

1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO: LA ESENCIA DE LA ENFERMERÍA

CUIDADO HUMANIZADO: LA ESENCIA DE LA ENFERMERÍA



1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO: LA ESENCIA DE LA ENFERMERÍA

Joseph Fernando Zambrano Requelme

Scarlet Charlotte Angel Lino

Anita Maggie Sotomayor Preciado

Carol Yuleisbi Moncada Yanza

Erick Bratt Jacome Alburqueque

Flor María Feijoo Galarza

Norma de Jesús Requelme Quichimbo

Bryan Ermel Masache Alvarado

Noelia Karolina Jaramillo Angel

Máxima del Roció Campoverde Ponce

Autores Investigadores



1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO: LA ESENCIA DE LA ENFERMERÍA

AUTORES

INVESTIGADORES

Joseph Fernando Zambrano Requelme

Magister en Gestión de Calidad y Auditoría en Salud;

Diplomado en Docencia Superior;

Licenciado en Enfermería;

Docente Carrera de Enfermería;

Instituto Superior Tecnológico Consulting Group Ecuador;

Machala, Ecuador;

 fernanchojoseph@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9187-6486>

Scarlet Charlotte Angel Lino

Licenciada en Enfermería;

Universidad Estatal de Milagro;

Milagro, Ecuador;

 scarletangellino@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0002-4380-4968>

Anita Maggie Sotomayor Preciado

Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local;
Especialista en Gerencia y Planificación Estratégica en Salud;
Diplomado en Docencia Universitaria;
Diplomado en Inteligencia Artificial aplicada a la Educación
Licenciada en Enfermería;
Docente Carrera de Enfermería;
Universidad Técnica de Machala;
Machala, Ecuador;

✉ asotomayor@utmachala.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0002-3616-7633>

Carol Yuleisbi Moncada Yanza

Licenciada en Enfermería;
Investigadora Independiente;
Guayaquil, Ecuador;

✉ camonca1503@gmail.com

ID <https://orcid.org/0000-0001-9986-0665>

Erick Bratt Jacome Alburqueque

Licenciado en Enfermería;
Investigador Independiente;
Arenillas, Ecuador;

✉ erickmixbull@hotmail.com

ID <https://orcid.org/0000-0003-3300-2574>

Flor María Feijoo Galarza

Licenciada en Enfermería;
Investigadora Independiente;
Arenillas, Ecuador;

✉ florfeijoo905@gmail.com

ID <https://orcid.org/0000-0001-7593-9942>

Norma de Jesús Requielme Quichimbo

Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local;
Licenciada en Enfermería;
Enfermera Hospital Teófilo Dávila;
Machala, Ecuador;

✉ negritajrq@hotmail.com

ID <https://orcid.org/0009-0006-4501-7916>

Bryan Ermel Masache Alvarado

Licenciado en Enfermería;
Investigador Independiente;
Machala, Ecuador;

✉ bryanmasache2000@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0009-0001-0392-5004>

Noelia Karolina Jaramillo Angel

Licenciada en Enfermería;
Investigadora Independiente;
Machala, Ecuador;

✉ jaramillonoelia750@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0009-0006-5088-9524>

Máxima del Roció Campoverde Ponce

Magíster en Emergencias Médicas;
Diplomado en Inteligencia Artificial Aplicada a la Educación;
Licenciada en Enfermería;
Docente Carrera de Enfermería;
Universidad Técnica de Machala;
Machala, Ecuador;

✉ mrcampoverde@utmachala.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-7989-0023>

1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO: LA ESENCIA DE LA ENFERMERÍA

REVISORES ACADÉMICOS

Elsa Josefina Alborno Zamora

Especialidad en Salud Pública;
Magíster Scientiarum en Investigación Educativa;
Maestría en Ciencias Orientación de la Conducta;
Especialidad en Docencia Universitaria;
Doctora en Ciencias de la Educación;
Doctora en Ciencias Gerenciales;
Postdoctorado en Investigación Educativa;
Cursando Doctorado en Enfermería;
Universidad Metropolitana; Guayaquil, Ecuador;



ealborno@umet.edu.ec;

<https://orcid.org/0000-0003-1382-0596>

Cruz Xiomara Peraza de Aparicio

Especialista en Medicina General de Familia;
PhD. en Ciencias de la Educación; PhD. en Desarrollo Social;
Médico Cirujano; Docente Titular en la Carrera de Enfermería de la
Universidad Metropolitana; Guayaquil, Ecuador;



xiomaparicio199@hotmail.com;

<https://orcid.org/0000-0003-2588-970X>

CATALOGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

AUTORES:

Joseph Fernando Zambrano Requielme
Scarlet Charlotte Angel Lino
Anita Maggie Sotomayor Preciado
Carol Yuleisbi Moncada Yanza
Erick Bratt Jacome Alburquerque
Flor María Feijoo Galarza
Norma de Jesús Requielme Quichimbo
Bryan Ermel Masache Alvarado
Noelia Karolina Jaramillo Angel
Máxima del Rocío Campoverde Ponce

Título: Cuidado Humanizado: La Esencia de la Enfermería

Descriptor: Ciencias médicas; Enfermería; Atención al paciente; Servicios médicos.

Código UNESCO: 32 Ciencias Médicas

Clasificación Decimal Dewey/Cutter: 610.736/Z146

Área: Ciencias de la Salud

Edición: 1^{era}

ISBN: 978-9942-654-81-6

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2025

Ciudad, País: Quito, Ecuador

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 283

DOI: <https://doi.org/10.26820/978-9942-654-81-6>

URL: <https://mawil.us/repositorio/index.php/academico/catalog/book/146>

Texto para docentes y estudiantes universitarios

El proyecto didáctico: **Gestión del cuidado y atención primaria de salud. Desafíos de los profesionales de enfermería**, es una obra colectiva escrita por varios autores y publicada por MAWIL; publicación revisada bajo la modalidad de pares académicos y por el equipo profesional de la editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de MAWIL de New Jersey.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.



Usted es libre de:
Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.
Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

Director Académico: Lcdo. Alejandro Plúa Argoti

Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell, New Jersey # 07006

Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Mg. Vanessa Pamela Quishpe Morocho

Dirección de corrección: Mg. Ayamara Galanton.

Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores, Arq. Alfredo Díaz

Corrector de estilo: Lic. Marcelo Acuña Cifuentes

1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO:
**LA ESENCIA DE
LA ENFERMERÍA**

Índices

Contenidos



Prólogo ----- 14
 Introducción ----- 17

Capítulo I.

Fundamentos del cuidado humanizado en enfermería ----- 23

Capítulo II.

Relación enfermero - Paciente:
 Dignidad y respeto la clave del cuidado humanizado ----- 47

Capítulo III.

Comunicación efectiva en el cuidado humanizado ----- 58

Capítulo IV.

Cuidado integral: Dimensiones física, psicológica y espiritual ----- 87

Capítulo V.

Aspectos bioéticos en pacientes con enfermedades crónicas ----- 99

Capítulo VI.

Liderazgo en la gestión del cuidado humanizado ----- 111

Capítulo VII.

Principios del cuidado humanizado en el primer nivel de atención----- 148

Capítulo VIII.

Barreras en la aplicación del cuidado humanizado:
 en establecimientos de salud ----- 160

Capítulo IX.

Gestión de la calidad en enfermería:
 Enfoque en el cuidado paliativo humanizado----- 178

Capítulo X.

Calidad en la gestión del cuidado humanizado:
 Indicadores y evaluación en enfermería ----- 197

.....
Capítulo XI.

Resiliencia y autocuidado del profesional de enfermería
en el entorno paliativo: clave para un cuidado eficaz ----- 243

Capítulo XII.

Enfoque Holístico en la Muerte Digna ----- 256

Referencias----- 270

1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO:
**LA ESENCIA DE
LA ENFERMERÍA**

Índices

Tablas



.....

Tabla 1. Barreras habituales en la comunicación en enfermería-----	80
Tabla 2. Barreras en la comunicación entre el personal de enfermería y médicos-----	84
Tabla 3. Principios clave para mantener el cumplimiento de las auditorías en enfermería -----	240

1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO:
**LA ESENCIA DE
LA ENFERMERÍA**

Índices

Figuras



.....
Figura 1. Componentes de la calidad de vida profesional ----- 253

1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO:
**LA ESENCIA DE
LA ENFERMERÍA**

Prólogo



En Enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también al personal de Enfermería como transmisora de él. Por tanto, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la enfermería es la profesión que abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos.

El cuidado humanizado debe ser la esencia fundamental del profesional de la enfermería, el cual tiene el compromiso científico, filosófico, moral y ético de acompañar, escuchar, brindar un trato digno y ofrecer al usuario un estado de confort y recuperación.

Se puede definir el cuidado humanizado como aquel acto que ejerce una persona hacia otra persona y que implica un alto valor ético, profesional, actualizado y seguro, y donde confluyen dos grandes vertientes: conocimientos científicos (saber, saber hacer) y valores (saber ser).

El cuidado humanizado considera al usuario como unidad integral biológica, social, psicológica y espiritual. ...este cuidado debe ser gestionado por el profesional de enfermería, responsabilizándose de su cuidado espiritual, unificador en la vida de las personas y en su estado del ser. La atención de necesidades espirituales, implica establecer una relación de confianza entre el personal de enfermería y el usuario, donde las estrategias de ayuda faciliten al usuario su propia experiencia en salud, siendo la enfermera solo un testigo empático.

Bajo este contexto surge esta publicación que se presenta bajo el título CUIDADO HUMANIZADO: LA ESENCIA DE LA ENFERMERÍA, donde el autor, ofrece una visión de los aspectos teóricos - conceptuales – descriptivos más significativos relacionados con el cuidado humanizado como esencia de la Enfermería, el cual permite a estudiantes, profesores o cualquier persona interesada, de manera breve y sintética tener una visión general sobre la temática la cual abarca, por ejemplo, las diversas definiciones, los fundamentos, la comunicación efectiva como un elemento fundamental de este cuidado, los principios bioéticos que lo rigen, las barreras que dificultan la aplicación del cuidados, etc.

El contenido del libro, que hoy tienes en tus manos, ha sido estructurado en diez (10) capítulos a saber: Capítulo I. Fundamentos del Cuidado Humanizado en Enfermería; Capítulo II. Relación Enfermero - Paciente: Dignidad y Respeto la clave del Cuidado Humanizado; Capítulo III. Comunicación Efectiva en el cuidado Humanizado; Capítulo IV. Cuidado Integral: Dimensiones

Física, Psicológica y Espiritual; Capítulo V. Aspectos Bioéticos en Pacientes con Enfermedades Crónicas; Capítulo VI. Liderazgo en la Gestión del Cuidado Humanizado; Capítulo VII. Principios del Cuidado Humanizado en el Primer Nivel de Atención; Capítulo VIII. Barreras en la aplicación del Cuidado Humanizado: en Establecimientos de Salud; Capítulo IX. Gestión de la Calidad en Enfermería: Enfoque en el Cuidado Paliativo Humanizado y por último el Capítulo X. Calidad en la Gestión del Cuidado Humanizado: Indicadores y Evaluación en Enfermería.

1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO:
**LA ESENCIA DE
LA ENFERMERÍA**

Introducción



La enfermería es una ciencia de la salud y humana, donde el centro de atención, cuidados y responsabilidad es el hombre en todas sus dimensiones. En el año 2001, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantean que los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en los diferentes aspectos de prevención de enfermedades, promoción de la salud, recuperación y rehabilitación, con un enfoque holístico e interdisciplinario, con el fin de contribuir a un mayor bienestar de la población. Destacan que las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana.

El enfermero/a es el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales de enfermero, que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos auxiliándose para ello de los medios, recursos clínicos y tecnológicos adecuados, en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano, referido a la prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social y/o ayuda a una muerte digna.

En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también al personal de Enfermería como transmisora de él. Por tanto, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermería es la profesión que abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos.

Watson⁽¹⁾ plantea que la enfermería es una profesión que tiene responsabilidades éticas y sociales tanto para con los individuos que cuida como para la sociedad en general. Pone como punto de partida lo afectivo, los sentimientos y las emociones realizando una perfecta unión entre las creencias tradicionales y las ciencias humanas; para ella el "cuidado humano es una idea moral que trasciende el acto y va más allá de la acción de una enfermera produciendo actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la civilización humana".

En el ámbito del cuidado humanizado, la Organización Mundial de la Salud, lo define como un procedimiento de conexión y soporte mutuo con los individuos, orientados a la modificación y entendimiento de la consciencia

primordial de la vida, así mismo, este procedimiento intenta originar un vínculo del experto de la salud con el enfermo y su parentela para crear repares acertadas, veloz y de excelencia, por lo tanto, impulsa la estrategia de constitución global para el perfeccionamiento humanizado de los expertos de la salud, en la indagación de la defensa de los derechos de los individuos, sobre la base de un pacto humanizado del individuo con o sin problemas de salud.

El cuidado humanizado debe ser la esencia fundamental del profesional de la enfermería, el cual tiene el compromiso científico, filosófico, moral y ético de acompañar, escuchar, brindar un trato digno y ofrecer al usuario un estado de confort y recuperación.

