasiado, y están poco dispuestos a dar, o al contrario pacientes que demandan poco y están dispuestos a dar y otros que no aportan ni quieren recibir.

Roy⁵⁰ plantea dos clases de relaciones de interdependencia, una que es mas estable y se da con las personas allegadas, que son mas importantes y

⁵⁰ ROY, Callista. Sister. The Roy Adaptation Model . Printed in The United States of America. Appleton & Lange Editor : Marion K. Welch. 1999. 490-42.

cercanas para el enfermo como pueden ser los padres, la pareja, hijos u otro miembro de la familia, de los cuales el enfermo espera que haya reciprocidad afectiva, atención, preocupación, apoyo. En una segunda categoría están las relaciones de soporte, como suelen ser los amigos, compañeros de trabajo, los integrantes de un grupo al cual el paciente pertenece, o en el caso de hospitalización el personal de enfermería se convierten en grupo de apoyo muy significativo para el enfermo.

El ser humano dentro de su proceso de desarrollo psicosocial pasa por una serie de etapas: dependencia, contradependencia, independencia e interdependencia. Lo ideal es que el individuo aprenda a establecer relaciones de interdependencia, sin embargo situaciones como la enfermedad le llevan a ser nuevamente dependiente (total o parcialmente), lo cual genera pérdida de la autonomía alcanzada y la necesidad de recuperarla en el menor tiempo y al máximo del potencial. Esto no siempre es posible porque depende de las secuelas de la enfermedad o de los compromisos fisiológicos o psicológicos que ésta le cause, esto le genera comportamientos de tensión, agresividad, hostilidad y puede rechazar inclusive a las personas que en este momento le ofrecen ayuda.

Acciones de enfermería para potenciar la autonomía

- La enfermera desde de una mirada integral debe reconocer los vínculos que el paciente ha generado en el transcurso de la vida, las personas más significativas, el estado de las relaciones, con el fin de hacer un manejo prudente de esta información y reconocer quienes son las más indicados para contribuir a la recuperación .

- También debe conocer su lugar de origen, las condiciones para transportarse, sus recursos económicos, su cultura, su estrato social. Es indispensable que el personal de salud se sensibilice frente a las condiciones de pobreza y

vulnerabilidad de los pacientes, no se puede tratar al paciente como si éste fuese un órgano o una patología, y creer que al reparar el órgano la función del agente de salud concluye, experiencias como: traslado de un paciente recién operado a una vereda de difícil acceso, condiciones económicas tan graves que le impiden a los familiares acompañarlo por no tener para el transporte, restricciones laborales para permanecer más tiempo con el familiar, condiciones de pobreza que ponen en riesgo los cuidados post-operatorios (ya que muchos procesos quirúrgicos se realizan en forma ambulatoria sin medir los riesgos y conocer las condiciones del cuidado en casa) demuestran la necesidad de esta mirada integral y de un acompañamiento al paciente y a la familia en forma más efectiva.

- En esta valoración es importante para la enfermera entender en qué áreas la persona posee el conocimiento necesario, habilidades, capacidades y actitudes para ser independiente, con el fin de animarlo a reconocerlas y usarlas en su proceso de recuperación. Por otra parte la enfermera deberá concientizar a la familia de este potencial del paciente para que evite asumir actitudes que invaliden sus capacidades.
- A pesar de que las políticas institucionales han reducido cada día más los espacios para establecer relación con los pacientes, es necesario que la enfermera se concientice que su principal papel es precisamente construir relación de confianza para poder ejecutar otras funciones.
- En los espacios y tiempos compartidos con el paciente la enfermera debe identificar los conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes que no ha desarrollado o ha perdido por motivo de la enfermedad, evaluar en qué medida son recuperables y ayudar al paciente y a la familia a desarrollarlos, de modo que se logre el máximo de autonomía posible.
- Para ayudar al paciente y establecer con él una relación interdependiente, es necesario disponer de tiempo para escucharlo, oírlo sin juzgarlo, no atacar lo que está diciendo, hablarle en forma clara, de modo que él sienta que el personal de

enfermería está comprometido con él y que puede confiar porque hay disposición para apoyarlo. Resulta útil en este proceso brindar reconocimiento acerca de las contribuciones que el paciente hace para su proceso de recuperación, involucrarlo en la toma de decisiones que competen con su salud.

