

El cuidado, visto por profesionales de la salud, en calidad de familiares de un usuario*

The Care, a view From Health Care Professionals, as patient family members

O cuidado, visto por profissionais de saúde, na qualidade de Familiares de um Paciente

Olga Cecilia Wilches Flórez**; Angela María Wilches Flórez***

Resumen

Objetivo: reflexionar sobre la práctica de enfermería, específicamente en el tema del cuidado, con el fin de plantear interrogantes que se conviertan en puntos de evaluación y autoevaluación para los profesionales en enfermería. Metodología: se realiza una revisión documental tomando conceptos de autores reconocidos y se desarrollan los aspectos relacionados con los conceptos éticos en la práctica de enfermería, los constructos éticos del cuidar y los patrones de conocimiento en enfermería. Todo lo anterior se argumenta desde lo teórico, pero estableciendo siempre una relación con la realidad vivida desde el punto de vista de familiares de usuarios del servicio de salud. Conclusiones: dentro del contexto de la enfermería se encuentra que en la práctica se ha perdido el verdadero significado de cuidar, lo que ha llevado a que el desempeño de los profesionales del área no sea consecuente con los conceptos y constructos éticos implícitos en su desempeño.

Palabras clave: enfermería, cuidado, usuario, familia, vulnerabilidad

* Este artículo de reflexión es original. Las autoras tienen la responsabilidad del contenido y originalidad del documento. Artículo recibido el 25 de enero de 2016, aceptado el 28 de marzo de 2016.

** Enfermera, Especialista en Educación para la salud, Magister en Salud Colectiva. Docente de la Facultad Ciencias de la Salud, Programa Enfermería, Universidad Católica de Oriente (Rionegro, Antioquia, Colombia). e mail: owilches@uco.edu.co

*** Microbióloga, Especialista en Docencia Universitaria, Magister en Ciencias, Doctor en Bioética. Docente titular de la Facultad de Medio Ambiente y Recursos Naturales, Universidad Distrital Francisco José de Caldas. Bogotá, Colombia. e mail: amwilchesf@udistrital.edu.co



Abstract

Purpose: reflect on nursing practice, specifically on care, with the purpose of creating questions as an evaluation and auto evaluation for nursing professionals. Methods: A review of documents, taking concepts of renowned authors, is conducted and related ethical aspects concepts in nursing practice and ethical concepts of care and nursing knowledge patterns is developed; all this is argued from the theoretical but always correlating with the reality experienced by the family members of the health service. Conclusions: within the context of nursing it is noticeable that the true meaning of caring is lost, therefore the performance of the professionals in the area is not consistent with the ethical concepts and constructs that are implicit in their performance.

Key words: nursing, care, patient, family, vulnerability

Resumo

Objetivo: refletir sobre a prática de enfermagem, especificamente sobre o tema do cuidado, com a finalidade de deixar questões que se convertam em pontos de avaliação e auto-avaliação para os profissionais de enfermagem. Metodologia: Realiza-se a revisão dos documentos, utilizando conceitos de autores renomados, e desenvolvendo os aspectos relacionados aos conceitos éticos na prática de enfermagem, as estruturas éticas do cuidar e os padrões de conhecimento em enfermagem. Isto tudo é argumentado com base na teoria, mas sempre com a realização da correlação com a realidade vivida, a partir do ponto de vista de familiares dos usuários do serviço de saúde. Conclusões: percebe-se, dentro do contexto da enfermagem, que se perdeu, na prática, o verdadeiro significado de cuidar, isto levou a um desempenho por parte dos profissionais da área que não é consistente com os conceitos e estruturas éticas que estão implícitos em seu desempenho.

Palavras-chave: Enfermagem, cuidado, paciente, família, vulnerabilidade

Introducción

La motivación más grande para escribir estas líneas es compartir con cualquier persona que se acerque al presente escrito, sin tener en cuenta su condición –sea como docente, estudiante o alguien que se vea atraído por la temática, porque lo motivan intereses académicos, simple curiosidad o por haber vivenciado una experiencia de cuidado–, las reflexiones que se generan alrededor de algunas experiencias de cuidado, en calidad de usuario o familiar de un enfermo. Las situaciones referidas fueron vividas en Colombia, siendo usuarios directos de algún servicio de salud o como familiares de una persona enferma hospitalizada o que recibió otras atenciones en salud de diversos tipos. Nuestro ánimo no es en ningún momento generar crítica destructiva, por el contrario, nos anima la intención de propiciar una reflexión acerca del panorama que encontramos y que, a

partir de este contexto, puedan surgir posibles medidas que mejoren de alguna forma la práctica del cuidado.

1. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión documental tomando el pensamiento de reconocidos autores y se desarrollaron los aspectos relacionados con los conceptos éticos en la práctica de enfermería (dignidad, responsabilidad, cooperación, solidaridad), los constructos éticos del cuidar y los patrones de conocimiento en enfermería como: confidencialidad, competencia, confianza, compasión, conciencia, patrón de conocimiento personal, patrón ético, patrón estético y patrón de conocimiento empírico. Todo lo anterior se argumentó desde lo teórico, pero se estableció siempre la relación con la experiencia vivida

por algunos familiares de usuarios en calidad de profesionales de la salud.

2. EL PRIMER ACERCAMIENTO

Cuando se está acompañando a un familiar enfermo o se es usuario de un servicio de salud, y se es profesional del área de la salud, surgen varios cuestionamientos surgen a partir de la observación de los cuidados que se brindan o se reciben, sobre todo al detectar inconvenientes en el proceso de atención.

Rondan en la mente preguntas como: ¿por qué estas personas estudiaron enfermería?, para el caso de los profesionales, o ¿por qué son auxiliares de enfermería?, ¿cuál es el verdadero papel del profesional de enfermería en un servicio?, ¿por qué si en la formación del profesional de enfermería se reciben bases teóricas y fundamentos desde las ciencias humanas y sociales, su actitud no es el reflejo de estos conocimientos?, ¿cuál es el papel que juegan los familiares en el proceso de cuidado de su ser querido enfermo? Surgen, además, preguntas fundamentales para el caso de los profesionales que intervienen en la docencia: ¿qué pasa con los procesos de formación?, ¿qué hacer para que las prácticas de cuidado poco humanizadas no se sigan presentando?

Algunos asuntos tan básicos, que son simultáneamente muy importantes, en la relación personal de enfermería-usuario, como presentarse, saludar, llamar por su nombre a ese ser humano y sonreír, entre otros (véase Travelbee, 1966) parecen en desuso. ¿Qué pasará?, ¿será acaso la rutina?, ¿será el sistema?, al respecto, María Nubia Romero habla de ejercer un «cuidado en la adversidad», cuando afirma que las condiciones en las que se ejerce la enfermería en Colombia, bajo el Sistema General de Segu-

ridad Social en Salud que generó la ley 100 de 1993, son de «empobrecimiento y alto conflicto social, político y económico, aspectos que permean la vida familiar, profesional, institucional y social del gremio de enfermería y que han puesto en alto riesgo el ejercicio del cuidado de la salud» (Romero, 2012, pp. 112-123).

Al hablar de ese cuidado en la adversidad se están contraponiendo dos asuntos fundamentales; uno es la base teórico-científica que constituye la esencia de la enfermería: el cuidado. Por otra parte, los intereses institucionales que, con el actual sistema, se centran más en lo económico-empresarial (Romero, 2012, p. 117).

A continuación se revisan algunos conceptos a tener en cuenta en la articulación que debe existir entre teoría y práctica, Sarah Fry (1994) los denomina «conceptos éticos en la práctica de enfermería». Ellos son:

a. La abogacía en enfermería

Este concepto sitúa al profesional de enfermería en una labor que lo dignifica como profesional y como ser humano, al servicio de la población. En este sentido, lo que se observa en muchas ocasiones es desinterés por buscar la protección de los derechos de los usuarios y velar por que se respeten, tampoco se les facilita el espacio para discutir sus necesidades, intereses y opciones, de conformidad con sus valores y formas de vida. En muy escasas oportunidades se respeta la decisión de ese ser humano en procura de proteger su dignidad humana.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el artículo 1º afirma: «Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos» (ONU, 1948). También hace referencia a: «la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana» (ONU, 1948). Estas afirmaciones

muestran una conexión entre la noción moral de dignidad humana y la concepción jurídica de los derechos humanos, aunque dicha relación solo se haya manifestado explícitamente en el pasado reciente.

Otro asunto importante es que el respeto a la dignidad de todo ser humano prohíbe que el Estado trate o utilice a una persona como un medio para alcanzar un fin, aún en el caso de que ese otro fin fuera salvar la vida de muchas otras personas (véase Habermas, 2010, pp. 3-25).

Immanuel Kant hace alusión al *único derecho* que cualquier persona puede exigir en virtud de su humanidad, estableciendo relación directa con la libertad de cada uno: «en la medida en que pueda coexistir con la libertad de los otros, de acuerdo con una ley universal». Para Kant los derechos del hombre poseen un contenido moral que se hace visible en el lenguaje del derecho positivo, de una valoración universalista e individualista de la dignidad humana (Habermas, 2010, p. 17). De tal forma, el concepto de dignidad humana trasciende una moral basada en el respeto por la igualdad al estatus de ciudadanos que asumen el respeto al reconocerse y reconocer a los demás como sujetos y ciudadanos de derechos iguales y exigibles en la misma medida. Para el caso, este estatus puede ser establecido solamente dentro del marco de un Estado constitucional y debe ser creado por los ciudadanos a través de los medios del derecho positivo; a su vez, debe ser protegido ya que las condiciones cambian con el transcurrir del tiempo (Habermas, 2010, p. 17; Quezada, 2014, pp. 3-10).

b. Responsabilidad

Este concepto ético implica promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y mitigar el sufrimiento, además de establecer

normas y pautas morales para la realización de la práctica. La responsabilidad emana de la presencia del otro y se encuentra relacionada con la cercanía con el otro, lo cual tiene una posición central en el cuidado (véase Holmberg & Fagerberg, 2010; Vacas, 2014).

