
Aspectos éticos en la relación Enfermería-Paciente

Ethic Aspects in the Nurse - Patient Relationship

Piña de V Elizabeth¹

Artículo recibido:11/10/2015 Artículo aceptado:12/12/2015

Resumen

La relación enfermera- paciente es el centro del quehacer enfermero, este profesional puede realizar gran variedad de funciones, pero es el cuidado el que representa su esencia. Para poder corresponder al término cuidado es necesario cumplir una serie de requerimientos, donde todos están vinculados con el respeto a la persona, lo que implica verla en sus diversas dimensiones: biológica, psicológica, social y espiritual. Es por ello que la enfermera debe dedicarse a la persona, no a la enfermedad, ser hábil en el arte de la comunicación y asumir con responsabilidad el reto de velar por otro.

Palabras claves: enfermería, relación, paciente, ética, clínica.

Abstract

Nurse - Patient relationship is the center of the nurse task. This professional must fulfill a wide variety of functions, but Care is the essential. To be up to the term Care it is necessary to carry out a series of requirements and all of them are

related to the Person, so it must be considered in many dimensions; biological, psychological, social and spiritual. This is the reason the nurse must dedicate to the person, not to the illness, she must be competent in the art of communication, and take with responsibility the challenge of taking care of others.

Key words: nurse, relationship, patient, ethic, clinic.

La enfermería está al servicio del ser humano ⁽¹⁾, por su permanencia continua en la cercanía al paciente o a la comunidad de la cual es responsable, ha sido llamada a jugar el rol de abogado del paciente ⁽²⁾. A su vez integra en forma armónica su actuación y la de otros profesionales de la salud. Lo que cobra mayor vigencia con la evolución histórica de su reconocimiento en la sociedad, partiendo de oficio, pasando por técnica, hasta llegar a profesión; lo que consecuentemente la ha llevado a asumir el control de las actuaciones

¹ Piña, Elizabeth. Docente titular. EE,FM,UCV. 04141365541. eeeucv@yahoo.es¹

que corresponden a su campo específico e independiente⁽³⁾.

Duran⁽⁴⁾ cita a Newman, quien conceptualizó a enfermería como el estudio del cuidado de la experiencia de la salud de los humanos. Entendiendo la experiencia de la salud como la expansión de la conciencia que en última instancia debe conducir a una mayor comprensión de la situación de salud y a mayor libertad y aumento de autodesarrollo.

El cuidado es una actividad innata de los seres vivos, particularmente del ser humano⁽⁴⁾, se afirma que sin cuidado la persona deja de serlo, pues pierde estructura, sentido y muere. Boff⁽⁵⁾ indica que la esencia humana no se encuentra en la inteligencia, en la libertad o en la creatividad sino básicamente en el cuidado,—que es el soporte real de la inteligencia, de la libertad y de la creatividad. Al respecto Vásquez⁽⁶⁾ señala la necesidad de estudiar y enseñar las ciencias humanas, en particular la antropología y la ciencia del cuidado en la formación de las enfermeras.

La práctica de cuidar genera los conocimientos necesarios para que se consolide la ciencia del cuidado con una perspectiva cultural, es por ello que Leininger⁽⁷⁾ señala que la enfermería ha de ser transcultural, para referirse a las formas de expresión del cuidado, los modos de promoción y mantenimiento de la salud, prevención y enfrentamiento de la enfermedad y las formas terapéuticas para abordarla.

Amarís⁽⁸⁾ insiste que hay que contemplar a la persona en su dimensión física, mental, social y ambiental. Persona, hombre individualizado, caracterizado por la conciencia, la cual radica en un fuero intangible resultante del proceso de conocer, discernir, escoger, decidir y actuar con libertad y naturalidad plena en todas y cada una de las etapas de ese contexto.

El cuidar profesionalizado, según lo describe Roach, debe reunir los siguientes atributos: compasión, algo más que la simple bondad, es ver al paciente como un ser humano y centro de sus acciones; competencia, estado en el que se poseen los

conocimientos, habilidades, energía, experiencia y motivación necesarias para responder adecuadamente a las demandas de responsabilidades profesionales propias; confianza, la necesidad de poseer conocimientos y habilidades y también la actitud de veracidad; conciencia, sentido informado de lo que es correcto e incorrecto y compromiso, respuesta compleja caracterizada por una convergencia entre los propios deseos y obligaciones y una elección deliberada de actuar de acuerdo con ellos ⁽⁹⁾.

