

Artículo Original

La enfermera ante el reto del hombre enfermo

Andrea López Rodríguez

Graduada de Enfermería; UCI Hospital Universitario Ramón y Cajal; andre_010597@hotmail.com;
<https://orcid.org/0000-0002-4351-1084>

DOI: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2020.5.1.202>

Recibido: 12/05/2020; Aceptado: 18/05/2020; Publicado: 30/05/2020

Resumen: En el momento menos pensado la enfermedad se apodera de la vida de las personas arrebatándoles su estabilidad física, conductual, cognitiva, social y emocional. Ante esta situación será necesaria la intervención de la profesional de los cuidados, la enfermera, quien se encargará de llevar a cabo las acciones que persigan el reequilibrio de dichas esferas. El objetivo de este ensayo no es otro que analizar la importancia de prestar unos cuidados humanizados a la sociedad, así como los aspectos que influyen en la consecución de ellos.

Palabras Clave: Humanización, Cuidado, Profesión enfermera, Relación enfermera-paciente, Familia.

Abstract: At the least expected moment, the disease takes over people's lives, robbing them of their physical, behavioral, cognitive, social and emotional stability. In this situation, the intervention of the care professional, the nurse, who will be in charge of carrying out the actions that seek to rebalance these spheres, will be necessary. The objective of this essay is none other than to analyze the importance of providing humanized care to society, as well as the aspects that influence its achievement.

Key words: Humanization, Care, Nurse profession, Nurse-patient relationship, Family.

1. Humanización del cuidado enfermera-paciente

Espinoza (2015) considera que el contacto humano es la raíz que sostiene a la enfermería por lo que, si no se llevan a cabo unos cuidados humanizados, se produce un fracaso en el ejercicio de la profesión. El comportamiento y las conductas de los individuos se ven guiados por los valores humanos, tanto personales como profesionales, los cuales son el eslabón principal del cuidado y permiten que la atención que se brinda sea ética y, sobre todo, humanizada. Según la *American Association Colleges of Nursing (AACN)*, en la profesión enfermera deben estar presentes, el altruismo, la igualdad, la estética, la libertad, el respeto a la dignidad humana, la justicia, la verdad, la prudencia, la tolerancia, la responsabilidad profesional y personal, el cuidado y la salud. Estos, forman parte de todos los seres humanos, independientemente de la profesión a la que se dediquen, pero, paradójicamente, son los valores en sí mismos los que conducen al acercamiento hacia esta maravillosa profesión (Bernal et al. 2019).

Heidegger (2000), en su Carta sobre el Humanismo, expone la tendencia a relacionar el actuar con la producción de un efecto, valorando su utilidad. Sin embargo, la verdadera esencia de estos cuidados residirá en el durante, en el llevar a cabo, en priorizar el bienestar y dignidad de cada individuo, en hacer sentir al paciente como una persona, en los cuidados humanizados. Entre las diferentes perspectivas sobre el cuidado que recopila Poblete (2007), cabe destacar la desarrollada por la teórica Leininger, en la que establece una discordancia entre curación y cuidados, señalando que, "los procesos de curar y cuidar presentan diferencias en su esencia y en sus características principales; no puede existir curación sin cuidados, pero pueden existir cuidados sin curación". Por

su parte, Watson va más allá, pues considera que el cuidado es estar con la otra persona, compartiendo sus emociones y sentimientos, y no un procedimiento, una acción o una técnica; es un proceso interconectado entre la enfermera y el paciente. Siguiendo esta línea, Salomé (2009) considera que la profesión enfermera es esencialmente humana, puesto que el cuidado y el ser humano van de la mano desde que comienza hasta que termina su vida. Por ello, lo que realmente debe cobrar importancia es proporcionar este tipo de cuidados, independientemente de la situación y el pronóstico de la persona. Lopera (2016), refuerza este último pensamiento considerando que, incluso un diagnóstico médico de enfermedad en fase terminal no debe suponer un obstáculo para cuidar tanto al paciente como a sus familiares, asegurando su bienestar y comodidad.

El cuidar está compuesto por dos ejes fundamentales que actúan sinérgicamente: la técnica y la actitud. Para llevar a cabo el primero es necesario, ante todo, el conocimiento; en cambio, para el segundo, además de los conocimientos se precisa la dedicación, el compromiso, el tiempo y el espacio, teniendo como bandera la dignidad de la otra persona (Rubiano et al. 2013).

Históricamente, se ha tendido a cosificar y fragmentar al paciente, poniendo el foco en su estructura afectada, en su patología, llevando a cabo procedimientos de forma rutinaria y olvidando que es un ser que posee pensamientos, sentimientos y valores. Desgraciadamente, las instituciones hospitalarias, a pesar de referir frecuentemente la importancia de la humanización, no actúan de acuerdo a ella puesto que no facilitan ni espacios, ni tiempo, ni mayor número de profesionales para poder llevar a cabo cuidados holísticos. Fernández (2013) recoge en su artículo la visión de Hendrickson, quien considera que la Enfermera lleva a cabo 12 actividades diferentes a lo largo de su jornada de trabajo: con el paciente, historia clínica, preparación de terapias, cambio de turno, interacción profesional, diversas actividades clínicas, revisión de las órdenes médicas, actividades del servicio, trabajo administrativo, comunicaciones telefónicas, suministros, varias no clínicas. Si bien es cierto que todas ellas contribuyen al cuidado del paciente, este valorará por encima de todo la primera de ellas, el contacto directo, el tiempo que se pase con él, algo que suele ocuparle únicamente un tercio de su tiempo laboral.