Al respecto se debe reflexionar sobre si es responsable el profesional que no acude oportunamente al llamado del sujeto de cuidado, o si quien realiza una práctica incorrecta genera una lesión y no emprende de inmediato acciones encaminadas a mitigar el daño.

c. Cooperación

La cooperación busca básicamente atención de calidad para los usuarios por medio de la participación activa con otros profesionales. Como lo menciona el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) «La enfermera mantiene una relación de cooperación con sus colaboradores y en otros ámbitos» (Fry, 1994, p. 55). Florence Nightingale, en 1907 expresó: «la cooperación es la fuerza que permite a los profesionales trabajar juntos» (Fry, 1994, p. 56). La colaboración entre un grupo de expertos en el área de la salud tiene gran potencial de llevar a una atención efectiva y de calidad al paciente. Los profesionales que pueden comunicarse y utilizar el «enfoque de la toma de decisiones en equipo» tienen más probabilidades de resolver los problemas de atención al paciente (véase Smolowitz, Speakman, et al., 2015, pp. 130-136).

Lamentablemente, lo que se observa en cuanto a la cooperación es una posición en ocasiones de rivalidad entre los miembros del mismo gremio, o con otros expertos de sumisión o temor, especialmente con los médicos, lo cual obstaculiza una adecuada toma de decisiones en lo que concierne al tratamiento integral del ser humano enfermo.

d. Solicitud

Pellegrino hace su aporte definiéndola como «una obligación o deber moral de los profesionales de la salud» (Fry, 1994, p. 58). Para llevarla a cabo, es importante mantener una relación con el otro, valorar las relaciones interpersonales y buscar el bien de la persona, aportando a la solución de sus necesidades, además de promover la dignidad humana (véase Quezada, 2014, p. 7; Vacas, 2014, p. 76). Pero, ¿cómo hablar de relación con el otro cuando no se le saluda, se desconoce su nombre, se olvidan las mínimas normas de cortesía tanto con el usuario como con sus familiares? No se tienen en cuenta los requerimientos del usuario, acorde a las limitaciones producto de su estado de salud, lo cual lo hace, en muchas ocasiones, dependiente de los cuidados que otros puedan brindarle. Tampoco se tienen en cuenta al denominar «cansón» o «difícil» al usuario o a sus familiares al solicitar atención o cuando no hay oportunidad o acompañamiento en la atención que se requiere en cuidados básicos relacionados con la higiene y presentación personal del usuario, cuidados que generan comodidad, mejoran su autoestima y lo hacen sentir importante.

2.1 CONSTRUCTOS ÉTICOS DEL CUIDAR

A fin de revisar otros aspectos haremos mención de los *constructos éticos del cuidar*, Gosia Brykczynska los define como: «las virtudes básicas e ineludibles que se requieren para cuidar a un ser humano con excelencia profesional. No son principios, ni puntos de partida, sino *hábitos personales y profesionales* que se exigen en la tarea de cuidar» (1999, p. 151).

Se califica una conducta o un acto como excelente, en el caso de la enfermería, cuando sirve para solucionar problemas, aportando a su bien intrínseco: el cuidado (véase Alberdi, Arriaga & Sabala, 2006, pp. 191-198; Quezada, 2014,

p. 4). Para definir profesionalismo Kamto dice: «Es un valor que consiste en un conjunto de normas de conducta y de práctica puestas al servicio de un objetivo, de una actividad o de una función, la realización de la cual se considera una finalidad superior» (Alberdi, Arriaga & Zabala, 2006, p. 193). Definitivamente un profesional de enfermería excelente no es aquel que concentra su función en la aplicación de medicamentos, en la realización de curaciones o en el ejecutar procedimientos (Contreras, 2013). Collière, al respecto afirma que las funciones más relevantes del profesional de enfermería generalmente son «invisibles» (citado en Alberdi, Arriaga & Zabala, 2006, p. 197). Esto tiene que ver con todo lo relativo a conocer la complejidad del ser humano con quien se está en contacto, a fin de entender su situación, escuchar sus miedos, sus angustias, las implicaciones que tiene el evento de salud por el que atraviesa en su vida y cómo lo asume (véase Feito, 2005). Considerar estos asuntos le permitirá personalizar su plan de atención y tener mucho más éxito en la relación terapéutica. Cuando se dice de estos que son cuidados invisibles, es porque son incontables o, en palabras de Diego Gracia, inapreciables, lo que no significa que carezcan de valor. A través de los gestos, las palabras, el contacto y las miradas que acompañan los cuidados de cada día es posible preservar la dignidad de la persona (Vacas, 2014, p. 7).