La salud ha constituido siempre una de las primeras preocupaciones de los ciudadanos. La garantía de su protección por parte del Estado ha supuesto una notable contribución a la mejora del bienestar social ⁽¹⁰⁾, el derecho a la atención médica lo consignan las declaraciones de las Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Algunos países, entre ellos, el nuestro, garantizan el derecho de atención médica gratuita, hospitalaria y ambulatoria a sus ciudadanos ⁽¹¹⁾. Definir salud se ha convertido en un hecho complejo, dependiendo de la

perspectiva que se considere, la OMS señaló que es el estado de bienestar completo físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad, esta definición es útil porque identifica los factores que deben tenerse en cuenta al valorar la misma. Esta definición sugiere que la forma en que las personas se sienten acerca de si mismas es más importante que el deterioro o un proceso patológico ⁽¹²⁾. Farczeg ⁽¹³⁾ al referirse a la relación médico- paciente, señala la necesidad de también considerar el aspecto espiritual: considerando el espíritu en su concepción filosófica y religiosa e incluyendo el mundo de los valores, cualidad eminentemente humana y que esta fusionada con la faceta socio-cultural ⁽¹⁴⁾.

Esta corriente holística de la salud defiende la búsqueda de un máximo bienestar, donde el funcionamiento de todas las partes que integran al sujeto está en su rendimiento óptimo. De tal manera que los impactos de una modificación en uno de ellos afecta al estado global de la persona, donde el estilo de vida ha de ser acorde con un proceso continuo y dinámico en el que el objetivo

permanente es el bienestar total. Por tanto, el concepto básico, es el de la calidad de vida ⁽¹⁵⁾.

La crisis provocada por una enfermedad constituye un factor estresante potente e inesperado que puede ser breve o prolongarse en el tiempo y provocar cambios permanentes en la vida del paciente y de su grupo familiar. Existen características inherentes a la enfermedad y al tratamiento que aunadas a la magnitud del suceso y significado que se le confiera producen estilos de ajuste que varían de un individuo a otro ⁽¹⁶⁾.

El sufrimiento es un aspecto vinculado directamente con la percepción de una amenaza importante para la existencia (personal y/o orgánica) al mismo tiempo que la persona se cree que carece de recursos para hacerle frente; el profesional de la salud, ha de intervenir procurando la reducción o desaparición de la estimulación psicosocial desagradable (mejorando las pautas interrelacionales de acercamiento al enfermo, fomentando la presencia de voluntarios), en la disminución de la

percepción de amenaza (con una buena reestructuración cognitiva acerca del realismo de la amenaza), o en el incremento del sentido de controlabilidad frente al de indefensión (fomentar la toma de decisiones) ⁽¹⁷⁾.

El papel del profesional de enfermería, es definitivo, él asiste a ese momento de la vida del hombre en forma aún más íntima y constante que el medico; pues por su formación puede apreciar no solo las manifestaciones clínicas de la enfermedad sino los misterios de su conmoción psíquica, moral y social ⁽¹⁸⁾.

El debate de la ética de los cuidados de salud se ha centrado en la importancia de la autonomía individual, resaltando el rol activo del paciente en la determinación y evaluación de los cuidados ⁽¹⁹⁾.

El profesional de enfermería se ve constantemente exigido a actuar sobre el cuerpo de los pacientes e intervenir en la aplicación de terapias, tratamientos y técnicas invasivas, que pueden causar molestias y en ocasiones riesgos iatrogénicos, antes de cada actuación ha de informar y obtener el consentimiento verbal. El

hecho que la enfermería no utilice formularios escritos para que el paciente de su continua aprobación para la ejecución de los cuidados o aplicación de las técnicas no significa, que no tenga cabida en el ámbito de los cuidados y en la propia relación de cuidar la actitud de respeto por la dignidad y autonomía del paciente⁽²⁰⁾.

