

Cuidar y ser cuidado: una experiencia individual

María Eugenia Molina Restrepo ^a

Acompañar a un ser humano es tratar de configurar su estructura personal en sus distintos niveles: desde el biosomático hasta el espiritual—simbólico. Precisamente por ello, es necesario conocer hasta la raíz la biología de la persona vulnerable, pero también, con tanta o mayor profundidad, su biografía, porque nuestra identidad, esto es, lo que somos en último término, no se puede comprender al margen de lo que fuimos y esto es precisamente nuestra biología, la sedimentación de nuestro itinerario existencial.

Una docente en el curso de aspectos Ético-legales, solicita a los estudiantes el favor de recordar -y transcribir-, una experiencia en la que hubieran participado como cuidadores dentro de su formación profesional, la cual les llegara a la mente cada vez que pensarán en la práctica del cuidado.



Nuns Treating Patients in a Hospital.

Livre de la Vie active des religieuses de L'Hotel-Dieu - November 19

Una de las estudiantes describió la siguiente experiencia:

A una unidad de hospitalización ingresa un paciente de 70 años de edad con diagnósticos de carcinoma, para el cual fue necesario aplicarle quimioterapia en forma intensiva. Al cabo de 10 días el paciente presentó una depresión de la médula ósea y fue necesario someterlo a un aislamiento protector para evitar causarle infecciones sobreagregadas, restringiéndole las visitas y evitando el más mínimo contacto con personas diferentes al equipo de salud.

Debido a la situación descrita, el paciente entró en una depresión severa, ya que nunca se había separado de su esposa, sus hijos y sus nietos.

Su condición clínica empeoró y no volvió a hablar ni a tener ningún tipo de contacto con el personal de salud. La enfermera habló con la esposa del paciente, y ella le explicó la necesidad de que el señor estuviera en contacto con su familia y lo apegado que era a todos ellos.

Se discutió la situación en el equipo de salud y se le permitió a la familia ingresar a la habitación, teniendo las técnicas de asepsia adecuadas, utilizando una bata especial, mascarilla y guantes, para que estuviera con el paciente el tiempo necesario.

Gracias a esto, el señor mejoró su estado de ánimo, no presentó ninguna infección y se recuperó muchísimo.

a. Estudiante de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia

En dicha experiencia podemos observar dos momentos.

En el primero, el equipo de salud preocupado por las condiciones físicas del paciente determina “someterlo a un aislamiento protector para evitar causarle infecciones sobreagregadas, restringiéndole las visitas y evitando el más mínimo contacto con personas diferentes al equipo de salud”. Cuando esta determinación se llevó a la práctica, el personal de salud quiso conservar el principio de beneficencia—no maleficencia que nos lleva a evitar el mal y a propiciar el bien, mediante la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Sin embargo, esta medida no dio el resultado esperado con el paciente, porque no se le tuvo en cuenta como un ser total, en el cual es necesario evaluar no solo el aspecto biológico, sino también los componentes psicológico, social y familiar, con el fin de determinar las estrategias de tratamiento y cuidado tendientes a su bienestar.

En este caso el personal de salud tomó la determinación sin tener en cuenta que cada ser humano es único e irrepetible, así como las familias y colectivos, y que cada uno tiene una forma propia de ver y de vivir la vida, según su historia personal y social. Para cuidar desde el principio de respeto a la individualidad, es necesario identificar las necesidades y los valores de los sujetos de cuidado —paciente y familia— ya que ellos determinan en una gran medida la aceptación de las estrategias de tratamiento y cuidado.

Para el paciente, estar con la familia—según lo expresó su esposa a la enfermera— era muy importante debido a que era muy apegado a todos ellos, tanto, que la separación lo llevó a una depresión severa, que muy seguramente tendería a empeorar la inmunosupresión y a hacerlo más susceptible a las infecciones sobreagregadas.

El grupo familiar ayuda al enfermo a sobrellevar las limitaciones y disminuye su angustia, porque lo hace sentirse respaldado con los apoyos que le brinda, y le permite satisfacer una de las necesidades más importantes de todo ser humano: amar y sentirse amado.⁽¹⁾

Dicha situación se presentó además, porque no se consultó al paciente ni a su familia acerca de la determinación de someterlo a un aislamiento protector, sino que se procedió a implementarlo sin darles la información suficiente acerca del estado de salud del paciente y de la necesidad de tomar medidas para protegerlo de las infecciones sobreagregadas. Con esta acción se desconoció el derecho que tiene todo paciente a la autonomía, es decir a la autodeterminación, con un conocimiento claro de los hechos acerca de su vida y de su salud.