Cuando hay escaso tiempo, el profesional generalmente prioriza lo **más sencillo y más rápido**, que casi siempre corresponde a las actividades delegadas, dejando de lado lo fundamental de su labor: el cuidado que requiere reflexión, el que apoya y refuerza a ese ser humano en situación de vulnerabilidad (Alberdi, Arriaga & Zabala, 2006, p. 197). La situación de vulnerabilidad exige evitar el daño, ayudar al otro y conceder el papel que le corresponde a los sentimientos (Vacas, 2014, p. 76).

Consuelo Castrillón (2002), acerca del arte de cuidar, hace referencia a su importancia como acto reflexivo, deliberado y autónomo. Esto, con el fin de garantizar la calidad en los servicios de enfermería, no solo desde lo científico-técnico, sino desde la preservación de la dignidad humana. Así, se supera el asunto de la sintomatología de determinada patología, para otorgar relevancia a los sentimientos y las actitudes del usuario y sus familiares (Contreras, 2013, p. 256); la relación familia-enfermera es clave para propiciar una atención integral, evitar efectos psicológicos adversos y generar entornos terapéuticos humanizados carentes de connotación negativa (Bernal & Horta, 2014).

Según Gosia Brykczynska, se consideran constructos éticos: *la compasión, la competencia, la confidencialidad, la confianza y la consciencia*. «La integración completa de estos constructos éticos es fundamental para el óptimo desarrollo de la tarea del cuidar. Todos ellos son necesarios, pero ninguno de ellos es suficiente a título aislado. Se requieren mutuamente».¹

a. Compasión

La *compasión* es la raíz del cuidar. Se fundamenta en asumir como propio el sufrimiento de los otros y requiere de la acción del profesional para que se pueda denominar compasión dinámica, cuando no genera acción en procura de mitigar ese padecimiento, se habla de compasión estática o falsa compasión (Torralba, 2000, p. 136).

Para el caso de las experiencias vividas podría hablarse de la primacía de la compasión estática, ya que realmente son escasas las acciones que permiten evidenciar que el sufrimiento de ese

otro y de sus familiares se asume como propio y se hace todo lo necesario para contrarrestar dicho padecimiento. Cabe mencionar algunas situaciones observadas en estas experiencias: permitir que el paciente permanezca con dolor por un tiempo considerable cuando tiene ordenados analgésicos; no acompañar al usuario a deambular cuando tiene ordenado iniciar esta actividad, o no dar orientación a sus parientes para que puedan apoyarlo en la misma; no brindar las indicaciones necesarias, teniendo en cuenta que se encuentra con varios elementos que lo limitan como sondas, drenes, bombas de infusión, que le impiden ser autónomo para darle cumplimiento a esta orden; no asistir al enfermo en su alimentación, cuidados básicos de higiene o en la eliminación intestinal o urinaria en ausencia de sus allegados; pretender que los familiares que no saben prodigar cuidados de enfermería asuman responsabilidades de este tipo, desconociendo el temor o la angustia que generan estas situaciones a personas que no están relacionadas con el medio hospitalario.

b. Competencia

La *competencia* es otro de los constructos éticos del cuidar, se refiere al talento de un ser humano, a la capacidad que tiene una persona de llevar a cabo una actividad. Cuando se trata del cuidado de un individuo es fundamental la formación adquirida, tener un amplio conocimiento y estar constantemente actualizando conocimientos y formando. De acuerdo con Brykczynska (en Torralba, 2000, p. 138), el cuidar requiere de conocimiento psicológico y espiritual, asuntos mucho más difíciles de integrar a la labor profesional que incluso las habilidades y procedimientos concernientes a lo técnico.

c. Confidencialidad

Cuando se está en situación de vulnerabilidad se requiere de un confidente. Ese confidente

¹ Brykczynska (1992, p. 4) afirma: «Roach (1985) by closely examining the concept of caring has formulated a foundation for moral nursing practice based on five elements of caring behaviour; compassion, competence, confidence, conscience and commitment». Citado por Torralba, 2000.

debe ser una persona con disposición de escucha y discreción. Se entiende por discreción la capacidad de guardar para sí los asuntos que el usuario voluntariamente ha querido compartir con ese otro receptor. Este constructo está relacionado directamente con la capacidad de preservar la intimidad del paciente, su universo interior y hace alusión no solamente a lo que se escucha, sino también a lo que se observa (Torralba, 2000, p. 139).