Hermosilla Ávila, Alicia; Rodolfo Mendoza Llanos y Sonia Contreras Contreras⁽²⁾ indican que el cuidado humanizado considera al usuario como unidad integral biológica, social, psicológica y espiritual. ...este cuidado debe ser gestionado por el profesional de enfermería, responsabilizándose de su cuidado espiritual, unificador en la vida de las personas y en su estado del ser. La atención de necesidades espirituales, implica establecer una relación de confianza entre el personal de enfermería y el usuario, donde las estrategias de ayuda faciliten al usuario su propia experiencia en salud, siendo la enfermera solo un testigo empático.

Varias enfermeras teóricas Florence Nightingale Virginia Henderson, Madeleine Leininger, Jean Watson, entre otras⁽³⁾ quienes dedicaron sus estudios a los cuidados de forma holística, desarrollando los conceptos fundamentales que configuran el marco conceptual fundamental de la enfermería son: el concepto de Persona/paciente, Salud, Relación enfermera/paciente, Entorno y de Rol Profesional o de Enfermería.

Para Henderson, Virginia⁽⁴⁾ paciente es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

La relación enfermera-paciente según Oliverira M. et al ⁽⁵⁾ es la comunicación efectiva con el paciente que nos permite establecer una relación terapéutica con él, basada en un intercambio entre profesional sanitario y cliente. Esta relación interpersonal permite afrontar los problemas que aparezcan de manera conjunta, con el objetivo de: ayudar al individuo, familia y comunidad a prevenir o actuar frente a la enfermedad. Esta comunicación designa el intercambio de mensajes, y es considerada como un proceso, por medio del cual son transmitidos los significados entre personas y grupos. La personalización del diálogo que se ha de llevar a cabo no se refiere únicamente a la

comunicación verbal, sino que contempla también los aspectos no verbales como: la escucha activa, la actitud empática, la aceptación incondicional (no hacer juicios de valor) y la asertividad. Para que la comunicación sea efectiva es necesario comprender al ser humano como ser activo y al cuidado como finalidad.

De acuerdo con Watson⁽¹⁾ la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado”.

El entorno según Nightingale Florence son⁽³⁾ “Aquellos elementos externos que afectan a la salud de las personas sanas y enfermas... incluyen desde la comida y las flores del paciente hasta las interacciones verbales y no verbales con el paciente”. En fin, el entorno son las “condiciones y fuerzas externas que afectan a la vida y el desarrollo de la persona”. Puede ser físico, psicológico o social. Las mejoras del entorno benefician física y piscamente a los enfermos.

Da manera muy general el rol de la enfermera (o) como cuidadora (or), implica la participación activa en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, mediante medidas preventivas para evitar la aparición de la enfermedad, su progresión o prevenir secuelas asegurando la continuidad del cuidado.

En este contexto se desarrollan diez⁽¹⁰⁾ capítulos los cuales son:

El **CAPITULO I. FUNDAMENTOS DEL CUIDADO HUMANIZADO EN ENFERMERÍA**, abarca aspectos básicos tales como: definición y conceptos, la filosofía y teorías del cuidado humanizado según Watson y Florence Nightingale (6), las diferencias entre el cuidado humanizado y el enfoque tecnocrático y el cuidado como un fenómeno biopsicosocial y espiritual.

EI CAPITULO II. RELACIÓN ENFERMERO - PACIENTE: DIGNIDAD Y RESPETO LA CLAVE DEL CUIDADO HUMANIZADO se ha destinado los siguientes aspectos: el respeto a la dignidad humana como principio fundamental, el cuidado libre de prejuicios y discriminación, el concepto de presencia auténtica en el cuidado y la importancia del acompañamiento emocional y el papel del enfermero en la defensa de la dignidad, el respeto por la privacidad y confidencialidad del paciente.

Se desarrollan en el **CAPITULO III. COMUNICACIÓN EFECTIVA EN EL CUIDADO HUMANIZADO** la estrategia de escucha activa en la interacción con el paciente., la comunicación no verbal y su relevancia en la relación en-

fermera-paciente., el manejo de la comunicación en situaciones de crisis y las barreras a la comunicación efectiva y técnicas para enfrentarla.

Se abordan en el **CAPITULO IV. CUIDADO INTEGRAL: DIMENSIONES FÍSICA, PSICOLÓGICA Y ESPIRITUAL** aspectos fundamentales como son la atención a las necesidades físicas del paciente, el apoyo emocional y su importancia en la experiencia del cuidado, el cuidado espiritual: creencias y valores del paciente y que comprende el enfoque holístico en el marco del cuidado integral del paciente.

Bajo el **CAPITULO V. ASPECTOS BIOÉTICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS** se explanan los siguientes temas: la importancia de respetar la autonomía del paciente, los tratamientos fútiles bajo el enfoque bioético y humanizado, los dilemas éticos desde la perspectiva del paciente y los principios de beneficencia y no maleficencia en el proceso de cuidado del paciente.



EI CAPITULO VI. LIDERAZGO EN LA GESTIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO se desarrollan temas enmarcados en los cuidados paliativos como son el rol de la Enfermería en la Humanización del Cuidado Paliativo, la capacitación del personal en cuidado humanizado, el empoderamiento del personal para ofrecer un cuidado humanizado de calidad y algunas estrategias, los aspectos Éticos en la Atención Paliativa Humanizada Manejo del Sufrimiento y el Dolor desde una Perspectiva Humanizada: Estrategias para el alivio del dolor y los cuidados Espirituales y Religiosos en Paliativos.

Para el **CAPITULO VII. PRINCIPIOS DEL CUIDADO HUMANIZADO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN** se ha dejado el desarrollo en una breve exposición del papel del profesional de Enfermería en la promoción del cuidado humanizado, la tele enfermería: herramienta digital con enfoque humanista, la perspectiva humanista en la atención a grupos vulnerables y la importancia de la diversidad cultural en el cuidado ejercido por el profesional de Enfermería.

Dentro del **CAPITULO VIII. BARRERAS EN LA APLICACIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO: EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD** se explican las dificultades en el tiempo y carga laboral del personal desde la perspectiva o consideración de ser una barrera para el efectivo cuidados humanizado del paciente, los factores más importantes que influyen en la resistencia del cuidado humanista, la percepción del paciente sobre de la calidad de atención y algunas estrategias consideradas por la literatura para superar algunas de las barreras que impiden un cuidado humanizado de calidad.

EI CAPITULO IX. GESTIÓN DE LA CALIDAD EN ENFERMERÍA: ENFOQUE EN EL CUIDADO PALIATIVO HUMANIZADO versa de los cuidados paliativos sobre los fundamentos de la gestión de la calidad en cuidados de enfermería, la implementación de herramientas de mejora continua y la evaluación de la satisfacción del paciente y la familia; Herramientas de medición de la satisfacción en el contexto y la calidad y seguridad en los cuidados paliativos.

Y por último, el **CAPITULO X. CALIDAD EN LA GESTIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO: INDICADORES Y EVALUACIÓN EN ENFERMERÍA**, desarrolla puntos importantes como son: identificación de indicadores clave: Determinar cuáles son los indicadores más relevantes para medir la calidad del cuidado humanizado, ciertas metodologías de evaluación y dentro de estas se desarrolla el Benchmarking y estándares de calidad: Comparación de los indicadores con estándares. Por otro lado, se contempla la implementación de mejoras basadas en indicadores: Cómo utilizar los resultados de la evaluación para diseñar e implementar estrategias de mejora en el cuidado y la auditoría del cuidado humanizado.

1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO:
**LA ESENCIA DE
LA ENFERMERÍA**

Capítulo

I

**Fundamentos del cuidado
humanizado en enfermería**



Objetivos del Capítulo

- Describir la definición y conceptos del cuidado humanizado
- Identificar la filosofía y teorías del cuidado humanizado, el enfoque tecnocrático y sus principales diferencias.
- Definir el cuidado como fenómeno biopsicosocial y espiritual

Definición y conceptos

La enfermería es una ciencia de la salud y humana, donde el centro de atención, cuidados y responsabilidad es el hombre en todas sus dimensiones. En el año 2001, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud⁽⁷⁾ plantean que los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en los diferentes aspectos de prevención de enfermedades, promoción de la salud, recuperación y rehabilitación, con un enfoque holístico e interdisciplinario, con el fin de contribuir a un mayor bienestar de la población. Destacan que las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana⁽⁸⁾.

El enfermero/a es el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales de enfermero, que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos auxiliándose para ello de los medios, recursos clínicos y tecnológicos adecuados, en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano, referido a la prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social y/o ayuda a una muerte digna⁽⁹⁾.

En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también al personal de Enfermería como transmisora de él. Por tanto, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la enfermería es la profesión que abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos.

Watson⁽¹⁾ plantea que la enfermería es una profesión que tiene responsabilidades éticas y sociales tanto para con los individuos que cuida como para la sociedad en general. Pone como punto de partida lo afectivo, los sentimientos y las emociones realizando una perfecta unión entre las creencias tradicionales y las ciencias humanas; para ella el “cuidado humano es una idea moral que trasciende el acto y va más allá de la acción de una enfermera produciendo actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la civilización humana”⁽¹⁾.

En el ámbito del cuidado humanizado, la Organización Mundial de la Salud, lo define como un procedimiento de conexión y soporte mutuo con los individuos, orientados a la modificación y entendimiento de la consciencia primordial de la vida, así mismo, este procedimiento intenta originar un vínculo del experto de la salud con el enfermo y su parentela para crear repares acertadas, veloz y de excelencia, por lo tanto, impulsa la estrategia de constitución global para el perfeccionamiento humanizado de los expertos de la salud, en la indagación de la defensa de los derechos de los individuos, sobre la base de un pacto humanizado del individuo con o sin problemas de salud⁽¹⁰⁾.

El cuidado humanizado debe ser la esencia fundamental del profesional de la enfermería, el cual tiene el compromiso científico, filosófico, moral y ético de acompañar, escuchar, brindar un trato digno y ofrecer al usuario un estado de confort y recuperación⁽¹¹⁾.

Cruz⁽¹²⁾ indica que se puede definir que el cuidado humanizado, es aquel acto que ejerce una persona hacia otra persona y que implica un alto valor ético, profesional, actualizado y seguro, y donde confluyen dos grandes vertientes: conocimientos científicos (saber, saber hacer) y valores (saber ser).

Por otro lado, en el 2016 Hermosilla Ávila, Alicia; Rodolfo Mendoza Llanos y Sonia Contrera^{s(2)} indican que el cuidado humanizado considera al usuario como unidad integral biológica, social, psicológica y espiritual. ...este cuidado debe ser gestionado por el profesional de enfermería, responsabilizándose de su cuidado espiritual, unificador en la vida de las personas y en su estado del ser. La atención de necesidades espirituales, implica establecer una relación de confianza entre el personal de enfermería y el usuario, donde las estrategias de ayuda faciliten al usuario su propia experiencia en salud, siendo la enfermera solo un testigo empático.

Varias enfermeras teóricas Florence Nightingale Virginia Henderson, Madeleine Leininger, Jean Watson, entre otras⁽³⁾ quienes dedicaron sus estudios a los cuidados de forma holística, desarrollando los conceptos fundamentales

que configuran el marco conceptual fundamental de la enfermería son: el concepto de Persona/paciente, Salud, Relación enfermera/paciente, Entorno y de Rol Profesional o de Enfermería.

Para Henderson, Virginia⁽⁴⁾ paciente es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

La relación enfermera-paciente según Oliverira M. et al⁽⁵⁾ es la comunicación efectiva con el paciente que nos permite establecer una relación terapéutica con él, basada en un intercambio entre profesional sanitario y cliente. Esta relación interpersonal permite afrontar los problemas que aparezcan de manera conjunta, con el objetivo de: ayudar al individuo, familia y comunidad a prevenir o actuar frente a la enfermedad. Esta comunicación designa el intercambio de mensajes, y es considerada como un proceso, por medio del cual son transmitidos los significados entre personas y grupos. La personalización del diálogo que se ha de llevar a cabo no se refiere únicamente a la comunicación verbal, sino que contempla también los aspectos no verbales como: la escucha activa, la actitud empática, la aceptación incondicional (no hacer juicios de valor) y la asertividad. Para que la comunicación sea efectiva es necesario comprender al ser humano como ser activo y al cuidado como finalidad.

De acuerdo con Watson⁽¹⁾, la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado”.

El entorno según Nightingale Florence⁽³⁾ son “Aquellos elementos externos que afectan a la salud de las personas sanas y enfermas... incluyen desde la comida y las flores del paciente hasta las interacciones verbales y no verbales con el paciente”. En fin, el entorno son las “condiciones y fuerzas externas que afectan a la vida y el desarrollo de la persona”. Puede ser físico, psicológico o social. Las mejoras del entorno benefician física y piscamente a los enfermos⁽¹³⁾.

Da manera muy general el rol de la enfermera (o) como cuidadora (or), implica la participación activa en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, mediante medidas preventivas para evitar la aparición de la enfermedad, su progresión o prevenir secuelas asegurando la continuidad del cuidado.

Filosofía y teorías del cuidado humanizado (Watson, Nightingale)

Existe una diversidad de modelos y teorías de Enfermería que son reflejo de la evolución propia de la profesión. A continuación, se abordan la teoría de Jean Watson y de Florence Nightingale:

1. Teoría del cuidado humano de Jean Watson

La doctora Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”⁽¹⁾.

Watson estudia el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, como relación terapéutica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo.

Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus tres premisas teóricas:

a. Premisas teóricas

Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales:

- Transpersonales – espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana:
- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.
- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma (geist) de una persona existe en él y para él.
- Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.

b. Conceptos básicos

Persona: Desde la mirada existencialista, considera la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente – cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el Gestalt, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería.

Medio ambiente: Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo.

El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)⁽⁶⁾.

Salud: De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado”.

Enfermería: La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. Es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta⁽¹⁴⁾.

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la auto curación.

Interacción enfermera- paciente. El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias.

Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud – enfermedad, interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo. Conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera- paciente).

Relación de cuidado transpersonal. El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta trascendencia permite a ambos entrar en el campo fenomenológico del otro.

Para Watson⁽¹⁵⁾, la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo/más alto Yo.
- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento.

c. Momento de cuidado

Según Watson, una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntas de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana- humano.

Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo –todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.

La ocasión del cuidado en últimas permite el descubrimiento de sí mismo. Estas influencias y valores son claramente expuestos en sus supuestos:

d. Supuestos Relacionados con los Valores del Cuidado Humano

1. El cuidado y el amor son lo más universal, lo más misterioso de las fuerzas cósmicas, ellos abarcan la energía psíquica y universal.
2. La asistencia y el amor, con frecuencia subestimados, son las piedras angulares de nuestra humanidad. La cobertura de estas necesidades satisface nuestra humanidad.
3. Desde que enfermería es una profesión que cuida, sus habilidades para mantener el ideal y la ideología del cuidado en la práctica profesional afectará el desarrollo de la civilización y determinará la contribución de la enfermería a la sociedad.
4. En principio nosotros debemos amar y cuidar nuestros propios comportamientos y debemos tratarnos a sí mismos con delicadeza y dignidad antes de brindar cuidado a otros con delicadeza y dignidad. El cuidado a nosotros mismos es un paso previo al cuidado a los demás.
5. Tradicionalmente la enfermería ha mantenido una postura de cuidado humano y atención hacia las personas en los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad.

6. El cuidado es el único centro de atención del ejercicio profesional de la enfermería – la esencia de la enfermería-.
7. El cuidado humano, tanto individual como grupal, progresivamente ha tenido menos énfasis en el sistema sanitario.
8. Los fundamentos de la asistencia de enfermería han sido sublimados por los avances tecnológicos y por los obstáculos institucionales.
9. Una cuestión trascendental para la enfermería actual y futura es la preservación y evolución del cuidado humano.
10. El cuidado humano puede ser efectivamente demostrado y practicado a través de las relaciones interpersonales. Los procesos humanos intersubjetivos mantienen vivo un sentir común de humanidad, la identificación de sí mismo con los otros.
11. Las contribuciones sociales, morales y científicas de la enfermería a la humanidad y a la sociedad residen en los compromisos con los ideales humanos en la teoría, la práctica y la investigación. Estas influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el cambio, un respeto y aprecio por la persona y la vida humana, libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e intersubjetiva entre paciente y enfermera.

Estas influencias y valores han formado las bases de los diez factores de Cuidado de Watson, utilizados por enfermeras en las intervenciones relacionadas en los procesos de cuidado humano.

Cada elemento asistencial describe el proceso de la forma como un paciente alcanza o mantiene la salud o muere en paz, los tres primeros elementos son interdependientes y constituyen el “fundamento filosófico de la ciencia de la asistencia”:

d. Elementos del Cuidado de Watson.

1. Formación de un sistema de valores humanístico altruista.
2. Infundir fe-esperanza.
3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás.
4. Desarrollo de una relación de ayuda - confianza.
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.

6. Utilización sistemática del método de resolución de problemas para la toma de decisiones.
7. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal.
8. Provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual.
9. Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas.
10. Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas.

En su primer libro *Nursing: The philosophy and science of Caring*, Watson expone los supuestos principales de la ciencia del cuidado de enfermería:

- El cuidado sólo se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal.
- El cuidado está constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas.
- El cuidado efectivo promueve la salud y el desarrollo individual o de la familia.
- Las respuestas del cuidado aceptan a las personas no sólo por lo que son sino por lo que pueden llegar a ser.
- Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de aptitudes a la vez que permite a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un momento dado.
- El cuidado genera más salud que curación. El cuidado integra el conocimiento biofísico y el de la conducta humana para producir o promover la salud y para ofrecer ayuda a quienes están enfermos. Por lo tanto, la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia de la curación.
- El cuidado es el eje central de la enfermería.

e. Aportes desde la Teoría de Jean Watson a la investigación/dimensiones

Watson invita a las enfermeras(os) a usar enfoques de investigación innovadores, categorizando al cuidado humanizado en las siguientes dimensiones:

1. **Interacción paciente - enfermera(o):** hace referencia a todas aquellas actitudes y acciones positivas que surgen en la interacción de cuidado tales como escuchar, comprender lo que el otro siente y ponerse en su lugar (transpersonalizar), estableciéndose una relación cálida, agradable y cercana.

La enfermera(o) genera la facilidad y disponibilidad para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse amablemente y establecer una relación empática. Para Watson la empatía es la capacidad de experimentar, y por lo tanto, de comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión.

El afecto no posesivo se demuestra hablando en un tono de voz moderado y adoptando una postura abierta y relajada, y unas expresiones faciales coherentes con otras comunicaciones.

2. **Apoyo emocional:** apoyo percibido por el paciente en la interacción de cuidado con el personal de enfermería a través de un trato cordial y amistoso, con calor humano, que da comodidad y confianza, que deriva en sentimientos de bienestar para el paciente.

Este apoyo emocional corresponde al elemento asistencial de Watson “Desarrollo de una relación de ayuda – confianza”

Apoyo físico: componente que el paciente percibe del personal de enfermería cuando entra en contacto con ellos, en actividades sencillas y significativas, como son mirarlo a los ojos, tomarlo de la mano, realizar los procedimientos y cubrir sus necesidades físicas, incluida la atención oportuna para aliviar el dolor. De acuerdo con Watson dos elementos asistenciales importantes son la “Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas” y la “Provisión de un entorno de apoyo, de protección o corrección mental, física, socio-cultural y espiritual”.

3. **Proactividad:** definida como aquellos comportamientos del enfermero(a), que denotan atención anticipada, al abogar por el paciente, darle información precisa y oportuna a él y a su familia, acerca de la hospitalización y evolución, respondiendo preguntas y explicándole sobre procedimientos. Para Watson la “Promoción de la enseñanza – aprendizaje inter-personal” es un concepto importante de la enfermería, dado que separa el cuidado de la curación.

Watson considera que las enfermeras(os) tienen la responsabilidad de promover la salud a través de actividades preventivas. Este objetivo se alcanza enseñando a los pacientes los cambios personales que han de realizar para promocionar su salud, enseñándoles métodos de re-solución de

problemas e identificando la capacidad de afrontamiento y la adaptación a las pérdidas.

4. Priorización en el cuidado: hace referencia al cuidado de enfermería que está orientado a priorizar la persona, donde hay una preocupación por ella y respeto por sus decisiones e intimidad, donde su calidad de paciente y persona se conserva a partir de la identificación por el nombre. Los comportamientos de esta categoría involucran al personal de enfermería en una relación de cuidado “transpersonal”, ya que para Watson: “el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad, y la armonía interior”.

5. Disponibilidad para la atención: disposición que tiene la enfermera(o) para identificar el momento de cuidado, al estar pendiente de su sentir, de su estado de ánimo, de su dolor, de sus necesidades de cuidado, para actuar y acudir oportuna y eficazmente. Cuando dispuso de tiempo para escucharlos, acudir al llamado, hacerlo con prontitud, cubrir sus necesidades y vigilar el tratamiento ordenado. Los comportamientos de cuidado implícitos en esta categoría nos muestran a la (el) enfermera(o), atento a detectar el momento de cuidado, y que según Watson corresponde a la totalidad de la experiencia humana, “una ocasión consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales y sentido/significado de las percepciones de uno mismo”. Watson insiste en que la (el) enfermera(o) necesita estar al tanto de su propio conocimiento y la auténtica presencia de estar en el momento.

Teoría naturalista o del entorno de Florence Nightingale⁽³⁾

A Florence Nightingale se la reconoce como la pionera e impulsora de la profesionalización, tanto a través de la administración de los mejores cuidados a los pacientes, como propiciando el desarrollo del conocimiento y estableciendo programas de formación específica a las personas que se iban a dedicar a la actividad especializada del cuidado.

Según el significado de Enfermería, esta autora, se encuentra dentro de una tendencia humanista la cual comprende ideas fundamentadas en el respeto y la dignidad humana. Se preocupa que la persona alcance un desarrollo integral y multidimensional, creando condiciones de vida de calidad y bienestar. Donde la confianza y el respeto se encuentren presentes en la relación enfermera-paciente (familia-comunidad).

En 1859, Florence Nightingale, publica una obra sencilla de leer y entender dirigida a los profesionales de enfermería y aunque se encontraba dirigido a todas las personas “Notas de Enfermería”, con el objetivo de guiar y fundamentar la labor de enfermería, es decir, obra en la que describe las ideas fundamentales de su teoría sobre el cuidado enfermero, “Teoría del entorno” (esta teoría relaciona la salud con la influencia positiva de los elementos del entorno).

Cabe indicar que hasta el año 1859 la actividad cuidadora tenía un carácter predominantemente vocacional y altruista, con una marcada influencia de valores y creencias de fundamentación religiosa y desarrollado mayoritariamente por mujeres. A partir de entonces, con Florence Nightingale, se produjo el nacimiento de la enfermería moderna y el inicio de las teorías de enfermería, siendo ella quien elaboró la primera, que permitió ser la base de conocimiento en las nuevas escuelas de enfermería y hospitales de influencia anglosajona. Así mismo, propició la creación de la primera escuela de enfermería en Londres, en el hospital de Santo Tomás, que va a dar formación a partir de entonces a colectivos de enfermeras.

Florence Nightingale a lo largo de su trayectoria en la práctica de la enfermería fue generando un pensamiento y evidencia científica, que la permitió, a través de la observación que realizó durante su estancia en el hospital de Scutari durante la Guerra de Crimea, desarrollar su teoría, gracias también al conocimiento que había adquirido de las hermanas de la Caridad en Francia y en el Instituto de las diaconisas de Kaiserwerth (Alemania) donde recibió formación. Dicha observación, según Nightingale, es un recurso fundamental de la enfermera para poder detectar diferentes aspectos que puedan afectar a los pacientes.

Florence Nightingale reconoció la necesidad de un desarrollo del conocimiento enfermero diferente y separado del conocimiento médico.

Fue la principal defensora de la enfermería como arte del cuidado.

Utilizó informes que describían las condiciones sanitarias e higiénicas en Crimea e Inglaterra, también informes avalados por estudios empíricos basados en la estadística, lo que les confirió gran credibilidad.

Sus informes fueron evaluados y tomados en cuenta por la British Royal Sanitary Commission para realizar reformas sanitarias fundamentalmente y en primera instancia a nivel militar.

Estableció el diagrama de “muertes evitables

Las habilidades reconocidas en su proceso de investigación son la comunicación, ordenación, codificación, recogida de datos, conceptualización, interferencia, análisis y síntesis

a. Basamento de la Teoría del Entorno:

- Pensaba que la enfermedad era un proceso reparador; la enfermedad era el esfuerzo de la naturaleza (Dios) por remediar un proceso de enfermedad.
- El fundamento de su teoría es el entorno: todas las condiciones y las fuerzas externas que influyen en la vida y el desarrollo de un organismo.
- La interrelación de un entorno saludable con la enfermería es la base de su teoría. “Las influencias y condiciones externas pueden prevenirse, suprimirse o contribuir a la enfermedad o a la muerte”
- Su objetivo era ayudar al paciente a que mantuviera su propia vitalidad mientras satisfacía sus necesidades básicas gracias al control del entorno
- Describió cinco componentes principales de un entorno positivo-saludable: ventilación adecuada, luz adecuada, calor suficiente, control de efluvios y control de ruido.
- Consideró tres tipos de entorno:

1. Entorno físico: constituido por los elementos físicos en los que el paciente es tratado (ventilación, temperatura, higiene... e influye en otros entornos).

2. Entorno psicológico: puede verse afectado por un entorno físico negativo y crear estrés. Requiere de varias actividades para mantener la mente activa: trabajo manual, alimentación adecuada y entorno físico agradable. La comunicación debe ser la terapéutica, tranquila y sin prisas.

3. Entorno social: implica la recogida de datos sobre la enfermedad y la prevención de la misma. Incluye componentes del entorno físico (aire limpio, agua y eliminación adecuada). Está constituido por la casa de una persona o habitación de un hospital, así como la comunidad donde vive.

b. Conceptos principales y definiciones

Florence expone que un entorno saludable es necesario para aplicar cuidados de enfermería adecuados. Los elementos esenciales del entorno son: aire puro (teoría de gérmenes), agua potable, eliminación de aguas residuales, higiene (entorno y personal), luz (fundamentalmente solar), temperatura, silencio y dieta. Crea la teoría de la manipulación del entorno que es objeto de las enfermeras.

c. Conceptos nucleares

Entorno:

“Aquellos elementos externos que afectan a la salud de las personas sanas y enfermas... incluyen desde la comida y las flores del paciente hasta las interacciones verbales y no verbales con el paciente”.

En fin, el entorno son las “condiciones y fuerzas externas que afectan a la vida y el desarrollo de la persona”. Puede ser físico, psicológico o social.