El respeto a la autonomía se convierte en un imperativo ético bastante exigente cuando estamos ante una persona enferma en un medio extraño —el hospital— y con personas desconocidas —el equipo de salud—. Estas condiciones de vulnerabilidad, fragilidad y dependencia, amenazan seriamente la autodeterminación del enfermo.⁽²⁾ La toma de decisiones sobre el paciente sin su colaboración conduce con frecuencia a decisiones erradas, a formas de tratamiento y de cuidado que reflejan las preferencias del equipo de salud, pero que quizá no sean las mejores para los intereses del paciente y de su familia.

Este paciente era un sujeto moral, conciente, al cual no se le permitió ejercer la libertad, es decir, del cual no se obtuvo el Consentimiento informado, sino a quien se le impuso una medida en aras de lo que el equipo de salud consideró un bien para él.

Cuando se procede así, el equipo se enmarca en el modelo del Paternalismo fuerte, en el cual prima el principio de beneficencia-no maleficencia desde la óptica de salud.

Cuando la condición clínica del paciente empeoró y entró en una depresión severa, la enfermera habló con su esposa, y es entonces cuando entramos en el segundo momento de la experiencia de cuidado. Cuando la enfermera escuchó a la señora y empezó a tener una visión total del paciente y su familia, puso en práctica la compasión y la solidaridad.

La enfermera discutió la situación con el equipo de salud, el cual tomó en cuenta las necesidades del paciente y de la familia, y para conservar el principio de respeto a la individualidad, diseñó y propuso la segunda fase del aislamiento protector con la utilización de medidas de bioseguridad por parte de la familia —bata especial, mascarilla y guantes— para que pudiera acompañar al paciente y permanecer con él el tiempo que considerara necesario.

Con este cambio en la estrategia de cuidado, el equipo de salud se situó en el modelo de atención denominado Paternalismo débil o de autonomía moderada, en el cual las alternativas de tratamiento y de cuidado se conciertan con el paciente y su familia, buscando siempre el bien del sujeto de cuidado desde su condición de individuo y de familia, con unas determinadas características que nos llevan a planear el cuidado y el tratamiento desde las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y familiares, es decir, según el principio de respeto a la unicidad, lo cual nos permite hablar de una atención y de un cuidado integrales.

La toma de decisiones compartidas requiere que la persona que cuida identifique las necesidades del sujeto cuidado y le presente alternativas razonables, de tal suerte que le permita elegir lo que él prefiera. A través del proceso de decisión compartida, el conocimiento del cuidador y su experiencia profesional, pueden unirse con los valores de la persona cuidada y de su familia. Es también a través de este proceso que el paciente puede gozar de su derecho individual de ser tratado como un Sujeto y no como un Objeto.⁽³⁾

El personal de salud que trabaja con el paciente y su familia conserva el principio de respeto a la dignidad humana, pues reconoce en cada uno de ellos seres y colectivos con características únicas e irrepetibles. Tiene en cuenta sus necesidades propias, así como la historia personal y social de cada uno de ellos. Les respeta su autonomía cuando les permite autodeterminarse, es decir, tomar las decisiones sobre la vida, la salud y la enfermedad y los mira desde una perspectiva de totalidad que integra y evalúa el componente biológico, psicológico y social de cada uno de ellos, como se puede observar en la parte de la experiencia de cuidado.

Cuando se da el trabajo coordinado entre paciente, familia y equipo de salud en el marco de un modelo de atención y de cuidado desde el Paternalismo débil o de la autonomía moderada, el personal de salud pone en práctica los valores de la comprensión, la cooperación, la competencia profesional entendida como la aplicación del conocimientos científico-técnicos oportunos y diligentes, y la responsabilidad frente a la vida y frente a la satisfacción de las necesidades del sujeto de cuidado, buscando hacerle el bien y aliviarle el sufrimiento en la medida de lo posible. ④

RERERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1.] Morales, M.E. Los autores chilenos en el siglo XXI; Un enfoque politológico. *Acta Bioethica* 2001; 7 (1): 90
- [2.] Daichman, L.S. Controversias en los criterios éticos de los cuidados en geriatría. *Acta Bioethica* 2001; 7 (1): 125
- [3.] Brocklehurst J.C, Tallis R.C, Fillit H.M. *Textbook of geriatric medicine and gerontology*. Londres: Churchill Livingstone; 1993. Citado por Daichman, L.S *Controversias en los criterios éticos de los cuidadores en geriatría*. *Acta Bioethica* 2001; 7 (1): 123.

*Linea
Blanca*

**Uniforme y Artículos
para Enfermeras y
Personal de Salud**

**Centro Comercial
Villanueva**

Local 9910

Primer Piso

Tel.: 511 01 79

MEDELLÍN - COLOMBIA