Pero, ¿en qué medida se logra cumplir en la práctica con la confidencialidad, cuando se exhibe o se revelan aspectos que se escuchan o se observan de aquellos seres humanos en situación de vulnerabilidad? Cómo hablar de confidencialidad cuando hay comentarios que violan todo secreto y se divulgan en espacios como las estaciones de enfermería, en los pasillos de los hospitales, en el momento que se lleva a cabo la ronda médica y de enfermería, en los turnos nocturnos, al pensar que todos los usuarios duermen y se pueden entonces compartir las situaciones más íntimas de los enfermos. Sin hablar de lo que se escucha en espacios públicos, frecuentados por personal de la salud (transporte público, oficinas estatales, filas para acceder a algún servicio, entre otros).

d. Confianza

Solamente es posible cuidar a otro ser humano si se establece una relación de confianza, si se cree en ese cuidador. Es en esa relación, cuando el enfermo se pone en las manos de otro, reconociendo su autoridad profesional y moral. «El profesional debe dar pruebas y garantías de confianza, no sólo por sus palabras, por su gestualidad, sino por la eficiencia y eficacia de la acción que desarrolla» (Torralba, 2000, p. 140).

Al respecto, Giuseppe Colombero (1993) expresa que el encuentro del profesional de la salud con ese ser humano enfermo no se da

generalmente en términos de confianza, debido al desconocimiento de parte y parte. El paciente asume una posición de defensa en todo lo que concierne a ofertas o requerimientos por parte del personal de la salud. A menudo se incomoda con ciertos encuentros o ante un servicio que él no ha solicitado o no necesita; aquí surge el pudor y el miedo a hablar, pero también el temor a no hablar. Las percepciones juegan en este encuentro un papel muy importante: se percibe si el personal solo está de cuerpo presente, pero a la vez ausente; si está dispuesto, disponible, o tiene prisa; si desea escuchar o finge al respecto; si habla a él o con él; si es seguro al actuar; si lo clasifica, lo juzga o lo comprende. Todo lo anterior le permite definir al paciente si este profesional lo acepta en la condición en que se encuentra y realmente está allí para brindarle su apoyo, favoreciendo según su condición esa independencia.

e. Conciencia

Es el último constructo ético del cuidar. Como virtud hace referencia a la reflexión, prudencia y conocimientos que debe tener el profesional. En el ejercicio de la enfermería, es relevante estar atento a lo que se hace y tener presente que el otro quien se cuida es un ser humano y que, como tal, tiene una dignidad intrínseca (Torralba, 2000, 141). «Tener conciencia de lo que es moralmente valioso facilita el cumplimiento del deber, por lo tanto, a medida que los valores morales y principios éticos son incorporados en nuestra cotidianidad podemos tener una práctica reflexiva y orientada hacia el bien» (Molina, 2002, p. 128). Las enfermeras altamente competentes y éticas cumplen sus funciones correctamente, son defensoras proactivas para los pacientes, están bien preparadas, aceptan a los demás como personas reales y llevan a cabo sus tareas profesionales con excelencia (Salminen, Riikka, Numminen & Leino, 2013). El profesional de enfermería,

por lo tanto, debe luchar día a día en procura de constituirse en un ser íntegro, lo cual debe reflejarse en la congruencia entre lo que dice, hace y piensa.

2.2 PATRONES DE CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA

Al hablar de competencia, y por ende del conocimiento que sustenta la práctica en enfermería, es necesario mencionar los patrones de conocimiento en enfermería que Bárbara Carper identificó a partir de un análisis de la estructura conceptual y sintáctica del conocimiento de enfermería: patrón de conocimiento personal, patrón empírico o ciencia de enfermería, patrón ético y moral de enfermería, patrón estético o arte de enfermería» (Durán de Villalobos, 2005, p. 88). Entre estos patrones existen estrechas relaciones, no se expresan por separado, pues de lo contrario no podría hablarse de un cuidado holístico en enfermería que corresponde a la complejidad del ser humano (Durán de Villalobos, 2005, p. 88).

a. Patrón de conocimiento empírico

El término «ciencia de enfermería» y su conocimiento empírico se establecieron a partir de 1950; este patrón tiene gran relación con la experiencia y el método científico. La observación y la utilización del método inductivo y deductivo hacen parte no solo del quehacer profesional, sino que están presentes en las investigaciones, en la construcción y práctica de las teorías que constituyen el cuerpo propio de conocimiento de esta disciplina, lo cual hace parte de un conocimiento más sistemático y organizado (Durán de Villalobos, 2004).

b. Patrón de conocimiento personal

Es indispensable para el desarrollo de los demás patrones, pues es vital que el profesional se conozca a sí mismo, y en este conocimiento de su

ser, reconozca al otro en la diferencia. La relación terapéutica que se establece debe ser cálida y respetuosa, teniendo siempre en cuenta la individualidad de ese ser humano con el que entra en contacto (Durán de Villalobos, 2004, p. 39; Rodríguez, Cárdenas, Pacheco & Ramírez, 2014).