- Teniendo en cuenta que algunos pacientes tienden a aislarse y sumado a esto las políticas institucionales contribuyen a aislar al paciente de sus relaciones, la enfermera debe velar por garantizar que el enfermo se nutra de estos vínculos afectivos que son parte vital en su proceso de recuperación, informando a los pariente los horarios de visitas, cómo aprovechar el tiempo para comunicarse con él, qué hacer y qué evitar durante este espacio.

- Por otra parte la función del cuidado de enfermería es fortalecer la integración de la persona con el ambiente; para esto el profesional debe valorar los comportamientos de las personas y los factores que influyen en sus capacidades de adaptación. Los cuidados de enfermería promueven la expansión de las habilidades adaptativas y contribuyen a mejorar las interacciones con el ambiente.

- Mantenerlo conciente sobre el tiempo, actualizarlo sobre lo que está pasando en su comunidad, en el país, informarle sobre las personas que han llamado a preguntar por su estado de salud, o los que le han visitado pero que no han tenido la oportunidad de verlo por alguna circunstancia, promover la comunicación escrita por parte de los allegados cuando se encuentre en zonas restringidas o en aislamiento.

- Servir de puente entre el paciente y la familia, mantenerla informada acerca de las condiciones del paciente, la culminación de un procedimiento quirúrgico, resolver sus inquietudes o preocupaciones de ambas partes.

Limitaciones

La autonomía puede verse reducida o vulnerada por contextos vitales muy precarios. Estas circunstancias pueden ser las mismas condiciones económicas, laborales, situaciones familiares conflictivas, malas relaciones con los vecinos, fallas de solidaridad ciudadana entre otros. Por eso la enfermera para comprender adecuadamente a ese ser humano debe entender su mundo, el ámbito desde el que habla y toma una decisión, ser sensible a las situaciones de su entorno que merman la autonomía del paciente porque influyen en la resolución de la enfermedad.

4. CONCLUSIONES

4.1 EN RELACIÓN CON LA FORMACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

El respeto por la autonomía es una conquista permanente, que obliga a un juicio reflexivo y crítico sobre los avances científicos y tecnológicos, las políticas sociales e institucionales, de modo que se garantice el respeto por la dignidad de la persona.

Teniendo en cuenta que en el marco teórico se ha presentado la integridad como sinónimo de salud y la enfermedad como desintegración o ruptura de la unidad de la persona, la relación del profesional de enfermería con el paciente debe ser holístico y tiene como finalidad el reestablecimiento de la integridad.

A raíz del planteamiento anterior surge un interrogante: se está capacitando al profesional de enfermería para ofrecer esta atención holística? En la mayoría de las facultades se hace énfasis en la capacitación de orden fisiológico y psicosocial y se olvida el contexto del paciente, sus capacidades cognitivas, su espiritualidad.

Los cuidados enfermería generalmente se reducen a un procedimiento teórico (fórmula) y de solución de problemas de orden fisiológico, dejando de lado las necesidades integrales del paciente, es necesario enmarcar estos procedimientos en un contexto de desarrollo de capacidades, habilidades, actitudes, valores y principios que garanticen una atención integral y respetuosa de la autonomía del paciente.

El ejercicio profesional de la enfermería enmarcado dentro del Modelo de Adaptación de Callista Roy da una mirada más amplia a la profesión, genera

mas autonomía en el ejercicio profesional, y nuevas formas de actuar frente al paciente y de prevenir y promover la salud.