Pese a todo, este dato no puede ser entendido como algo aislado, al existir múltiples variables que lo pueden condicionar, como el número de pacientes a atender, el área de hospitalización o el turno de trabajo, entre otros. Si bien el primer punto parece claro, respecto al área de trabajo, Moreno (2006), analiza el mismo obteniendo cifras tan dispares como las 12 horas de dedicación en el área de cuidados intensivos frente a los 90 minutos del área de cuidados mínimos. En relación al turno de trabajo, el "Proyecto NIPE" establece una medida de tiempo medio por turno, día y paciente, de las actividades indirectas. Atendiendo a estos datos, podemos observar como en el grupo de actividad de "comunicación", en el turno de mañana, cada enfermera invierte una media de 12 minutos por paciente para disminuir, en el turno de noche, a 2,5 minutos (Fernández A, 2013).

Cuando se pregunta a los enfermos qué valoran en el cuidado, ellos enfatizan el buen trato, las palabras de ánimo, los gestos de complicidad y empatía, entre otros, por lo que deberíamos prestar más atención a estas palabras y replantearnos nuestra práctica profesional. Algo tan simple como una sonrisa o una mirada de comprensión pueden reconfortar mucho a la otra persona y tan solo ocupa un segundo de nuestro tiempo.

Una buena relación enfermera-paciente será la base de todo un complejo proceso que parte desde el encuentro de dos desconocidos. La confianza mutua será el gran factor a tener en cuenta para combatir la incertidumbre y el sufrimiento físico y moral que capitalizarán el mismo. Para poder lograrlo y ser de utilidad, el profesional debe aplicar esfuerzo, tiempo, habilidades y sus mejores valores, solo así conseguirá que le ayuden a ir más allá, a no quedarse en la superficie. Además, deberá tener en cuenta a la red de apoyo del paciente, ya que la patología afecta tanto a este como a las personas de entorno. El cuidador deberá organizar su vida en función de su familiar enfermo, lo que le generará estrés, limitaciones de tiempo libre, restricciones sociales, sentimientos de soledad e incompreensión. Gestos tan simples como reconocer la labor que llevan a cabo y elogiarles, produce que aumente su autoestima y que disminuya la carga emocional, al sentirse satisfechos y con mayor estabilidad psicológica (Vega OM, 2011). Esto último hace alusión a unos cuidados humanizados y es que, como considera González (2009), un buen recurso para llevar a cabo la humanización es

potenciar el cuidado familiar, el cual aporta seguridad al paciente y genera vida. Las familias sufren y, en ocasiones, acaban siendo las grandes olvidadas, a pesar de ser un eslabón fundamental en el proceso salud-enfermedad, por lo que se les debe dar la importancia que tienen. No obstante, en ocasiones es la propia familia la que puede llegar a ejercer tal paternalismo que bloquea el acercamiento entre enfermera y el paciente, puesto que no quieren que se informe a la persona sobre su situación, produciéndose una conspiración de silencio que hará recaer sobre ellos la carga.

Ante esta situación, existe una confrontación entre el principio bioético de beneficencia y el de autonomía. El primero se fundamenta en evitar el sufrimiento y el dolor que provoca la información; en cambio, el segundo se basa en que el paciente debe tener el control sobre su vida, por lo que se le debe informar para que pueda decidir sobre ella. De Vargas (2010) expone que la verdad debe ser contada, pero hay que tener también en cuenta si la persona quiere escucharla. Bermejo (2013) refiere que alrededor del 50% de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Paliativos utilizan un mecanismo de negación, evitando hablar del tema o refiriendo que no quieren saber sobre su diagnóstico o pronóstico. Séneca dijo que “necesitamos la vida entera para aprender a vivir y también, cosa sorprendente, para aprender a morir”.

La excelencia de cuidados es posible, pero para ello, las personas que los prestan deben disponer de unas condiciones adecuadas, tanto físicas como psicológicas. Las enfermeras se enfrentan a diario a explicaciones, aflicción, celos, temores y sufrimiento, tanto de la persona como de sus familiares (Labres et al. 2016).