Uno de los factores que más disminuyen la autoestima es la enfermedad. El hombre al sentir que ha perdido parte de su integridad corporal o que la imagen de su propio ser de ha alterado, forzosamente se siente limitado e inseguro, esto hace que las estructuras y las defensas de la personalidad pierdan el equilibrio que les era propio para disfrutar en pleno de sus prerrogativas. El profesional de enfermería debe estar dispuesto a entender, interpretar y comprender algunas manifestaciones del paciente, como la depresión, la ansiedad, la ira, el pánico, el desamparo, la soledad, sentimientos de culpa, de incapacidad o incomprensión que son las respuestas a la crisis que está viviendo⁽¹⁸⁾.

La calidad de las relación enfermera- paciente esta soportada en la capacidad que se tenga para establecer un adecuado intercambio humano entre las personas, iniciando con la información que se facilita al paciente, la cual debe ser la correcta y coherente, respondiendo siempre al respeto por la dignidad humana, conjugando una actitud física (forma de estar presente con el otro), lenguaje clínicamente correcto y comprensible, actitudes profesionales y éticas (responsabilidad, capacidad de comunicación, sensibilidad, capacidad de estímulo, empatía, autoestima, respeto) y de las habilidades necesarias comunicativas (autenticidad y congruencia, precisión y claridad, disponibilidad y competencia profesional). El profesional de enfermería debe clarificar las áreas de su competencia, referidas a su responsabilidad en el tema de la información a los pacientes. En consecuencia debe estar enmarcada dentro de sus funciones (dependientes e independientes): organización funcional de la unidad (nombre de los profesionales del equipo de enfermería, normas de funcionamiento

de la unidad); desarrollo y organización de los cuidados y procedimientos y técnicas de enfermería; educación sanitaria ⁽²⁰⁾.

Enfermería debe informar al paciente de manera suficiente sobre los cuidados y técnicas que le aplica, centrada en las molestias, riesgos o incomodidades que puedan derivarse del procedimiento ⁽²⁰⁾, aun cuando el sensorio este alterado; cuidando que el lenguaje se adecue a las características y situación de cada paciente: edad, nivel educativo y capacidad de comprensión. Hay que hablar siempre, incluso si se cuida lactantes o neonatos, aun cuando no sepan hablar, entienden. La comunicación es una herramienta básica y esencial en el arte de dar cuidados ⁽²¹⁾.

La información estará centrada específicamente sobre:

- a) Motivo que hace necesaria la administración del cuidado o aplicación de la técnica, así como los fines con que se realiza.

- b) Características y descripción verbal del procedimiento a efectuar
- c) Beneficios que se esperan conseguir con las intervenciones, indicando cuando se va a percibir este beneficio.
- d) Solicitud de colaboración durante los cuidados o intervenciones con el fin de asegurar el beneficio del paciente, cerciorándose que ha comprendido la forma en que puede hacerlo.
- e) Alternativas posibles si las hubiera, explicando las ventajas de unas sobre las otras.
- f) Dolor, sensaciones, síntomas, molestias, incomodidades y posibles reacciones que el paciente pudiera sentir y que van asociadas a la técnica o que se derivan de las mismas maniobras.
- g) Alteraciones del estado emocional relacionadas con temor, ansiedad, inseguridad, dudas y vergüenzas o pudor que pueden aparecer frente a

las manipulaciones o maniobras que se le van a practicar.

- h) Riesgos posibles a nivel general y local más relevantes, inherentes a la propia aplicación de la técnica o del fármaco que se le va a administrar.
- i) Tiempo estimado o probable de duración del procedimiento o del tratamiento iniciado ⁽²⁰⁾.

Es un deber de justicia que cada profesional trate siempre correctamente a unos y otros pacientes, sin escatimar sus cuidados a unos ni excederse en su atención a otros. Pero al mismo tiempo, debe responder a las características individuales de cada uno, ofreciéndole lo que necesita. Es decir, ha de situarse en una posición de equilibrio, manteniéndose siempre alerta y no dejándose llevar por las circunstancias de la situación, ni excediéndose en su afán de cuidado ⁽²²⁾.