Desde esta perspectiva se requiere ampliar la formación de la enfermera para que pueda ejercer su papel de cuidado en las áreas:

Cognitiva: desarrollando competencias relacionales, comunicacionales, pedagógicas.

Emotiva: desarrollando competencias para la confidencialidad, el respeto a la intimidad y a la privacidad, para fortalecer la capacidad de resiliencia y afrontamiento.

Social : desarrollar competencias para reconocer las circunstancias externas que rodean el contexto del paciente, su cultura, sus creencias, costumbres, valores, trabajar con la familia o las personas importantes para él, involucrarlos en el proceso de recuperación.

Espiritual: desarrollar competencias para encontrar sentido al dolor, aprender a crecer a través de él, valorarse como persona digna en cualquier circunstancia, potenciar su autonomía, preparar y acompañar en el proceso de enfermedad o de muerte.

Desde esta perspectiva el obrar humano del profesional de enfermería amerita una mirada más profunda y trascendental que atienda no solo el cuerpo sino el ser del otro, desde esta visión la labor de esta profesión cobra un máximo sentido y exigencia como disciplina y como ciencia que exige el desarrollo no sólo de habilidades teóricas y prácticas sino una formación que garantice profesionales con capacidad de:

- Desarrollar mayor sensibilidad y consideración con el paciente comprendiendo su estado de vulnerabilidad.
- Establecer una relación más humana con el paciente, donde la tecnología no

supla el contacto con el otro, donde no existan discriminaciones y se de un sentido de igualdad, esto le permite al enfermo sentirse persona más que paciente.

- Reconocer las circunstancias y el contexto que rodean al paciente para comprender sus prioridades, preocupaciones y cómo están influyendo en él.
- Desarrollar actitudes de cordialidad, de bondad, que permitan al paciente sentirse reconocido y apreciado como persona.
- Escuchar empáticamente de manera personalizada al paciente y a la familia, desarrollar habilidades para una comunicación asertiva, un dialogo profundo, de manera que el profesional en enfermería genere confianza y tenga mayor certeza del plan de cuidado.
- Reconocer, valorar, fortalecer y aprovechar el potencial de las capacidades del paciente a nivel cognitivo, afectivo y comportamental, al mismo tiempo que los derechos y deberes del paciente.
- Empoderar al paciente para que participe en la toma de decisiones autónomas sobre su salud, de modo que esté más preparado para razonar y jerarquizar las alternativas que se le ofrecen y afrontar las complicaciones o consecuencias de sus decisiones.
- .Proteger y potenciar la autonomía de los pacientes que han perdido gran parte de esta capacidad para que otros no la vulneren, de modo que pueda ser él mismo y se redescubra con nuevas capacidades y nuevos recursos.
- Tener iniciativa y creatividad para asumir una actitud más propositiva y dinámica frente a la realidad del paciente.
- Procurar el consentimiento del paciente para cualquier acción o intervención de cuidado que hasta el momento solamente se le solicita al paciente cuando se le realiza algún tratamiento invasivo.

- Trabajar en equipo reconociendo y valorando su rol, apreciando la diferencia con las otras disciplinas, participando en el equipo con su mirada integral.

Es necesario integrar la Bioética como eje transversal del currículum de modo que se vea la aplicabilidad en la cotidianidad y no como un área aislada, teórica, esto exige que los docentes de las diferentes áreas y en especial las propias de la profesión tengan una formación básica en bioética.

4.2 APORTES DE UN MODELO INTEGRAL A LA BIOÉTICA

La propuesta presentada ofrece:

Una nueva mirada a la eficiencia de los servicios de salud, que no se evalúan solamente por la capacidad tecnológica, ni por los grados de conocimiento de los profesionales, la capacidad hotelera, sino por la calidad en la relación que se establece con el paciente y su contexto, reconociendo al otro como persona, como interlocutor válido y, como alguien con quien se puede crear y crecer.