Las mejoras del entorno benefician física y psíquicamente a los enfermos.

Las enfermeras son como agentes que favorecen el cambio de status social de los pobres, mejorando sus condiciones de vida.

Persona

Persona: o “paciente”, es “un ser humano bajo la intervención de una enfermera y/o afectado por el entorno” ... “tiene capacidad reparadora para afrontar la enfermedad; la rehabilitación está dentro de las capacidades del paciente, mientras exista un entorno sano para que se produzca la recuperación”.

La teoría de Florence relacionaba fundamentalmente la persona al enfermo (objeto pasivo).

Algunos escritos hacen alusión al autocuidado del paciente y a la toma de decisiones (objeto activo). Aunque Florence N. siempre asume que la enfermera siempre debe de tener el “control”-

Salud/enfermedad

Salud: “bienestar mantenido gracias a la utilización de todas las capacidades de la persona; la enfermedad se contempla como un proceso de reparación instaurado por la naturaleza”. Es decir, “la salud es la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona”.

“La enfermedad es un proceso reparador que la naturaleza impone, debi-

do a una falta de atención (del paciente)". La prevención se realiza mediante el control del entorno gracias a la salud pública moderna y la promoción de la salud.

Enfermería

Enfermería: es "ayudar a la naturaleza a curar al paciente". Persona que colabora para proporcionar aire fresco, luz, calor, higiene, tranquilidad y una dieta adecuada; facilita los procesos de reparación de una persona, asegurando el mantenimiento del entorno en las mejores condiciones posibles.

La "enfermería" recae en la figura femenina, la cual debe ser honesta, virtuosa y ejercer la profesión con vocación y fidelidad. Además, colabora para proporcionar un entorno adecuado, facilitando la reparación de la persona. Siendo la enfermera totalmente leal al paciente. .

Toda mujer, en algún momento de su vida, ejercería de enfermera de algún modo, ya que la enfermería consiste en hacerse responsable de la salud de otra persona.

Las Notes of Nursing, fue escrita para que toda mujer tuviera directrices para proporcionar cuidados de enfermería y para aconsejar sobre "como pensar como una enfermera"

d. Afirmaciones teóricas

Aunque Florence fue criticada por no aceptar la teoría de los gérmenes, comprendía claramente el concepto de contagio y contaminación por medio de materiales orgánicos procedentes de pacientes o el entorno. Al final aceptó el concepto de vacunación contra varias enfermedades (más por la evidencia que por la comprensión teórica de la misma).

Entendía la enfermería como una profesión vocacional, inculcando los principios de confidencialidad, altruismo, toma de decisiones con el paciente

e. Formación enfermera

Florence N. pensaba que no se podía colorar el "arte de la enfermería" con exámenes, prefería otros métodos como estudio de casos (St Thomas Hospital).

Basándose en Florence N. la historiadora Joanne Farley afirma que en la actualidad que "la formación es enseñar su profesión a una enfermera... la formación consiste en capacitar a una enfermera para que actúe del mejor modo posible..., como un ser inteligente y responsable".

Principios de Nightingale para la formación enfermera:

- Institución de principios científicos
- Experiencia práctica para perfeccionar las habilidades

Estos principios fueron las bases para las primeras Escuelas de enfermería puestas en prácticas. Recomendó que las escuelas de enfermería fueran independientes del hospital para garantizar que las estudiantes no fueran “mano de obra”.

f. Aportes del modelo de Florence Nightingale

Su modelo lleva a la enfermera a actuar a favor del paciente y de ella misma. Las áreas de conocimiento de la enfermera fueron: la práctica, la investigación y la formación continua.

Anima a las enfermeras a dar a los médicos “no su opinión respetuosa, sino hechos”. La independencia de la enfermería y precisión de la profesión como tal sigue hoy día tan vigente como entonces.

Su obra sigue inspirando la profesión 150 años después, mereciendo ser considerada como la fundadora de la enfermería moderna y la primera teórica enfermera.

Diferencias entre el cuidado humanizado y el enfoque tecnocrático

En este punto se realizará un resumen que partirá de lo que consiste el modelo tecnocrático y el modelo humanizado dentro de los paradigmas en el sistema de salud (médico) para acercarse a las diferencias más significativas entre ambos:

En la tecnocracia existen tres paradigmas predominantes sobre la salud, el más dominante es el modelo tecnocrático, luego el modelo humanístico y finalmente el modelo holístico. Estos modelos no son los únicos, en el mundo hay muchos paradigmas, sistemas de creencias sobre la salud, cada cultura tiene el suyo propio, hay muchos paradigmas tradicionales, sin embargo, estos tres paradigmas se pueden encontrar casi en cualquier país.

El paradigma tecnocrático se podría conceptualizar como aquella visión de mundo donde las realizaciones de la ciencia permiten resolver los problemas de la humanidad desde el criterio confiable y absoluto de los técnicos.

Del trabajo presentado por Robby Davis Floyd⁽¹⁶⁾ “Los tres paradigmas de salud y nacimiento desde una perspectiva femenina” se pueden extraer

varias condiciones importantes que aclaran la diferencia entre ambos paradigmas o modelos, las cuales se citan a continuación:

El modelo tecnocrático que, es el dominante, es el modelo de los médicos, se trata o se define como separación de cuerpo y mente; imaginen mi cuerpo fuera, aquí abajo y mi mente aquí arriba sin conexión entre ambos; esta visión del cuerpo se metaforiza como una máquina, con la noción de que pueden extraerse partes, transferirlas y manejar el cuerpo tal si fuera una máquina.

En el modelo tecnocrático se define el cuerpo como máquina, por tanto, el paciente pasa a ser objeto y se establece una alienación importante, ese estado mental caracterizado por una pérdida del sentimiento de la propia identidad, entre cuidador y paciente.

El tratamiento del paciente como objeto también coincide con una utilización impersonal del lenguaje no identificándolo, por ejemplo, con su nombre y no como el número de una habitación del hospital.

En el modelo tecnocrático se hace el diagnóstico y se aplica el tratamiento “desde fuera para dentro” o sea, se otorga a las máquinas todo el crédito para obtener la información necesaria y precisa desde afuera para dentro y la información que cuenta, la que se evalúa, es la que procesa y emite la máquina porque nos hemos convencido de que las máquinas son superiores a las personas en muchas cosas, o lo que es lo mismo, la supervaloración de la alta tecnología.

En el modelo tecnocrático la paciencia no es una facultad o virtud que se estime como valor, teniendo tecnología hemos de usarla y se actúa sin dejar obrar a la naturaleza convirtiendo esa actuación en una injerencia, en intervenciones agresivas que responden a la incapacidad de asumir y respetar el tiempo que toma, de forma natural, la evolución del parto, así como el mar cuyas olas vienen y van a su ritmo, en el hospital, bajo este paradigma, hay que hacer amniorraxis, poner oxitocina... para asegurar que el parto discorra lo más rápidamente posible...

En este modelo la autoridad y responsabilidad recaen sobre el médico y no en la parturienta muy gráficamente expuesto con la imposición de la posición de litotomía cuyo origen y adopción obligada para las mujeres, coincidió con la entrada en la escena del parto de los médicos.

En el modelo tecnocrático se enfoca el tratamiento hacia la estandarización, no en tratar cada persona como individuo, sino en servirse de reglas y protocolos para aplicar en todas las situaciones.

El modelo tecnocrático está basado en la “medicina de médicos” y en la transmisión de información del maestro medico al estudiante, no en la evidencia científica, es innegable que en el hospital el uso de muchos procedimientos es rutinario no basado en la evidencia científica.

En el modelo humanista en contraposición con la consideración de separación entre mente y cuerpo del modelo tecnocrático, se entiende que hay conexión entre mente y cuerpo.

En este paradigma, el cuerpo se define no como una maquina sino como un organismo. Podemos observar que este modelo está muy basado en la ciencia porque ciertamente el cuerpo es un organismo no una máquina, a la paciente se la percibe como sujeto, no como objeto y conexión y cariño entre paciente y cuidador constituyen la esencia de este modelo; ha quedado desterrada la costumbre de nombrar a las pacientes con números, se entiende y se respeta la unicidad y humanidad de la mujer cuando, como ahora, se le reconoce un nombre propio, unas circunstancias personales que rodean su proceso de parto, cuando propiciamos el intercambio a través de nuestras manos y nuestros ojos, cuando tenemos, en definitiva, siempre presente que esa mujer que necesita nuestra ayuda es un ser humano.

En el modelo humanístico, diagnóstico y curación vienen desde afuera hacia dentro, sin desechar la información que pueden aportar las máquinas, se valora lo que fluye desde dentro de la mujer hacia fuera: sus sentimientos, sus pensamientos, sus deseos, escuchar a las mujeres es una premisa que tiene valor un importante, valor en sí misma, y se ha de conjugar con la información obtenida a resultados de la técnica.

Escuchar a las mujeres, en realidad quiere decir tener en cuenta su individualidad, sus deseos propios que no van a ser iguales en todas.

En el modelo humanístico, información, decisiones y responsabilidad son compartidas entre paciente y cuidador.

Otra de las características de este modelo es que tanto el hospital como el cuidador custodian y registran toda la información en la historia clínica de la mujer, el hospital se siente dueño de esta información, pero en el modelo humanístico es la madre la dueña de esta información y, por tanto, tiene acceso a la misma.

En conclusión, a manera de resumen se indica:

1. Modelo Tecnocrático

Es cuando la tecnología y la medicina toman un inmenso poder e importancia como mediadores entre la vida y la muerte, la salud y la enfermedad. El principal valor subyacente en el paradigma tecnocrático médico es la separación. El principio de separación establece que las cosas son mejor entendidas fuera de su contexto, es decir, divorciadas de los objetos o personas relacionadas.

- Características del modelo Tecnocrático
- Separación mente-cuerpo
- El cuerpo como máquina
- El paciente como objeto
- Distanciamiento del paciente
- Diagnóstico y tratamiento de afuera hacia adentro
- Jerarquía y estandarización del cuidado
- Autoridad y responsabilidad inherente al médico, no al paciente
- Sobrevaloración de la ciencia y la tecnología Intervenciones agresivas, con énfasis en resultados a corto plazo
- La muerte como derrota
- El sistema guiado por las ganancias Intolerancia a otras modalidades

2. Modelo Humanista

El médico debe tener vocación y misión, y según el juramento hipocrático, el amor del médico por los pacientes, sin discriminación de edad o categoría social debe ser la expresión de un auténtico servicio a la vida y de una voluntad de no rendirse frente a las múltiples dificultades, constituyendo así un ejemplar testimonio de solidaridad humana. Siendo la integridad psíquica y funcional el valor más alto, debe subordinarse todo a este derecho esencial de la persona por consiguiente debe existir una prioridad de la ética sobre la técnica; debe existir una prioridad de la persona sobre las cosas; debe existir una prioridad del espíritu sobre la materia. Este modelo es implementado por nuestro sistema de salud.

- Características del medico

a. Modelo Tecnocrático

- Se enfoca más en la patología que en la persona que la tiene.
- Recoger la historia personal del paciente le resulta hasta irrelevante, mientras que los datos obtenidos por la tecnología médica le resultan claros y objetivos.
- Dejarse llevar por propias expectativas sin escuchar lo suficiente al paciente

b. Modelo Humanista

- Compasión
- Respeto
- Principio del Amor
- Principio de Unidad
- Principio del Entendimiento
- Compromiso afectivo y efectivo con el necesidad
- Características del paciente

a. Modelo Tecnocrático

- Como un conjunto de órganos, tejidos, huesos, nervios, no una persona, un ser espiritual.
- Excesiva objetivización del paciente desprovisto de su valoración como persona humana

b. Modelo Humanista

- Tiene facultades para elegir
- Principio de Libertad
- Relación médico - paciente

a. Modelo Tecnocrático

- Poca habilidad comunicativa
- La falta de confianza del paciente en el médico para poder revelar problemas íntimos

- Escasa sintonía entre los dos protagonistas

b. Modelo Humanista

- Integridad psíquica y funcional el valor más alto
- Prioridad de la ética sobre la técnica, de la persona sobre las cosas, etc.



1.4. El cuidado como fenómeno biopsicosocial y espiritual

En la búsqueda constante de proporcionar una atención médica o cuidado más completo y efectivo, surge un enfoque que reconoce la interacción entre diversos factores biológicos, psicológicos, sociales y espiritual en la salud y la enfermedad.

El abordaje de la atención o el cuidado desde la perspectiva bio-psico-social-espiritual considera al ser humano como un ente complejo y multidimensional, en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales para influir en su bienestar y salud.

Este enfoque de la atención o el cuidado busca comprender y trabajar con cada una de estas dimensiones para lograr un tratamiento holístico y efectivo.

El modelo biopsicosocial reconoce tres dimensiones interconectadas que influyen en la salud y la enfermedad:

1. Dimensión biológica: esta dimensión se refiere a los aspectos físicos y biológicos del individuo, incluyendo su genética, fisiología, enfermedades y lesiones. Es la faceta más visible y más básica del análisis, donde aparecen los signos de enfermedad o de salud más evidentes. Hasta hace poco, esta era la única dimensión que merecía atención por parte de los profesionales de la salud y se trabajaba como una unidad independiente. Es importante tener en cuenta que los factores biológicos no operan de forma aislada, sino que interactúan con los aspectos psicológicos y sociales para influir en la salud.