Dentro de toda relación terapéutica, es necesario considerar el derecho a la privacidad, a la intimidad; en lo cotidiano, mientras se es independiente, es uno de los aspectos que más defiende la persona, sin

embargo, al estar enfermos u hospitalizados, suele ignorarse este derecho, lamentablemente por quienes buscan ayudar, ejemplo de ello, es ingresar a una habitación sin tocar la puerta. Saludar al ingresar a una habitación es otra manera sencilla de respetar a la persona, explicarle lo que se le va a hacer, sin importar la edad ni la condición del paciente. Mantener la intimidad se logra al cerrar la puerta, correr las cortinas entre dos camas, acción que aunque parezca una norma básica, suele ignorarse. También se mantiene este aspecto cuando se atiende de manera expedita la necesidad de ir al baño, de comer solos o acompañados, de exponer su historia de vida ⁽²¹⁾.

Por último, la relación interpersonal que se da en la relación sanitaria permite reconocer al individuo, al otro, como fuerza moral, que exige una responsabilidad ⁽¹⁵⁾. Cada quien es responsable de la propia acción y de los estados de cosas que resultan de ella. La enfermera al ofrecer y realizar los cuidados propios de la profesión, actúa de manera autónoma y no como instrumento de alguien, lo que la hace

responsable de sus actos, para lo cual debe tomar decisiones que han de ser pertinentes ⁽²³⁾. Para ello se requiere de sentido común y de prudencia ⁽²⁴⁾, sin perder el marco de referencia que representa su razón de ser, actuando en defensa de los derechos de las personas, sujeto y objeto de su cuidado. En el desempeño de su rol realiza funciones independientes e interdependientes con los otros miembros del equipo de salud ⁽²⁵⁾.

En ocasiones esto puede generar tensiones, sobre todo cuando se difiere de opinión con respecto a alguna indicación, la cual pueda ser perjudicial para el paciente. En este caso, la profesional de enfermería no debe sentirse obligada a ejecutar la acción, lo recomendado es plantear la duda y en caso necesario informar al superior inmediato. Si aún, a pesar de los esfuerzos es desoída, debe negarse y asentar las razones en la historia de enfermería ⁽²⁶⁾. Asumiendo así la frase de Kottow ⁽²⁷⁾ “el análisis del sentido libera a la conciencia humana del yugo de supuestas potencias y fuerzas dominantes que la estarían doblegando”.

Referencias

- 1.- Hernández F. Historia y bioética en enfermería. En: Sarabia J, López M. I Congreso Nacional Madrid: Asociación de Bioética fundamental y clínica. 1997. p 203-207
- 2.- Rumbold G. Ética en Enfermería. Tercera edición. México: McGraw Hill Interamericana; 2000
- 3.- Piña E, Sulbarán M. Autonomía del profesional de enfermería en la atención a los pacientes. Trabajo de grado para optar al título de magister scientiarum en bioética. Universidad central de Venezuela, facultad de medicina. Comisión de Estudios de Postgrado. Maestría en Bioética. Centro nacional de Bioética. Julio 2013
- 4.- Duran M.(2001) Disciplina de Enfermería. En: Enfermería Desarrollo Teórico a Investigativo. Capítulo 1. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Colombia. Pp 15-59.
- 5.- Boff L. Saber Cuidar. Ética pelo humano - compaixão pela terra. Brasil: 3ª edición. Editora Vozes. Petrópolis.
- 6.- Vásquez, M. El Cuidado Cultural Adecuado: De la Investigación a la Práctica. V Seminario Internacional de Cuidado de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Colombia. 2001
- 7.- Leininger M. Culture care diversity and Universality: A theory of Nursing. New York. USA: National League for Nursing Press.1991.