Una nueva mirada a la responsabilidad profesional ya que desde esta perspectiva no basta el cumplimiento de unas funciones administrativas, la habilidad en el manejo de equipos, la curación de un determinado órgano o la administración de un fármaco, sino la atención integral de una persona vulnerable.

Una nueva mirada a cada uno los procesos y procedimientos de atención al paciente para identificar aquellos aspectos que violan la autonomía.

Una nueva mirada ante las funciones especialmente del personal de enfermería para que su papel no se limite a procesos de gestión, administración de medicamentos entre otros, sino que vele por una atención más humana, personalizada, que atienda a las necesidades integrales del paciente desde el momento del ingreso. Esto le obliga a distribuir su tiempo de tal modo que de

prioridad al encuentro personal con el paciente para conocerlo, valorarlo, desarrollar confianza y potenciar su capacidad de afrontamiento y su autonomía.

Una nueva mirada de los agentes de salud en relación con el cuidado de la persona reconociendo la importancia que tiene el respeto a la privacidad y la intimidad, como también la veracidad y transparencia en la información que genera confianza y da respuesta a la autonomía del paciente con argumentos reflexivos.

Una nueva mirada a las relaciones que se dan entre los profesionales, el paciente y la familia, ya que los obliga a ver más allá del signo o síntoma de la enfermedad, para comprender el contexto y su influencia en la enfermedad y en la capacidad de recuperación del paciente.

Una nueva mirada de los agentes de salud a la aplicación de los principios bioéticos ya que la mirada integral les ofrece más claridad y les permite involucrarla permanentemente no como una norma o algo externo a ellos sino como parte de los valores que han internalizado y que se concretan en el actuar, en la forma de relacionarse con los pacientes y en la forma de organizar sus actividades asistenciales.

BIBLIOGRAFIA

- AGUDELO Guillermo .Ética Fundamental, profesional de la educación .Bogotá. Atenas.1989 p.395.
- Adaptación y Cuidado en el ser humano una visión de enfermería. Chía. Colombia. Universidad de la Sabana. Editorial Manual Moderno.2007. 15 p. ISBN 978-958-9446-19-5
- BEAUCHAMP, Tom L, CHILDRES, James, F. Principios de ética biomédica. 4 edición.. Barcelona: Masson S.A. 1999. p. 115.
- Códigos, Convenios y Declaraciones de Ética Medica, enfermería y Bioética. En: Colección Bios y Ethos. Bogotá. Ediciones el Bosque .1998.
- CORAZON, González, Rafael. El pesimismo ilustrado. Madrid. Ediciones Rialp, S. A : p.199.202.
- CHAYAPUT, Prangtip Development and psychometric evaluation of the Thai version of the doping and adaptation .processing scale. Boston Collage, William F. Connell , Graduate School of Nursing. AAT 3135960, 2004. p. 31,32.
- DIAZ, C. Repensar las virtudes. Ediciones Internacionales Universitarias: Madrid, 2002.p.109
- ESCOBAR, Jaime. Aproximación a la noción de dignidad humana. En_: Morir .Santafé de Bogotá : Colección Bio y Ethos. Ediciones El Bosque. p. 74.
- FERRER, Jorge .José. Para fundamentar la bioética. Madrid. Editorial Desclée De Broker, S.A. 2003. p.126