Existe evidencia como lo anota Mishel citada por Carper de que la calidad de los contactos interpersonales influye en las personas enfermas o con problemas de salud a la hora de afrontar su situación y lograr mayor bienestar. Eso hace pensar que el uso terapéutico de sí mismo implica una relación en la cual se requiere conocerse y conocer al paciente porque el ser se crea en relación con otros (citado en Durán de Villalobos, 2004, p. 88).

c. Patrón estético

Hace referencia al *arte de la enfermería*; este arte abarca una profunda sabiduría antropológica, ética y estética (Contreras, 2013, p. 256). Hace posible innovar y trascender a la hora de actuar en el quehacer profesional. Lo estético se ve reflejado en las acciones, el cuidado, las actitudes y las relaciones que desarrolla el profesional de enfermería respondiendo a las necesidades de sus usuarios. Para Dorothea Orem, el arte de la enfermería se «expresa individualmente por cada enfermera a través de su creatividad y estilo al diseñar y proveer el cuidado que es efectivo y satisfactorio» (citado en Durán de Villalobos, 2004, p. 30). «Generalmente se entiende como arte en enfermería el que se refiere a las categorías de trabajos manuales o a las habilidades técnicas de la práctica de enfermería. Nada más erróneo» (Durán de Villalobos, 2004, p. 92).

d. Patrón ético

En este se conjugan los demás patrones. Su base es el «deber hacer», buscar siempre que las cosas resulten de la mejor manera, implementando los conocimientos previos y el sentido humano

que se deben tener en la profesión. Si bien existen los dilemas éticos, si el profesional de enfermería es idóneo en sus conocimientos, sensible, y reconoce que su oficio es precisamente un compromiso con el bienestar del otro, entonces tomará decisiones apropiadas para el bienestar del usuario (Durán de Villalobos, 2004, p. 32).

La ética se refiere a aspectos epistemológicos, lo moral se refiere a lo ontológico. La ética es una disciplina, una rama del conocimiento que trata sobre lo correcto-incorrecto, el bien-el mal y por ello existen teorías éticas, principios, reglas, códigos, leyes, listas de obligaciones o deberes y descripciones de comportamientos éticos. En contraste, lo moral se refiere al comportamiento basado y expresado de acuerdo con nuestros valores. Si la ética es trabajo cerebral, lo moral es trabajo del corazón. La moralidad se refleja en nuestra vida diaria y expresa nuestras apreciaciones valorativas, lo cual está profundamente fundamentado en la cultura y el carácter (Durán de Villalobos, 2004, p. 92).

Teniendo en cuenta que para sobrepasar la brecha teoría-práctica y llegar realmente a brindar un cuidado integral es necesaria una relación estrecha entre los patrones del conocimiento, cabe la pregunta por el rol de liderazgo que ejerce buena parte de los profesionales de enfermería en los servicios, cuando lo que se observa es que muchos de ellos centran su función principal en la administración de medicamentos y realización de curaciones, actividades que consumen muy buena parte de su tiempo. Alrededor del ejercicio de ese liderazgo surgen cuestionamientos como: ¿por qué se presentan tantas dificultades en la atención que presta el personal auxiliar de enfermería, personal bajo la dirección del profesional de enfermería?, ¿se observa y se acompaña el trabajo de los auxiliares de enfermería, a fin de mejorar la calidad del cuidado?, ¿qué procesos de mejoramiento

se siguen con este personal?, ¿se programan y realizan cursos de educación continua, a fin de actualizar y mejorar el desempeño de este grupo de personas a cargo del profesional de enfermería?, ¿se programan y realizan reuniones administrativas, donde se incluya la evaluación de la atención que presta este personal?, ¿qué medidas preventivas y correctivas se toman cuando los usuarios presentan quejas con relación a la atención de enfermería?, ¿se da respuesta a las sugerencias, quejas, o felicitaciones de los usuarios?, ¿cuál es la verdadera relación que se establece entre el profesional de enfermería, los usuarios y sus familias?

Figura 1. Y hablando de patrones de conocimiento en enfermería...



Fuente: Autoras

Figura 2. Reflejo de una mala práctica en enfermería.



Fuente: Autoras

Así mismo, surgen situaciones vivenciadas que tienen una relación directa con la aplicación de estos patrones de conocimiento:

- Presionar a un enfermo y a su familiar para que se desplacen al baño para darle la ducha diaria sin tener en cuenta la condición física del usuario, la seguridad del mismo y la de su allegado; el desconocimiento de este para ejecutar correctamente la actividad (teniendo en cuenta las limitaciones del enfermo) y todo lo relacionado con el pudor y la intimidad del usuario frente a su acompañante en condición de desnudez.
- Dirigirse al usuario no por su nombre sino en términos de: «viejito, reinita, gordita, bizcocho», entre otros.
- Referirse al enfermo como «perezoso» o decir que «no sabe respirar» porque tiene dificultades con su saturación de oxígeno.
- Registrar en la historia clínica cifras relacionadas con el peso y la realización de curaciones, teniendo en cuenta que el familiar del enfermo lo acompañaba las 24 horas del día y nunca se practicaron dichas actividades. (Se tuvo acceso a copia de la historia clínica después de fallecido el usuario).
- Suministrar antibióticos en horas de la noche y cuando el familiar informa que el equipo debe presentar problemas, porque parte de los líquidos salen al exterior y prueba de ello es el piso húmedo, haciendo caso omiso a esta advertencia.
- Llamar la atención a los familiares porque no asumen ciertas responsabilidades con el usuario, sin recibir la educación correspondiente.