- 8.- Amarís A. Deshumanización de la Medicina. En: Plata, E; Leal F; Mendoza, J. (Editores) Hacia una Medicina más humana. Bogotá: Editorial Médica Panamericana. 1997. p 23- 29
- 9.- Gasull M, He RVE, 2015,2 (2): xx-xx . Bioética y enfermería. La ética del cuidado: Bases para un proyecto de investigación en enfermería. En: Sarabia J, López M. I Congreso Nacional Madrid 1996. Madrid: Asociación de Bioética fundamental y clínica. 1997. p 209-212
- 10.- Del Pino R. Sistema sanitario español y estado de bienestar. En: Martínez J, Del Pino R. Enfermería en Atención Primaria. Madrid: Ediciones DAE (grupo paradigma) 2006 p.23
- 11.- León A. El enfermo y sus derechos. Caracas: Publicaciones de la revista de la Fundación José María Vargas. 1980.
- 12.- Porter E, Watkinson G. Promoción de la salud. EN: Hogston R, Marjoram B. Fundamentos de la práctica de enfermería. México: McGraw-Hill Interamericana. 2008. P26-58
- 13.- Farcheg I. Amar, vivir, aprender..y hacer de la medicina una experiencia humana. En: León A, Castillo A, Nezer I, García F, Silva O. Ética en medicina. La relación médico-paciente. Justicia sanitaria. Caracas: Centro Nacional de Bioética. UCV. 2001p 148- 162
- 14.- Gil-Yépez C. Introducción a la medicina antropológica. Caracas: Universidad Central de Venezuela. Organización de bienestar estudiantil. 1974. p 266
- 15.- Feito L. Ética profesional de la enfermería. Filosofía de le enfermería como ética del cuidado. Madrid: PPC, Editorial y distribuidora, SA. 2000. p 256
- 16.- d'Empaire G, Parada M. La comunicación en la relación profesional de la salud- paciente. Como decir la verdad y como dar malas noticias. En: Leon A, Castillo A, Nezer I, García F, Silva O. Ética en medicina. La relación médico-paciente. Justicia sanitaria. Caracas: Centro Nacional de Bioética. UCV. 2001p 131-147
- 17.- Barbero J. Aspectos ético-sociales del sufrimiento. En: Sarabia J, López M. I Congreso Nacional Madrid 1996. Madrid: Asociación de Bioética fundamental y clínica. 1997. p 91-95
- 18.- González R. El profesional de enfermería frente al mundo de los valores. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. 1999. p 31
- 19.- Gasull M, Cabrera E, Leino-Kilpi H, Arndt M, Dassen T, Lemodidou Ch, Scott A, Valimaki M. Autonomía, Intimidad y consentimiento informado de los pacientes en intervenciones de enfermería. En: Asociación de bioética fundamental y clínica. Horizonte de posibilidades. 3 Congreso Nacional. La Coruña, 4-6 de marzo de 1999. Madrid 2000. p 217-229
- 20- García A, Hernández F. Directrices para la información al paciente sobre los procedimientos de enfermería: consentimiento verbal. En: López M. 3 congreso nacional. La Coruña 4-6 marzo 1999. Madrid: Asociación de Bioética fundamental y clínica. 2000. p 231-237

21].- Verhnés T. Ética de los cuidados en un centro sociosanitario. En: Asociación de bioética fundamental y clínica. Horizonte de posibilidades. 3 Congreso Nacional. La Coruña, 4-6 de marzo de 1999. Madrid 2000 p 35-41

22.- Feito L. Ética y Enfermería. Madrid: San Pablo. Universidad Pontificia Comillas. 2009. p 284

23.- Vielva J. Ética de las profesiones. Enfermería. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer, SA. 2002. p 258

24.- Arratia A. Bioética y toma de decisiones en enfermería. Bioética en la Red: 2012 July 17,23:21 (consulta el 26-06-2012) Disponible en http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=28

25.- Lorda P, Barrio I. Medicina y Enfermería. En: Cortina A, Conill J. editores. 10 palabras claves en la ética de las profesiones. Navarra: editorial verbo divino.2000. p. 213-255

26.- González T, Aguerre R, Etcheverria P, Washington L, Bancalari M. Fallo 19.doc- femi. Tribunal de Ética Médica. Federación Médica del Interior. Montevideo: 2006. (Consulta: 26-02-2013) Disponible en: www.femi.com.uy/archivos_v/etica/Fallo19.doc.

27.- Kottow M. Introducción a la bioética. Santiago de Chile: Editorial universitaria. 1995 p.47