- FERRER, Jorge .José. Sida y bioética de la autonomía a la justicia. Madrid, Universidad Pontificia Comillas: 1997.p. 154.
- FACULTAD DE ENFERMERIA. Aplicación del modelo de adaptación de Roy en el ciclo vital humano. Universidad de la Sabana.2003.p.27.
- FRY, T, Sara. La etica en la Practica de enfermería.Consejo Internacional de Enfermeras .2004.
- HENDERSON, V. The nature of nursing: A definition and Its Implications for Practice, Research, and education, Reflections after 25 years, New York. 1991. Citado por, SANFORD, Rhea. Caring trough relation and dialogue: A nursing perspective for patient education. Advances in Nursing Science 22 (3): 1-15 march 2000 p. 7
- GAJATE, Montes, José. La filosofía en síntesis. Bogotá : Editorial el Búho : 2006.p.59.
- GARCIA, CARDONA, Gustavo. La noción de profesión, su ser y su sentido: referentes ético morales. En: Problemas de ética aplicadas.. Bogotá. Colección Bios y Ethos. Universidad del Bosque.1997p.102.
- Grupo de Investigación sobre el Modelo de adaptación de Roy. Facultad de Enfermería. En: Revista Aquichan. Chía. Universidad de la Sabana. Octubre 2002. p. 2.
- LAZARUS , Richard, FOLKMAN, Susan. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona. Editorial Martínez Roca, 1986. p.164
- LEVINAS. E. Hacia una Filosofía de la escucha. En: Ética del Cuidar .Madrid. Instituto Borja de Bioética. Fundación MAPFRE Medicina. 2002. p.106-110
- LIVENEH, H. Psychosocial Adaptation to Chronic Illnes and Disability: citado por ROY, Callista en adaptación y cuidado en el ser humano una visión de

enfermería. Editorial Manual moderno, México 2007.p.16.

LORDA, Pablo, Simón y BARRIO, Inés Cantalejo IM. El consentimiento Informado y la Enfermería: Un modelo integral. JANO 1995; XLVIII (1117): 911-21.

LORDA, PS. El Consentimiento Informado. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas .Nº 5. 2002. p.12-55

LONGHY, Terry y KARPE, Jane. Privacy and Confidentiality Issues in Primary Care: Views of Advanced Practice Nurses and Their Patients. En: Nursing and Ethics. Vol 11 Number 4, 2004. p. 378.

MEININGER P.Hernan. Autonomía y Responsabilidad Profesional en la Atención a Personas con Discapacidades Intelectuales. Perspectivas de Bioética. Editorial Gedisa .Vol 5(9) -57-73 .2000.

ONORA. Oneill. Authonomy and Trust Bioethics. Cambrige University Press 2002

PELLEGRINO, Edmundo, D. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. En: Bioética Temas y Perspectivas. Whashintong: Publicación científica OPS. 1990.p 10.

DA COSTA. Leiva. Miguel. El Principio de Autonomía y la intervención en la vida. En: Revista Latinoamericana de Bioética. Hospital Militar. Bogotá. .Julio 2004.p.37-56

ROY, Callista. Sister. The Roy Adaptation Model . Printed in The United States of America.Appleton & Lange Editor : Marion K. Welch.1999.

ROY Callista, Aplicación del modelo de adaptación en el ciclo vital humano. Chía, Cundinamarca, Colombia. Universidad de la Sabana. 2003.p.16

SARMIENTO,Yolanda. Una fundamentacion de la bioetica desde la interdisciplinariadad y el dialogo entre paradigmas.En:Fundamentación de la Bioetica .Colección Bios y Ethos: Universidad del Bosque.2002.p.26

- SCHEINER E. Carl The practice of Autonomy Patients, Doctors and Medical Decisions .University of Michigan Laww School. Editorial Grupo K-T-dra Oxford. University Press. 1998.
- SANFORD, Rhea. Caring trough relation and dialogue: A nursing perspective for patient education. Advances in Nursing Science 22 (3): 1-15 march 2000 p. 8
- TOMÁS, G., Gloria. Secreto Profesional Modesto.Manual de Bioética. Editorial Ariel 2001. Pág. 126.
- TORRALBA, Francesc, Roselló. Articulación teórica del principio de autonomía. En_ Filosofía de la Medicina. Madrid : Fundación Mafre. Instituto Borja.2001.p. 183.
- Los Fundamentos filosóficos de los derechos humanos.Barcelona. UNESCO. Ediciones del Serbal 1999 .p. 85
- WOOGARA, Jay. Patients' Privacy of the Person and Human Rights. Nursing and Ethics.Vol.12.Nº 3.2005.p.2-6