Prodigar cuidado requiere espacio, tiempo, compromiso, técnica, conocimiento teórico y práctica (véase Quezada, 2014, p. 4; Contreras, 2013, p. 251), enmarcados en un contexto institucional, donde las condiciones estructurales para la práctica del cuidado sean favorables. Visto así, el deber moral de los profesionales de la enfermería no solo depende del excelente ejercicio profesional, sino de la reivindicación de unas condiciones institucionales adecuadas para el ejercicio del cuidar, aspectos esenciales a abordar desde la dimensión social y política de la profesión. En ciertos contextos, la presión externa, los intereses instrumentales y utilitarios, la masificación de las instituciones de salud, la burocratización de los sistemas de salud, la concentración del poder y los intereses económicos, entre otros, dificultan mucho el ejercicio del cuidado (véase Torralba, 1998).

Se hace imprescindible reconstruir la imagen social de la enfermería, articular la historia, la misión y la esencia de la misma: el cuidado. Esto permitirá fortalecer la identidad profesional. Según la VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería, llevada a cabo en Medellín, Colombia, en el año 2003, este panorama permite reflexionar acerca de la debilidad que han presentado los currículos y planes de estudio en cuanto a la formación sobre desarrollo humano, lo cual se ha visto reflejado en el escaso avance que se ha tenido en la esfera política, en los niveles de autoestima y el liderazgo por parte de los profesionales de enfermería. Estos aspectos son causa de la baja capacidad de los profesionales para trabajar en equipo, ayudándose a sí mismos y a los demás, en procura de mejorar sus condiciones profesionales, laborales y de vida, necesidades fundamentales en el tema del desarrollo humano y en la urgencia de otorgar el lugar que merece la enfermería en el contexto social y de otras profesiones (Romero, 2012, p. 118).

La enfermería se constituye en una práctica moral, ya que implica una actitud ética (cuidado excelente), cimentada en unas virtudes morales, entre ellas la solidaridad. Esta práctica exige gran compromiso y responsabilidad. De tal manera la formación y el ejercicio de la profesión deben estar basados en la observación de los condicionantes que permitan que se hable de una práctica moral buena. No basta con ser un buen profesional de enfermería, es indispensable también ser un profesional de enfermería bueno (Feito, 2005; Bentzen, Harsvick & Brinchmann, 2013).

3. CONCLUSIONES

Las instituciones de salud generalmente se convierten en espacios hostiles para el usuario y familiares, estas personas se encuentran asustadas, temerosas, deben adaptarse a un medio totalmente nuevo para ellos y a situaciones que los afectan. Este panorama requiere de procesos comunicacionales de carácter bidireccional (profesionales de la salud-usuarios-familiares) que permitan disminuir el estrés que afecta su salud física y mental.

El cuidado de enfermería es un proceso que va mucho más allá de la enfermedad, en este sentido las relaciones interpersonales y la comunicación entre perceptores son fundamentales.

Actualmente, la práctica de enfermería en muchos casos concentra el cuidado en un hacer mecánico, procurando aportar a la solución de una dificultad física, reflejada en un signo o un síntoma. Se deja de lado al ser humano que debe ser abordado desde su complejidad, razón por la cual no se podría hablar de un cuidado excelente.

Teniendo en cuenta la afirmación anterior, es necesario generar reflexión en los espacios de

formación superior, a fin de buscar las posibles causas que llevan a la práctica de este «estilo de cuidado» e implementar cambios curriculares significativos, en los que se tenga en cuenta la ética como eje transversal en dicha formación.

Cumplir con todo lo anterior parece imposible, pero si se quiere hacer del cuidado una práctica excelente es necesario reflexionar permanentemente al respecto, evaluar y autoevaluar la formación de los profesionales de enfermería y su ejercicio profesional. Es importante apuntar a la excelencia profesional y personal, asuntos indispensables en un medio laboral cada vez más competitivo, pero algo más importante, esa excelencia, permitirá que el profesional aporte verdaderamente al cambio, a hacer de la atención en salud y específicamente del cuidado una práctica mucho más sensible, humanizada. Así, se reivindicarán los derechos de los usuarios y sus derechos como profesional, dignificando a ese ser humano en situación de vulnerabilidad y por ende dignificando la profesión.