Las profesionales de los cuidados también sufren, puesto que son humanas y sienten. Cada día han de enfrentarse a situaciones de enfermedad y muerte, sin contar apenas con apoyo emocional en su ámbito de trabajo, lo que acaba afectando tanto a su esfera personal como profesional, pudiendo ello afectar a una asistencia de calidad y a un cuidado humanizado. Guedes et al. (2011), realizaron un estudio en el que se evidencia el sentimiento de frustración de las enfermeras ante la muerte, al orientar sus cuidados a mantener la vida, y sentir que han perdido el control de la situación cuando no lo consiguen. Que las enfermeras se sientan motivadas y satisfechas en su trabajo es fundamental para crear un entorno que fomente el cuidado ya que, de este modo, llevarán a cabo acciones centradas en promover la salud, la comunicación y el confort de la persona a la que presta sus cuidados, así como de su familia (Sosa, 2010). Vargas (2007) expone, que “los profesionales sanitarios también deben ser vistos como seres humanos”, algo que, en ocasiones, la sociedad lo olvida.

Es necesario que las enfermeras tengan un apoyo, una persona o grupo de referencia, al que puedan acudir para desahogarse, liberar emociones y sepa guiarlas y ayudarlas en el afrontamiento de ciertas situaciones. Se habla de que, con el tiempo, acaban creando un mecanismo de defensa, alejándose y procurando evitar un vínculo con el paciente y su familia, mostrándose frías e indiferentes para no sufrir. La armadura que puedan llegar a crearse ante la sociedad no es óbice para el mantenimiento de la empatía y tristeza que sienten ante ciertas situaciones. En caso contrario, se perderá como profesional, al perder su humanidad, la brújula que nos guía como personas.

5. Conclusiones

Las enfermeras somos las profesionales del cuidado y, por tanto, tenemos que tener en cuenta lo que ello significa, así como los factores que lo conforman. Hay diferentes modos de cuidar, pero para lograr la excelencia de la profesión, es necesario hacerlo de un modo humanizado. Como expresó Rousseau, el hombre es bueno por naturaleza y en nuestra mano está el demostrar que esas palabras son ley. Cuidemos con el corazón.

Referencias Bibliográficas

1. Bermejo JC, Villacieros M, Carabias R, Sánchez E, Díaz B. Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas. *Medicina Paliativa* [Internet]. 2013 [citado 12 de marzo de 2020]; 20(2), p. 49-59. doi: 10.1016/j.medipa.2012.07.002
2. Bernal EM, Martín L, Acosta MP, Mazacón B. Florence Nightingale y la formación de valores en la Enfermería. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores* [Internet]. Artículo 92. 2019 [citado 12 de marzo de 2020]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2JcqDPI>
3. De Vargas D. Morte e morrer: sentimentos e condutas de estudantes de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet] 2010 [citado 10 de marzo de 2020];23(3):404-410. doi: 10.1590/S0103-21002010000300015
4. Espinoza M, Sanhueza O. Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet] 2012 [citado 8 de marzo de 2020];25(4):607-613. doi: 10.1590/S0103-21002012000400020
5. Fernández A. Estimación de necesidad de personal de enfermería de una unidad; cálculos prácticos. *Escuela Nacional de Sanidad* [Internet]. 2013 [citado 16 de marzo de 2020];10.6:14-19. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2UhnMuT>
6. Guedes FJ, Chaves L, dos Santos PV, Silva BM, Ferreira C. Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2012 [citado 10 de marzo de 2020];64(6):1122-1126. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3ahJLr8>
7. Heidegger M. Carta sobre el humanismo. *Facultad de Filosofía de San Dámaso* [Internet]. 2000 [citado 22 de abril de 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3bi7nMe>
8. Labres TL, Banazeski AC, Eisele A, de Souza EA, de Oliveira JV, Silva de S. La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una revisión integradora. *Enfermería Global* [Internet]. 2016 [citado 24 de abril de 2019];15(15):322-360. doi: 10.6018/eglobal.15.1.214601
9. Lopera, MA. Cuidado humanizado de enfermería al final de la vida: el proceso humanizado de muerte. *Revista Colombiana de Enfermería* [Internet]. 2016 [citado 9 de marzo de 2020];13:16-25. doi: 10.18270/.v13i11.1898
10. Moreno Ruiz JA. Programa Funcional de Enfermería. SEDISA (Monografía 6), 2006.
11. Pobleto M, Valenzuela S. Cuidado humanizado un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2007 [citado 20 de abril de 2019];20(4):499-503. doi: 10.1590/S0103-21002007000400019
12. Salomé G, Cavali A, Cunha VH. Sala de emergência: O cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2009 [citado 9 de marzo de 2020];62(5):681-686. doi: 10.1590/S0034-71672009000500005
13. Sosa O, Cheverría S, Rodríguez ME. (2010). Calidad de vida profesional del personal de enfermería. *Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* [Internet]. 2010 [citado 28 de abril de 2019];18(3):153-158. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2wonIAp>
14. Vargas R. Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo: Enfermería, pieza clave en la atención. *Revista Ciencia y Cuidado* [Internet]. 2007 [citado 14 de marzo de 2020];4(1):21-27. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2UBIKTV>
15. Vega, OM. Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Aquichan* [Internet]. 2011 [citado 11 de marzo de 2020];11(3):274-286. doi: 10.5294/aqui.2011.11.3.3