2. Dimensión psicológica: La dimensión psicológica se refiere a los aspectos mentales y emocionales del individuo, incluyendo sus pensamientos, emociones, comportamientos y experiencias personales. Los factores psicológicos, como el estrés, la ansiedad, la depresión y las estrategias de afrontamiento, pueden afectar significativamente la salud y el bienestar.

3. Dimensión social: esta dimensión se refiere a los aspectos relacionales y contextuales del individuo, incluyendo su entorno familiar, social, cultural y económico. Los factores sociales, como el apoyo social, el acceso a recursos y servicios de salud, las condiciones socioeconómicas y las redes de apoyo, desempeñan un papel crucial en la salud y el proceso de enfermedad. Las posibilidades y recursos en términos sanitarios no son los mismos para una persona de clase alta que para una persona de clase baja, por lo tanto, el estatus social es un factor determinante a tener en cuenta en la evaluación de la salud de un individuo.

4. El componente espiritual, aunque a menudo subestimado en el ámbito de la salud, juega un papel importante en la experiencia de la ansiedad. La espiritualidad se relaciona con la búsqueda de significado, propósito y trascendencia en la vida, así como con la conexión con algo más grande que uno mismo. Para algunas personas, la fe, la práctica religiosa, la meditación o el cultivo de valores universales pueden ser fuentes de consuelo, esperanza y fortaleza en momentos de ansiedad. Por ello, el abordaje bio-psico-social-espiritual no descarta la importancia de este componente en la recuperación y el bienestar del individuo.

El enfoque bio-psico-social-espiritual en el cuidado, en el tratamiento implica una integración coherente y coordinada de las intervenciones dirigidas a cada uno de los componentes mencionados anteriormente. Esto se traduce en

un abordaje más completo y personalizado, que tiene en cuenta la singularidad de cada individuo y la complejidad de factores que influyen en su situación de enfermedad.

El primer paso en el tratamiento de la enfermedad bajo un enfoque bio-psico-social-espiritual es realizar una evaluación completa que permita comprender los diferentes aspectos que pueden estar contribuyendo al trastorno. Esto incluye valorar la historia clínica del paciente, sus síntomas físicos y emocionales, su contexto social y familiar, así como su sistema de creencias y valores espirituales. Esta evaluación multidimensional facilita un diagnóstico preciso y la identificación de las áreas en las que se debe intervenir.

Realizada la evaluación inicial, se diseña un plan de tratamientos y cuidado del individuo de manera integral y personalizada que aborde de manera simultánea los componentes biológico, psicológico, social y espiritual. Este plan puede incluir intervenciones farmacológicas, psicoterapia individual o grupal, técnicas de manejo del estrés, entrenamiento en habilidades sociales, actividades de autocuidado y prácticas espirituales, según las necesidades y preferencias del paciente.

Cuestionario y actividades

1) Describa que plantea Watson en relación a la enfermería

2) Identifique cuales son las premisas teorías de Jean Watson

3) Cuáles son los conceptos nucleares de la Teoría del Entorno

4) Cuál es el aporte del modelo de Florence Nightingale

5) Defina el concepto del cuidado de enfermería con enfoque biopsicosocial

1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO:
**LA ESENCIA DE
LA ENFERMERÍA**

Capítulo

II

**Relación enfermero -
Paciente: Dignidad y respeto
la clave del cuidado
humanizado**



Objetivos del Capítulo

- Analizar la importancia del respeto por la dignidad humana como principio fundamental en la relación enfermero-paciente, destacando su impacto en el cuidado humanizado.
- Establecer mecanismos para evaluar tanto la comprensión como la aplicación de los conceptos de dignidad y respeto en la práctica clínica, proporcionando retroalimentación constructiva que ayude a los profesionales a mejorar continuamente en estos aspectos.

El respeto a la dignidad humana como principio fundamental.

El término dignidad proviene del latín “dignitas” y significa decoro, cualidad superior o excelencia. Para que una persona sea respetada moralmente y para que la dignidad pueda ser reconocida es fundamental que exista un respeto hacia las leyes morales⁽¹⁷⁾.

Este concepto de “dignidad” se emplea con frecuencia en el ámbito de la sanidad. Algunos autores que profundizan en el cuidado digno, consideran que es un concepto complejo de definir e interpretar debido a los distintos significados que puede tener, ya que dependiendo de las diferencias culturales o de la percepción de cada persona puede variar⁽¹⁸⁾.

Sin embargo, para otros autores la dignidad se define como la calidad o el estado de ser digno, honrado o estimado o como el componente integral de la calidad de vida⁽¹⁹⁾.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948 establece que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y que por el mero hecho de estar dotados de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente con los demás.

Por otro lado, según la Real Academia Española (RAE), la palabra respeto proviene del latín “respectus” y significa “atención”, “consideración”, “miramiento” o “deferencia”. Este término se define como “la veneración y el acatamiento que se le hace a alguien”. El respeto humano se emplea para enlazar la dignidad con la reverencia y la consideración y se considera que para demostrar respeto se deben llevar a cabo buenas acciones⁽²⁰⁾.

La dignidad y el respeto son dos conceptos que están muy relacionados entre sí y que se encuentran presentes en las personas de forma innata. Si se trata al individuo con respeto, se estará contribuyendo a preservar y a respetar su dignidad⁽²¹⁾.

Cuando las personas enferman, entran en un estado de fragilidad, vulnerabilidad y dependencia que puede desencadenar en una percepción de disminución de la dignidad por parte del propio paciente. Es por esto que el profesional de enfermería debe proporcionar un cuidado adecuado a 2 sus necesidades y que permita preservar e incrementar su dignidad⁽²¹⁾.

En la profesión enfermera están muy presentes los valores éticos y morales, concretamente el concepto de dignidad humana es uno de los más importantes. El hecho de mantener la dignidad del paciente se establece cuando el profesional de enfermería emplea su humanidad para empatizar con él y comprenderle de forma global e individualizada⁽²²⁾.

Los Derechos Humanos (DDHH) en enfermería están muy presentes en los códigos deontológicos y éticos. En todos ellos destaca el valor del respeto por la vida humana, aunque este ya se recogía anteriormente en los primeros escritos realizados por Florence Nightingale sobre el buen cuidado⁽²³⁾.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) publicó el primer Código Deontológico en el que se formulan un conjunto de normas y valores éticos como los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y al trato respetuoso⁽²³⁾.

Existen algunos autores que a lo largo de la historia han marcado un antes y un después en el cuidado de enfermería. Por un lado, Jean Watson y su teoría del cuidado transpersonal se centran en fundamentar el cuidado y en convertir al cuidador en instrumento terapéutico gracias a su relación con el paciente⁽²⁴⁾.

Por otro lado, se encuentra la teoría del cuidado caritativo de Kathie Erikson, que se basa en el cuidado de enfermería como base ontológica que abarca al ser humano, al paciente, la salud, el sufrimiento, el cuidado y los valores⁽²⁵⁾. Para otros autores, el cuidado caritativo es una manifestación del amor que “simplemente existe” y el verdadero cuidado ocurre cuando el cuidador, con espíritu caritativo, alivia el sufrimiento del paciente.

Cuidado libre de prejuicios y discriminación

De manera general se considera prejuicio (del latín. *praeiudicium*, ‘juzgado de antemano’) al proceso de formación de un concepto o juicio sobre alguna persona, objeto o idea de manera anticipada. En términos psicológicos, es una actividad mental inconsciente que distorsiona la percepción.

La palabra se utiliza a menudo para referirse a una evaluación preconcebida -normalmente desfavorable- o clasificación de otra persona basada

en las características personales percibidas de esa persona, como identidad política, sexo, género, identidad de género, creencias, valores, clase social, edad, discapacidad, religión, sexualidad, raza, etnia, lengua, nacionalidad, cultura, complexión, belleza, altura, peso corporal, ocupación, riqueza, educación, criminalidad, afiliación a un equipo deportivo, gustos musicales u otras características percibidas.

Por otro lado, discriminar significa seleccionar excluyendo; esto es, dar un trato de inferioridad a personas o a grupos, a causa de su origen étnico o nacional, religión, edad, género, opiniones, preferencias políticas y sexuales, condiciones de salud, discapacidades, estado civil u otra causa, es decir, la discriminación consiste en otorgar un trato peor a una persona en comparación con otras.

Para el personal de enfermería, el concepto de que la salud es un derecho humano lo cual significa que todas las personas o seres humanos tienen derecho a una atención de salud asequible y de calidad cuando más falta les hace y el cuidado, razón de ser de la enfermería, debe ser libre de prejuicios y discriminación a las personas.

Los derechos humanos son inherentes a todas las personas, independientemente de la nacionalidad, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua o cualquier otra condición. Van desde los más fundamentales - el derecho a la vida - hasta el derecho a los alimentos, la educación, el trabajo, las condiciones de vida saludable y la libertad.

En este sentido, el Código de ética del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) para las enfermeras⁽²⁶⁾ ofrece orientación ética en relación con los roles, deberes, responsabilidades, conductas, juicio profesional y relaciones con los pacientes, así como con otras personas que estén recibiendo cuidados o servicios, compañeros de trabajo y profesionales afines.

Establece y resalta que son inherentes a la profesión enfermera el respeto por los derechos humanos, en particular los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, así como el derecho a la dignidad y a ser tratado con respeto. Los cuidados enfermeros son respetuosos y aseguran la no discriminación por cuestión de edad, color, credo, cultura, etnicidad, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, lengua, raza, creencias religiosas o espirituales, situación jurídica, económica o social.

El prejuicio y la discriminación son contra la ley y el ser humano como paciente tiene derecho a un cuidado oportuno, adecuado, humano, de calidad,

libre de prejuicios y discriminación, además debe ser tratado con cortesía y respeto.

El concepto de presencia auténtica en el cuidado y la importancia del acompañamiento emocional.

Presencia auténtica en el cuidado

La presencia auténtica consiste en la actitud por la cual se está en mejor disposición para participar de un diálogo, a escuchar al interlocutor, a crear un clima de confianza. Estar presente y dispuesto para el asunto que se está tratando, actuar con claridad, tratar de llegar al fondo del asunto cuando hay dificultades.

La presencia auténtica es un componente crucial para la práctica de la enfermería como arte y profesión, es decir, la presencia auténtica en el cuidado de enfermería es una de las intervenciones más eficaces del cuidado a un paciente y su cuidador familiar, especialmente en momentos de marcada vulnerabilidad, y que puede impactar positivamente la satisfacción y transformar la vida de los implicados

Es entendida generalmente como una interacción entre el personal de enfermería y un paciente que utiliza comportamientos como un tono de voz tranquilo, palabras elegidas de manera cuidadosa, cercanía física, contacto visual y toque terapéutico para llegar a conocer al paciente como un individuo, no solo como un diagnóstico. A través de la presencia auténtica, se pueden escuchar y responder las llamadas de enfermería de los pacientes, lo que conduce a mejores resultados tanto para las enfermeras (os) como para los pacientes.

La presencia auténtica, no implica un mecanismo para obtener información, ni es una forma de cambiar o dirigir la experiencia de la salud de la persona, o de tener una conducta empática. Es una forma de estar con las personas en situaciones significativas en sus vidas, de comprender su contexto, es una relación sujeto a sujeto que honra cada uno de los cambios de la realidad del otro reconociéndolo en su unicidad en medio de su situación de salud y que exige compromiso y entrega para lograr que el centro, sea el otro.

Atendiendo a ello, la literatura ha mostrado que para fortalecer los momentos de encuentro entre el personal de enfermería y el sujeto de cuidado es necesario dar prioridad a la presencia auténtica. Esta presencia ha sido abordada bajo diferentes perspectivas, con los siguientes atributos:

- a. Entrega de enfermería en una relación recíproca intersubjetiva, donde se experimenta apertura mutua, amor incondicional y un sentido de confort cuando se está presente;
- b. Disponibilidad de la enfermera (o) para responder a las necesidades de la persona;
- c. Presencia que supone concentrarse en las preocupaciones de la otra persona dejando de lado las de la propia enfermera(o);
- d. Presencia en una intervención de enfermería como la habilidad para entender lo que el otro está sintiendo o experimentando;
- e. Presencia en medio del tiempo de atención a la persona a quien se deba atender;
- f. Presencia como la experiencia de la enfermera(o) de darse a sí misma(o) en una presencia auténtica capaz de transformar lo que está oculto o guardado para generar esperanza, expansión de la conciencia y cuidado;
- g. La presencia como una meta directa que responde a un llamado y tiene la intención de darlo todo buscando un camino de ayuda; y
- h. La presencia como algo intangible, mutuo y reconocido a través del tacto, tono o vista.

En fin, actuar con presencia auténtica en el encuentro entre el personal de enfermería con el paciente y también con su cuidador familiar, significa estar con ellos, observar, escuchar, aprender y apoyar la experiencia de vivir o morir. Es necesario que la enfermera (o) esté atenta a la situación, activa, dedicada, sea sensible al contexto, aisle sus prejuicios y sea empática. “Estar ahí”, es una forma concreta de incluir la dimensión espiritual en el cuidado y eso permite resignificar el momento de verdad. Eso implica apoyarse en la observación y en la intuición y ser capaz de reconocer el llamado. “Estar ahí”, implica una presencia amorosa, que cuida el detalle y procura el sosiego, es escuchar con especial de atención, es respetar e interesarse por los sentimientos expresados. “Estar ahí”, es hablar para dar una ayuda valiosa que tiene que ver con informar, orientar o apoyar, y es tener contacto físico para expresar compasión y compañía.