Para nadie es agradable estar enfermo, sentirse vulnerable, dependiente de otros, fuera de su hogar, de su entorno, alejado de sus seres queridos. Si a esa situación se añade una institución poco amigable, donde las personas con las que se tiene mayor contacto, es decir, el personal de enfermería, no muestran una cara amable, su mejor sonrisa, una mano amiga, una voz de aliento y comprensión, el panorama para ese ser humano y su familias se torna cada vez más desalentador y por supuesto su recuperación tanto física como emocional va a ser mucho más lenta y traumática, lo cual repercute en sobrecostos económicos y sociales.

«Si no asumimos el desafío, nadie será inocente. Todos seremos cómplices de generar sociedades enfermas» Manfred Max Neef, citado por María Nubia Romero Ballén (2012, p. 122).

Bibliografía

1. Alberdi, R. M.; Arriaga, E. & Zabala, J. (2006). La ética del cuidado. Una propuesta con futuro para las enfermeras y las empresas sanitarias. *Revista Rol de enfermería*, 29(3), 191-198.
2. Bentzen, G.; Harsvick, A. & Brinchmann, B. (2013) Values That Vanish into Thin Air”: Nurses’ Experience of Ethical Values in Their Daily Work. *Nursing Research and practice*, DOI 939153. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/939153>
3. Bernal, D. & Horta, S. (2014). Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Revista enfermería universitaria*, 11(4), 154- 163.
4. Colombero, G. (1993). *Estar enfermo es esperar a alguien. La enfermedad tiempo para la valentía*. Bogotá. San Pablo.
5. Contreras, S. (2013). El acto de enfermería, entre prudencia y arte. Algunas reflexiones sobre la ética del cuidado. *Enfermería Global*, 32, 250-259.
6. Duran De Villalobos, M.M. (2004). *Enfermería: Desarrollo teórico e investigativo*. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.
7. Duran De Villalobos, M.M. (2005). La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichán* 5(1), 86-95. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v5n1/v5n1a09.pdf>
8. Feito, L. (2005). Los cuidados en la ética del siglo XXI. *Revista Enfermería Clínica*, 15(3), 167-174.
9. Feito, L. (2005a). La ética del cuidado como modelo de la ética enfermera. *Revista Metas de Enfermería*, 8(8), 14-18.
10. Fry, S. (1994). *Ética en la práctica de la enfermería, guía para la toma de decisiones éticas*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras.
11. Habermas, J. (2010). El concepto de dignidad humana y la utopía realista de los derechos humanos. *Diánoia*, LV(64), 3-25.
12. Holmberg, M. & Fagerberg, I. (2010). The encounter with the unknown: Nurses lived experiences of their responsibility for the care of the patient in the Swedish ambulance service. *Int J Qualitative Stud Health Well- being*, 5, 5098- DOI 10.3402/qhw.v5i2.5098. 2010.
13. Martin, M. (1999). Constructos éticos del cuidar. *Revista labor hospitalaria*, XXXI (253), 151.
14. Molina, M. E. (2002). La ética en el arte de cuidar. *Investigación y Educación en Enfermería*, XX (2), 118-130.
15. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU): Declaración Universal de los Derechos Humanos. 10 diciembre de 1948. Recuperado de: http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml
16. Quezada, M.P. (2014). Manejo de herramientas de gestión y percepción del cuidado de Enfermería en hospitales de Chachapoyas, Perú. *Enfermería Universitaria*, 11(1), 3-10.
17. Rodríguez, S.; Cardenas, M.; Pacheco, A. & Ramirez M. (2014). Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 11(4), 145- 153.
18. Romero, M. N. (2007). El cuidado de enfermería en la adversidad: compromisos de resistencia desde la docencia. *Avances en enfermería* XXV(2), 112-123.
19. Salminen, L.; Riikka, M.; Numminen, O. & Leino, H. (2013). Nurse educators and professional ethics—Ethical principles and their implementation from nurse educators’ perspectives. *Nurse Education Today* 33, 133–137.
20. Smolowitz, J.; Speakman, E.; Wojnar, D.; Whelan, E-M.; Ulrich, S. & Hayes, C. (2015). Role of the registered nurse in primary health care: Meeting health care needs in the 21st century. *Nursing Outlook* 63, 130- 136.
21. Torralba, F. (1998). La enfermería en los albores del siglo XXI: Retos y desafíos (pp: 15-25). *Antropología del cuidar*. Barcelona: Instituto Borja de Bioética.
22. Torralba, F. (2000). Constructos éticos del cuidar. *Revista enfermería intensiva*, 11(3),136- 141.
23. Travelbee, J. (1966). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis Company.
24. Vacas, M. (2014). Aportando valor al cuidado en la etapa final de la cronicidad. *Enfermería Clínica*, 24(1), 74-78.