Importancia del acompañamiento emocional

El personal de enfermería controla la salud de sus pacientes, les proporcionan medicamentos, se encargan del papeleo, ayudan a los médicos

.....

a diagnosticar a los pacientes y les brindan asesoramiento, pero su trabajo no termina aquí, ya que desempeñan muchas otras funciones a lo largo de la jornada laboral y satisfacer las necesidades emocionales de sus pacientes es una de ellas.

Cuida a sus pacientes desde el punto de vista emocional, empatizando con los pacientes que sufren, calmando a los pacientes asustados y dándoles esperanza a todos ellos. El cuidado o apoyo emocional implica ser compasivo, aceptar y tratar a los pacientes como individuos únicos.

El apoyo emocional se puede entender como la capacidad de percibir lo imperceptible, lo que exige del personal de enfermería un alto nivel de sensibilidad para interpretar las manifestaciones verbales y no verbales del paciente. La comprensión adecuada de esas manifestaciones posibilita identificar cómo el paciente percibe la enfermedad, el proceso de hospitalización y el tratamiento, además de propiciarle seguridad.

Para desarrollar un apoyo emocional de cualidad, es necesario que los profesionales de salud sean buenos oyentes, atentos y dispuestos a tocar y confortar los pacientes. El cuidado del paciente no debe ser esencialmente instrumental en detrimento de los aspectos psicosociales y emocionales que permean la relación enfermero-paciente.

El apoyo emocional debe ser comprendido como una forma de cuidado, cuyo objetivo principal es ofrecer confort, atención y bienestar al paciente. Por tanto, la atención dispensada debe ser integral, considerando la totalidad y la complejidad del ser humano, abarcando tanto la dimensión física cuanto la psicológica y asociando el cuidado instrumental (medicación, curativos, higiene entre otros) al cuidado expresivo, que engloba el aspecto psicosocial, el relacionamiento y el apoyo emocional.

En enfermería, se hace hincapié, cada vez más, la importancia de la asistencia integral al paciente, considerándolo en su totalidad, a través de acciones que trasciendan el cuidado al físico, abarcando lo emocional, posibilitando una comprensión amplia de su sufrimiento.

El personal de enfermería necesita prestar atención para los factores bio-psico-socio-espirituales y emocionales de los pacientes que se encuentran bajo su cuidado. El foco del cuidado es el paciente y no solo su patología, lo que proporciona resultados benéficos al tratamiento.

Bajo esta perspectiva, el apoyo emocional es una forma de incluir aspectos de interacción y humanos en el cuidado, representados por atención, cortesía, delicadeza, comunicación efectiva, tanto verbal cuanto no verbal.

El papel del enfermero en la defensa de la dignidad, el respeto por la privacidad y confidencialidad del paciente.

Defensa de la dignidad del paciente en enfermería

La dignidad es un concepto básico en la atención de enfermería y promueve la comodidad emocional, lo que influye positivamente en la recuperación del paciente. La dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetadas durante la atención de enfermería al igual que su cultura y sus valores. La ética del cuidar se sustenta en respetar el sufrimiento del paciente y ser sensible a su dolor.

La dignidad se entiende como el “mérito y el valor inherente de una persona y está estrechamente vinculada con el respeto, el reconocimiento, la autoestima y la posibilidad de tomar decisiones propias” (27).

Desde la perspectiva de la atención sanitaria, la dignidad se percibe como un elemento clave en las normas habituales para llevar a cabo la práctica profesional. Se realizaron estudios dónde se observó que la atención de enfermería encaminada al mantenimiento de la dignidad se determina por la cortesía, la conciencia, la responsabilidad personal, la fraternidad y la defensa activa (28).

Existen varios modelos dedicados a la dignidad en el cuidado de los pacientes, pero siguiendo el modelo del mantenimiento de la dignidad del paciente de Lin, Yea y Tsai, Yung. (29) este modelo se plantea desde cinco perspectivas:

1. El respeto. Basándose en este modelo, una necesidad importante que como profesional de la salud importa de cara a mantener la dignidad del paciente es el respeto. Dentro del respeto se incluye la autonomía, el cuidado holístico, las creencias y cultura, y el consentimiento informado. La autonomía hace referencia a que los pacientes puedan tomar sus propias decisiones, decidir aceptar un tratamiento y participar en las decisiones sobre el mismo. La atención holística se centra en el cuidado de los pacientes como individuo completo y no solo en sus enfermedades. El subtema de creencias y cultura indica que es necesario el respeto por las creencias y culturas de los pacientes por parte del personal de enfermería y el resto del personal sanitario. Por último, el consentimiento informado es requerido en todos los procedimientos que se van a realizar.

2. El apoyo emocional. Es importante en el cuidado de los pacientes: animar, escuchar, mostrar empatía, tener un lenguaje apropiado y proporcionar un bienestar espiritual ayuda a preservar o aumentar la dignidad en el cuidado. También influye en la dignidad ofrecer una ayuda a los pacientes, escucharles y darles un apoyo psicológico adecuado. Cuando los pacientes expresan sus opiniones y se quejan, no se recomienda oponerse a ellos inmediatamente, es importante escuchar lo que dicen para que puedan ver que reciben el apoyo del personal sanitario.

3. Protección de la privacidad. En el cuidado del paciente es fundamental mantener la privacidad corporal, del espacio, de la condición y evitar que el cuerpo de los pacientes esté expuesto a la hora de realizar los cuidados. Se considera clave utilizar un espacio independiente a la hora de informar a los pacientes para mantener así la confidencialidad sobre la condición del paciente.

4. Mantenimiento de la imagen corporal. La apariencia física es un elemento destacado que influye en el mantenimiento de la dignidad en el cuidado.

5. El trato igualitario. Independientemente de la condición, posición social o raza del paciente. Esto debe aplicarse tanto para los pacientes que están conscientes como los que están inconscientes.

Respeto por la privacidad y confidencialidad del paciente

La privacidad se refiere al derecho a no ser objeto de interferencias. Se supone que la privacidad permite a las personas ejercer control sobre sus propias vidas, lo que incluye decidir quién debe tener acceso a la información personal y cuándo y cómo se divulgará dicha información.

Por tanto, la privacidad del paciente es su derecho a decidir cuándo, cómo, y hasta qué punto otros pueden acceder a su información médica protegida. Es decir, la privacidad del paciente se refiere al derecho de los pacientes a que su información personal, médica y de otro tipo se mantenga segura y no se divulgue sin su consentimiento.

Proteger la privacidad del paciente implica algo más que mantener a salvo los historiales de los pacientes. Abarca todas las interacciones que tengas con los pacientes y su información. He aquí algunas formas prácticas de garantizar la privacidad del paciente durante tus prácticas clínicas:

- Establecer una comunicación clara: Explica siempre al paciente por qué necesitas su información personal y cómo se utilizará y protegerá.

- Mantener los límites profesionales: Evita hablar de la información del paciente en lugares públicos o en las redes sociales.
- Utilizar métodos de identificación adecuados: Verifica la identidad del paciente antes de hablar de su información sanitaria o de prestarle asistencia.
- Proteger los archivos físicos y electrónicos: Guarda los archivos de los pacientes en un lugar seguro y asegúrate de que las pantallas de los ordenadores no estén a la vista de los transeúntes.
- Respetar la intimidad en la atención al paciente: Siempre que sea posible, deben utilizarse cortinas, biombos y puertas cerradas en las salas de pacientes para garantizar la intimidad física.

La privacidad del paciente mantiene la confidencialidad y solamente comparte su información con aquellos que la necesitan para brindar servicios médicos.

La confidencialidad se refiere al deber de proteger la información privilegiada y compartir la información confiada de manera responsable. Proviene de la noción de que los deseos, las decisiones y la información personal de una persona deben tratarse con respeto. El deber de confidencialidad puede aplicarse a individuos, organizaciones e instituciones. En campos como la medicina, el derecho y la asesoría, existen obligaciones profesionales explícitas de mantener la confidencialidad de la información personal, porque la confianza es la base de relaciones profesionales significativas.

Es decir, la confidencialidad se puede definir como el deber de no divulgar todo aquello que pertenece a la intimidad y a la privacidad de una persona. Y se entiende la intimidad como el derecho a estar protegido en todo aquello que uno considera como parte de la propia identidad, es decir, todo lo que el individuo reconoce en sí mismo y que le diferencia de los demás: el derecho a estar solo y el derecho a guardar el control de la información sobre el mismo. Intimidad física, es que nadie puede acceder al cuerpo de otra persona sin su permiso.

El papel del personal de enfermería en la protección de la intimidad del paciente genera algunas responsabilidades claves tales como:

- Utilizar la información de los pacientes sólo para el fin para el que fue recopilada.
- Limitar el acceso a los datos sólo a quienes los necesiten para fines asistenciales legítimos.

- Obtener el consentimiento adecuado antes de compartir la información de un paciente.

La confidencialidad, constituye un derecho del paciente que el personal médico o enfermero mantenga en secreto toda la información relacionada con su proceso de enfermedad y con su estancia en instituciones sanitarias públicas o privadas. La información debe ser reservada, salvo autorización expresa del interesado o cuando es solicitada por alguna autoridad judicial.

Cuestionario y actividades

1) ¿Cómo influyen los principios de dignidad y respeto en la práctica del cuidado enfermero, y por qué es esencial que el profesional de enfermería preserve la dignidad del paciente en situaciones de vulnerabilidad?

2) ¿Qué medidas pueden tomar el enfermero para garantizar que el cuidado sea libre de prejuicios y discriminación?

3) ¿Cómo puede el personal de enfermería integrar el cuidado humanizado en su práctica diaria para garantizar una atención integral que considere no solo las necesidades físicas, sino también las emocionales, sociales y espirituales de los pacientes?

4) ¿Cuáles son las cinco perspectivas que se plantea en el modelo del mantenimiento de la dignidad del paciente de Lin, Yea y Tsai, Yung?

5) ¿Por qué es crucial mantener la privacidad y confidencialidad del paciente en la práctica de enfermería?

1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO:
**LA ESENCIA DE
LA ENFERMERÍA**

Capítulo

III

**Comunicación efectiva en el
cuidado humanizado**



Objetivos del capítulo

- Identificar y describir las técnicas fundamentales de comunicación efectiva en enfermería, tales como la escucha activa, la claridad, la empatía, el asertividad para mejorar la interacción entre profesionales de la salud y pacientes.
- Evaluar los beneficios de una comunicación efectiva en el ámbito de enfermería, incluyendo la satisfacción del paciente, la adherencia al tratamiento, y la reducción de conflictos, con el fin de proponer estrategias de mejora continua en la práctica clínica.

Generalidades

A continuación, se presentan algunos aspectos generales sobre la comunicación efectiva tales como la definición, importancia, técnicas para lograr una comunicación efectiva en enfermería, sus beneficios y estrategias para mejorarla, etc.

Definición de comunicación efectiva en enfermería

La comunicación efectiva en enfermería es el proceso por el cual los profesionales de la salud transmiten información clara, precisa y comprensible a los pacientes, sus familiares y otros miembros del equipo sanitario, con el fin de mejorar la calidad de la atención, la seguridad, la satisfacción y los resultados de salud.

Importancia de la comunicación efectiva en enfermería

- Permite establecer una relación de confianza, respeto y empatía con el paciente y su familia, lo que facilita la identificación de sus necesidades, expectativas, preferencias y valores.
- Favorece la educación sanitaria, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y el autocuidado, al proporcionar información relevante, veraz y comprensible sobre el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y el seguimiento.
- Mejora la adherencia terapéutica, la participación y la toma de decisiones compartida, al fomentar el diálogo, la escucha activa, el feedback y el consentimiento informado.
- Reduce los errores, los conflictos, las quejas y los litigios, al evitar las ambigüedades, las contradicciones, las omisiones y las malas interpretaciones.

- Aumenta la coordinación, la colaboración y el aprendizaje entre los profesionales de la salud, al facilitar el intercambio de información, la retroalimentación, la resolución de problemas y la mejora continua.
- Técnicas para lograr una comunicación efectiva en enfermería

Entre ellas se enumeran las siguientes:

- **Escucha activa:** Consiste en prestar atención plena al mensaje del interlocutor, mostrando interés, respeto y comprensión, sin interrumpir, juzgar o distraerse. Implica usar el lenguaje verbal y no verbal para indicar que se está escuchando, como el contacto visual, los gestos, las expresiones faciales, los asentimientos, las repeticiones, las preguntas, etc.
- **Claridad:** Consiste en expresarse de forma sencilla, directa y precisa, evitando el uso de tecnicismos, jergas, siglas, eufemismos o palabras rebuscadas. Implica adaptar el mensaje al nivel de comprensión, al contexto y al propósito de la comunicación, usando ejemplos, analogías, imágenes, etc.
- **Empatía:** Consiste en ponerse en el lugar del otro, reconociendo y respetando sus sentimientos, opiniones y experiencias, sin imponer los propios. Implica usar un tono de voz amable, cordial y respetuosa, así como expresiones de apoyo, aliento y reconocimiento.
- **Asertividad:** Consiste en expresar los propios pensamientos, sentimientos y necesidades de forma honesta, respetuosa y firme, sin agredir ni someterse a los demás. Implica usar la primera persona, el lenguaje positivo, los mensajes yo, los elogios, las críticas constructivas, etc.
- **Feedback:** Consiste en dar y recibir información sobre el resultado de la comunicación, para confirmar, aclarar o corregir el mensaje. Implica usar preguntas abiertas, cerradas, de sondeo, de reflexión, etc., así como resúmenes, reformulaciones, paráfrasis, etc.
- **Adaptación:** Consiste en ajustar el mensaje a las características, las necesidades y las expectativas del interlocutor, teniendo en cuenta su edad, su sexo, su cultura, su religión, su estado de ánimo, su nivel de conocimiento, etc. Implica usar un lenguaje inclusivo, respetuoso y no discriminatorio, así como evitar los estereotipos, los prejuicios y las generalizaciones.
- **Verificación:** Consiste en comprobar que el mensaje ha sido recibido y entendido correctamente, y que no hay dudas, confusiones o malentendidos. Implica pedir al interlocutor que repita, resuma o explique el mensaje

con sus propias palabras, así como observar su lenguaje verbal y no verbal, para detectar posibles incongruencias o contradicciones.

Además, la comunicación efectiva en enfermería también incluye el uso de lenguaje no verbal, como el contacto visual y el lenguaje corporal, para establecer una conexión con los pacientes y generar confianza. La comunicación interprofesional también es crucial, ya que los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, y deben ser capaces de comunicarse de manera efectiva en equipo.

La comunicación efectiva en enfermería no solo se trata de transmitir información, sino también de establecer relaciones significativas con los pacientes y otros profesionales de la salud para brindar un cuidado integral.

Asimismo, la comunicación efectiva en enfermería es fundamental para proporcionar una atención de calidad a los pacientes. Se trata de un intercambio de información claro y preciso entre el personal de enfermería, los pacientes y sus familias, así como con otros profesionales de la salud.

La comunicación efectiva en enfermería no solo implica transmitir información, sino también escuchar activamente, mostrar empatía y establecer una relación de confianza con los pacientes.

Importancia de la comunicación efectiva en enfermería

La comunicación efectiva en enfermería es esencial por varias razones, entre ellas:

- Permite una comprensión clara de las necesidades del paciente, sus síntomas, preocupaciones y preferencias. Esto es crucial para brindar una atención personalizada y centrada en el paciente.
- Contribuye a la seguridad del paciente, ya que ayuda a evitar errores en la administración de medicamentos, procedimientos incorrectos o malentendidos que podrían tener consecuencias negativas para el paciente.
- Ayuda a consolidar el trabajo en equipo. Los profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeras, terapeutas y técnicos, deben colaborar y coordinar sus esfuerzos para garantizar la mejor atención posible para el paciente. Una comunicación clara y abierta es fundamental para lograr este objetivo.

Beneficios de una comunicación efectiva en enfermería

Los beneficios de una comunicación efectiva en enfermería son numerosos, entre ellos se pueden enunciar:

- Contribuye a una mayor satisfacción del paciente. Cuando los pacientes se sienten escuchados, comprendidos y bien informados sobre su atención y tratamiento, están más satisfechos con la atención que reciben.
- Puede mejorar la adherencia del paciente al tratamiento. Cuando los enfermeros explican claramente las indicaciones médicas, los cuidados necesarios en el hogar y responden a las preguntas de los pacientes, estos están más dispuestos a seguir las recomendaciones y pautas establecidas.
- Puede reducir la ansiedad y el miedo en los pacientes. La enfermedad y la hospitalización suelen ser situaciones estresantes, y una comunicación clara y compasiva puede brindar consuelo y tranquilidad a los pacientes y sus familias.

Estrategias para mejorar la comunicación efectiva en enfermería

Existen varias estrategias que los profesionales de enfermería pueden implementar para mejorar su comunicación con los pacientes, sus familias y otros miembros del equipo de salud. Algunas de ellas incluyen:

- 1. Escuchar activamente:** Prestar atención a las preocupaciones y preguntas de los pacientes, mostrando interés genuino en sus necesidades.
- 2. Utilizar un lenguaje claro y sencillo:** Evitar tecnicismos innecesarios y explicar la información médica de manera comprensible para el paciente.
- 3. Mostrar empatía:** Reconocer las emociones y experiencias del paciente, demostrando comprensión y apoyo.
- 4. Establecer una relación de confianza:** Construir un vínculo sólido con el paciente basado en la confianza y el respeto mutuo.
- 5. Utilizar herramientas de comunicación:** Emplear recursos visuales, folletos educativos o tecnología (como aplicaciones móviles o videos informativos) para complementar la información verbal proporcionada al paciente.

En conclusión, la comunicación efectiva en enfermería es esencial para garantizar una atención de calidad, segura y centrada en el paciente. Los profesionales de enfermería al mejorar las habilidades de comunicación pueden

fortalecer las relaciones con los pacientes, fomentar la colaboración interprofesional y contribuir a la obtención de mejores resultados clínicos y experiencias positivas para aquellos a quienes cuidan, los pacientes.

Estrategias de escucha activa en la interacción con el paciente.

Por escucha activa, se entiende, a atender más allá del mensaje que el paciente nos retransmite, es decir, fijarnos en el cómo se dice, en el lenguaje no verbal, en los elementos paraverbales y hacerle sentir al paciente que lo escuchamos⁽³⁰⁾.

Por tanto, la escucha activa consiste en atender a la totalidad del mensaje que se recibe, es decir, prestar atención no sólo a lo que se dice (el contenido) sino también al “cómo se dice”, fijándose en los elementos no verbales (la comunicación no verbal se compone de gestos, miradas, movimientos de las manos y brazos, postura, risas, sonidos guturales, tono y velocidad de la voz, entre otros rasgos) y paraverbales (los elementos paraverbales del lenguaje oral son la entonación, las pausas, los énfasis; es decir, aquellos recursos que nos permiten decir algo en tono de pregunta, de exclamación o de afirmación; en un tono irónico o no convencional; expresar un silencio o interrupción, etc.), mirar al paciente, dedicarle tiempo, hacerle ver que se tiene en cuenta sus opiniones.

La escucha activa constituye uno de los mejores recursos que podemos utilizar para mejorar nuestras habilidades de comunicación, contribuyendo a mejorar la calidad de las mismas y a que resultemos un interlocutor agradable para los demás.

El silencio es un componente esencial en la escucha activa: guardar silencio no significa estar ausente. Implica mantener una postura atenta, abierta y relajada, junto con una mirada que indique al paciente que estamos ahí para escucharle y que lo que nos quiere decir nos parece verdaderamente interesante. Debemos practicar el “silencio” que es sin duda la mejor escucha reflexiva⁽³¹⁾.

A fin de escuchar activamente es necesario según Subiela García, José Antonio; Abellón Ruiz, Juan; Celdrán Baños, Ana Isabel; Manzanares Lázaro, José Ángel; Satorres Ramis, Bárbara⁽³²⁾:

- Dejar de hablar. Si se está hablando no se puede escuchar.
- Conseguir que el interlocutor se sienta con confianza. Hay que ayudar a la persona a que se sienta libre para expresarse. Para conseguirlo puede ayudar el ponerse en su lugar, es decir, establecer una relación de empatía.

- Demostrar al interlocutor que se está dispuesto a escucharle: se trata de adoptar una posición abierta y activa, manifestándole claramente nuestro interés y escuchándole para tratar de entenderle y no para oponernos, lo que se suele hacer mediante movimientos afirmativos de cabeza y palabras del estilo de “sí, sí”, “ya veo”, resumir y confirmar las afirmaciones de quién nos trasmite el mensaje, formulando las frases con una tonalidad adecuada (no con incredulidad), con empatía y respeto, pero sin abusar de ellas, permitiendo que el paciente pueda exponer el problema sin interrumpirle precozmente ni realizar conclusiones prematuras, facilitando que exprese sus sentimientos, sus expectativas, sus esperanzas y cómo afecta la enfermedad a su vida.
- Eliminar las posibles distracciones, (interrupciones, llamadas telefónicas, puertas abiertas, etc.).
- Ser paciente. Tomarnos el tiempo necesario, teniendo en cuenta del que disponemos para hablar con él y con el resto de los pacientes. A veces es conveniente al principio establecer la duración de la entrevista con el fin de poder llevar a cabo nuestro trabajo de una forma adecuada.
- Conducir la conversación, sin interrumpirle. Para ello, suele ser útil resumir, preguntar y parafrasear, usando un lenguaje sencillo, asertivo y comprensible para el paciente minimizando las reacciones negativas del paciente.
- Dominar nuestras emociones. Una persona enojada siempre malinterpreta las palabras.
- Evitar criticar y argumentar en exceso, ya que esto situaría a nuestro interlocutor a la defensiva, conduciéndole probablemente a que se enoje o se calle.
- Preguntar cuanto sea necesario. Además de demostrar que le estamos escuchando, le ayudaremos a desarrollar sus puntos de vista con mayor amplitud. Utilizando frases y gestos sencillos: ummm... mmm..., cuéntame, por ejemplo.
- De nuevo dejar de hablar: ésta es la primera y la última de las recomendaciones y de la que dependen todas las demás.

En conclusión, un elemento clave para una comunicación eficaz es saber escuchar. Saber escuchar es saber oír, analizar y comprender la información que nuestro interlocutor transmite, tanto a nivel verbal como no verbal.

Las características de una escucha eficaz con respecto al paciente son:

- Empatía: no se trata de mostrar alegría, ni de ser simpático, sino que consiste en ponerse en el lugar del paciente y tratar de percibirle mundo tal y como él lo hace. Es la capacidad de identificarse con el paciente y comprender así su conducta y sus sentimientos, a la vez que se le transmite esta comprensión. Implica partir de la idea de que todos tenemos una razón para actuar o sentir cómo lo hacemos.
- Aceptación incondicional del otro: implica reconocer al individuo como una persona valiosa, ello supone respetar y aceptar al paciente como persona total, tal y como es, sin entrar en valoraciones críticas o éticas acerca de su forma de ser o sentir.
- Autenticidad, que consiste en mostrarse a los demás tal y como uno es, sin fingir y sin aparentar.

Este saber escuchar se traduce en lo que en la actualidad se denomina escucha activa.

La escucha activa se define como el esfuerzo físico y mental de querer escuchar con atención la totalidad del mensaje que se emite, tratando de interpretar el significado correcto del mismo, a través de la comunicación verbal y no verbal que realiza el emisor, e indicándole a través de la retroalimentación lo que creemos que estamos entendiendo. Es decir, implica mostrar una atención física a la persona y psicológica al contenido y la emoción que expresa. Por lo tanto, escuchar de forma activa implica atender a la totalidad del mensaje, integrar en un mensaje lo que a través de diversos canales se está emitiendo y, por otra parte, la retroalimentación, que conlleva pedir aclaraciones sobre el contenido o significado del mensaje al emisor.

Para escuchar de forma activa el profesional de enfermería debe:

- f. Centrarse en el paciente, tratando de no distraerse con ninguna otra actividad.
- g. Comprender el mensaje, preguntándose por las intenciones del paciente, observando su comunicación no verbal y paraverbal e integrándola con los componentes verbales.
- h. Resumir, primero interiormente para posteriormente verbalizar el resumen. Esta habilidad servirá para hacerle ver a nuestro interlocutor

que le estamos escuchando y comprendiendo. Para ello se pueden utilizar expresiones como «si no te he entendido mal...» o «Entonces, lo que quieres decir es...».

- i. Confirmar que ha entendido bien el mensaje, repitiendo verbalmente el resumen que ha realizado mentalmente. Para conseguir esto se debe procurar un clima físico agradable, con cierto grado de privacidad y la posibilidad de sentarse.
- j. Conseguir que no se produzcan interrupciones, ruidos, llamadas de teléfono, etc. Otros aspectos a considerar son mantener una actitud positiva hacia el paciente, así como utilizar la empatía.
- k. Procurar tener pensamientos positivos hacia el paciente, no juzgarlo y, además, intentar ponerse en su lugar. También es fundamental no tener prisa cuando el paciente está hablando, no interrumpirle y no adivinar ni adelantarse a su discurso.
- l. Concentrarse en su mensaje y evitar distracciones, a la vez que se realicen resúmenes con frecuencia de lo que se está escuchando. De esta forma, no sólo se transmite al paciente interés, sino que, al repetir sus palabras o el sentido de las mismas, se está asegurando de que se ha recibido el mensaje tal y como se pretendía transmitir.
- m. No se debe olvidar mantener el contacto visual y realizar gestos que indiquen que le se le está escuchando, como, por ejemplo, balancear suavemente la cabeza de arriba abajo.
- n. Al mismo tiempo, se debe evitar mantener el cuerpo echado hacia atrás, cruzar las piernas en dirección opuesta al paciente y cruzar los brazos sobre el pecho.

En resumen, el profesional de enfermería ayuda a su paciente cuando se compromete en la relación, se comunica con él de forma empática, le escucha y permite y acepta la expresión de sentimientos y pensamientos, le manifiesta su respeto y le anima a ser él mismo, con sus potencialidades y capacidades.

Una de las principales ventajas que presenta la escucha activa es que permite que se complete el proceso de comunicación, y así se facilite que el receptor entienda el mensaje que el emisor transmite. Sin embargo, no es este el único beneficio de la escucha activa, a continuación, se presenta un resumen de otras ventajas:

- Proporciona mayor conocimiento. La observación minuciosa de los elementos no verbales del paciente de la comunicación servirá para acercarse al conocimiento de sus sentimientos y objetivos.
- Mejora la predisposición. El paciente percibe que se está interesado en él, del paciente en su opinión, en sus sentimientos, con lo que conseguimos su cooperación y facilitamos que él se esfuerce en comprendernos si son discrepantes. Además, mejora la predisposición al diálogo.
- Disminuye la ansiedad del paciente. Si se permite que el paciente se exprese con libertad, sin interrupciones se contribuye a reducir su tensión al comunicar, porque le se brinda confianza y seguridad.
- Se dispone de más tiempo. Practicar la escucha activa permite disponer para responder de más tiempo para pensar posibles respuestas, organizar argumentos y valorar mejor las opciones
- Facilita alcanzar acuerdos. Al evitar las interrupciones al paciente, le proporciona mayor seguridad sobre la expresión de sus opiniones y sentimientos. Por otro lado, el personal de enfermería puede entenderle mejor, lo que unido a la predisposición al diálogo facilita el trabajo en común y lograr acuerdos.

Comunicación no verbal y su relevancia en la relación enfermera-paciente

La comunicación no verbal, es también denominada lenguaje corporal, es el proceso de enviar y recibir mensajes sin utilizar palabras, ya sean habladas o escritas. Al igual que algunos signos ortográficos son útiles para enfatizar el lenguaje escrito, el comportamiento no verbal puede enfatizar partes de un mensaje verbal.

Se considera que en una comunicación cara a cara, el comportamiento no verbal representa un importante porcentaje de la información que transmitimos, frente al resto que se corresponde con la comunicación verbal: de ahí la importancia de tener en cuenta la comunicación no verbal.

No se debe confundir la comunicación no verbal con la comunicación no hablada (oral), ya que existen formas de comunicación no verbales, como la escrita o las lenguas de signos, que tampoco son orales.

Clasificación del lenguaje no corporal

La comunicación no verbal puede ser expresa de diversas formas, conviene aquí traer algunas de sus definiciones cuánto a las clasificaciones:

- a. Cinésica o lenguaje del cuerpo. “Describe las posiciones y el movimiento del cuerpo humano que posee significado en la comunicación interpersonal, en las diversas culturas. El análisis cinésico incide en todas las partes del cuerpo, resaltando que las expresiones faciales son bastante utilizadas para demostrar sensaciones”.
- b. Proxémica. “Estudia el uso humano del espacio para fines de comunicación. Están involucrados aspectos de proximidad conciente o no de otra persona, (...), de orientación, (...) y de la territorialidad”.
- c. Paralenguaje. “Estudia los sonidos producidos por el aparato fonador. Es utilizado en el sistema sonoro de la lengua que está siendo utilizada (...), el paralenguaje fortalece la emoción del emisor”.
- d. Tacesica. “Enfoca el tacto en situaciones de saludo, de adiós, entre individuos de diversos “status” social y entre los sexos contrarios”.

Elementos de la comunicación no verbal

- a. Expresiones faciales. El rostro humano es capaz de expresar innumerables emociones sin decir una palabra. Y a diferencia de algunas formas de comunicación no verbal, las expresiones faciales de las emociones son universales. Las expresiones faciales de felicidad, tristeza, ira, sorpresa, miedo y asco son las mismas en todas las culturas.
- b. Movimientos corporales y postura. La percepción de las personas sobre nosotros varía en función de la forma en la que nos sentamos, caminamos, nos levantamos o sostenemos la cabeza, ya que el modo en la que nos movemos y comportamos comunica una gran cantidad de información al exterior. Este tipo de comunicación no verbal incluye la postura, el porte, la posición y los movimientos.
- c. Gestos. Los gestos forman parte de la vida cotidiana. Al saludar, señalar, hacer señas y utilizar las manos cuando se discute o se habla animadamente, realizar expresiones con gestos a menudo de forma inconsciente. Sin embargo, el significado de los gestos puede ser muy diferente según la cultura y la región, por lo que es importante tener cuidado para evitar interpretaciones erróneas. Los gestos, movi-

mientos corporales y posturas son estudiadas por la kinésica también conocida como cinésica o quinésica.

- d. Contacto visual. Dado que el sentido visual es dominante para la mayoría de las personas, el contacto visual es un tipo de comunicación no verbal especialmente importante. La forma de mirar a alguien puede comunicar muchas cosas, como interés, afecto, hostilidad o atracción. El contacto visual también es crucial para mantener el flujo de la conversación y para calibrar la respuesta de la otra persona.
- e. El tacto. A través del tacto las personas pueden comunicarse. Los mensajes se pueden transmitir con: un firme apretón de manos, una tímida palmada en el hombro, un cálido abrazo de oso, una palmadita en la espalda que da seguridad, un gesto condescendiente en la cabeza o un apretón controlador en el brazo.
- f. Espacio. Todos tienen necesidad de espacio físico, aunque esa necesidad difiere según la cultura, la situación y la cercanía de la relación.

Se puede utilizar el espacio físico para comunicar muchos mensajes no verbales diferentes, como señales de intimidad, agresión, dominio o afecto. A este concepto se le denomina proxémica, que no es otra cosa que la disciplina que estudia la relación espacial entre personas como manifestación social y significativa.

- g. Voz. No es sólo lo que se dice, sino cómo se dice. Cuando se habla, los demás leen nuestra voz, además de prestar atención a nuestras palabras en un proceso de escucha activa. Se fijan en el tiempo y el ritmo, en el volumen de la voz, en el tono y la inflexión, y en los sonidos que transmiten comprensión y asentimiento. Un tono de voz puede mostrar sarcasmo, enfado, afecto o confianza.

Aquí entra en juego la paralingüística, ciencia que estudia elementos como la intensidad o volumen de la voz; la velocidad de emisión de los enunciados; el tono, variantes y matices de la entonación y duración silábica o el volumen.

Relevancia de la comunicación no verbal

Si los cuidados de enfermería incorporan la comunicación no verbal de manera sistemática, ésta repercutiría en una mejora de la calidad de los cuidados y en una mejor y más pronta recuperación del paciente, así como en la reducción de la ansiedad de los mismos.

De esta forma, cuando el equipo de enfermería consigue comunicarse con el paciente imposibilitado, por ejemplo, de expresarse verbalmente, el equipo comienza a interactuar con el mismo, posibilitando una mejor integración enfermería-paciente, o sea, proporcionando una relación social con un individuo que muchas veces está enfermo y fuera de su ambiente social. Así al establecerse la comunicación, esta puede disminuir el estrés, la angustia, la ansiedad, el miedo, la tristeza y la depresión del cliente que antes no lograba interactuar con los profesionales.

Así, una vez más se torna interesante resaltar la importancia del uso de la comunicación no verbal, que debe ser utilizada por el equipo de enfermería, toda vez que se objective cuidar del ser humano de manera holística, considerando al cliente como un ser singular, donde los cuidados que le serán dados tendrán que ser hechos de manera individualizada y peculiar a cada sujeto, pues este es un ser humano inserto dentro del contexto bio-psico-social.

Manejo de la comunicación en situaciones de crisis

Una crisis es un estado temporal de desorganización que se caracteriza por la incapacidad de la persona para abordar la situación utilizando los medios acostumbrados para la solución de problemas. Se trata de situaciones que desbordan la capacidad de respuesta de la persona que las sufre, debido a su gravedad, por ejemplo, sufrir un accidente de tráfico.

A raíz de una crisis la persona se enfrenta a sus propias capacidades y recursos, lo que le puede ayudar a obtener mayores cotas de crecimiento, es decir, que los resultados de una crisis no son siempre negativos, sino que puede representar una oportunidad para que la persona adquiera mayor confianza, mejore sus recursos y, en consecuencia, obtenga un resultado positivo de la crisis.

Existen dos grandes tipos de crisis: las de desarrollo y las circunstanciales:

a. Crisis de desarrollo. Se denominan a los estados en los que se encuentran las personas durante el cambio de una etapa de su vida a otra. Por ejemplo: la adolescencia en la que se producen unos cambios muy importantes a nivel biológico, psicológico y social. Las crisis de desarrollo son graduales, y se producen durante un largo periodo de tiempo.

b. Las crisis circunstanciales. Las crisis circunstanciales se caracterizan porque son repentinas, inesperadas, la persona no está preparada para ellas, suponen una amenaza o un peligro y son temporales. Este último aspecto es muy importante, ya que ninguna persona puede mantener durante mucho

tiempo unos altos niveles de atención física o emocional. Son aquellas, entonces, en las que se encuentra el personal de enfermería, que se caracterizan por ser bruscas e inesperadas. Se deben a un suceso externo, repentino, amenazante y dañino para la persona. Ejemplos de este tipo de crisis son, por ejemplo, un accidente de tráfico, una enfermedad grave, la muerte de un familiar, etc. En estas crisis, además, se debe considerar el componente físico, el psicológico o emocional, consecuencia del primero.

A diferencia de las crisis de desarrollo, las crisis circunstanciales pueden impactar una o varias personas (por ejemplo, en un accidente) o incluso sobre poblaciones amplias, por ejemplo, en las catástrofes naturales o provocadas.

Existen muchos tipos de crisis circunstanciales: la asistencia médica in situ, la muerte repentina de un familiar (por ejemplo, un suicidio, un homicidio, una enfermedad fulminante, un accidente), desastres naturales (como una inundación) o provocados (como un atentado terrorista), accidentes (de tráfico, aéreos, etc.), situaciones problemáticas (como tratar con persona alteradas psicológicamente, agresiones, maltratos, víctimas de delitos en general).

Como se puede observar, los profesionales de enfermería tienen que tratar con mucha frecuencia con personas afectadas por distintos tipos de crisis circunstanciales, en su trabajo cotidiano. De ahí la importancia que tiene el que este personal sepa manejar estas situaciones de una manera adecuada.

En toda crisis se puede identificar una víctima primaria, que es la que sufre directamente los efectos de la situación crítica (el paciente), y unas víctimas secundarias, que son las personas significativas de la persona que está experimentando la crisis (la familia).

En violaciones, suicidios, agresiones, incesto, abuso de droga, disputas familiares y desastres naturales, la intensidad del trauma, la sacudida emocional y la dificultad de ajuste asociado al suceso puede ser tan grande para las familias como para la propia víctima. Las familias a menudo experimentan su propia crisis a medida que intentan ajustarse a lo que ha sucedido.

Cuando una persona está en situación de crisis, pasa por una serie de etapas que es necesario conocer, para poder reconocerlas, y colaborar para que se desenvuelvan en las mejores condiciones. Las fases y manifestaciones de la persona en crisis son las siguientes:

1. Llanto o estupor. Ante una situación de crisis, las reacciones más habituales son opuestas: el llanto y el estado de paralización o estupor. Lo más habitual es que la persona rompa a llorar, lo que facilita descargar la tensión, por lo que no debe ser reprimido.

Otra posibilidad frecuente es que la persona se sienta paralizada, en estado de shock, mostrándose incapaz de responder ante la situación en la que se ve inmersa o ante la noticia que se le transmite.

2. Negación o intrusión. Tras la primera reacción emocional, la persona en crisis, puede experimentar dos reacciones extremas: la negación o la intrusión:

- a. La negación consiste en negar mentalmente el hecho que se ha producido. Así, la persona busca razones peregrinas que niega el hecho o simplemente considera que no es cierto. Por ejemplo, está en la fase de negación una persona a la que se ha diagnosticado una enfermedad muy grave y continua con su vida habitual, sin hacer caso a las recomendaciones médicas, ni seguir el tratamiento que le podría salvar la vida. Otra forma de negación es continuar, tras el suceso impactante, como si no hubiera ocurrido nada; por ejemplo, una persona a la que se le comunica el fallecimiento en accidente de su cónyuge e inmediatamente se va a trabajar como si no ocurriera nada. Así pues, aunque la persona que actúa como si no hubiera pasado nada continua con sus actividades normales, está mostrando una falsa tranquilidad. No hay que forzarle a admitir la realidad, pero tampoco hay que darle la razón en lo que está diciendo.
- b. La intrusión es el fenómeno opuesto al anterior y consiste en que la persona se ve inundada por ideas y emociones de dolor y pena relacionados con la crisis. Además, tiene la sensación de que no puede controlarlo, es decir, que no se puede «quitar de la cabeza» el suceso acontecido, impidiéndole poder pensar en otros asuntos importantes como las propias necesidades. La intrusión se da, por ejemplo, en una persona que, tras comunicarle que su pareja ha tenido un accidente, permanece en el hospital sin comer o dormir durante días.

3. Difusión. Es la expresión reiterativa, hasta el punto de que la persona se vuelve monotemática, de los sentimientos internos tras la experiencia pasada. Por ejemplo, cuando tras sufrir un accidente, le contamos a todo el mundo lo sucedido con mucho detalle.

4. Consumación. Es la etapa final de la experiencia y conduce a una asimilación de la misma por parte de la persona. En esta etapa la persona admite el problema y lo integra en su vida cotidiana, de modo que vuelve a la normalidad tras adaptarse al hecho que ha provocado la crisis. En esta etapa se encontraría, por ejemplo, un accidentado de tráfico que, poco a poco, vuelve a conducir.

Las reacciones ante las crisis pueden variar en intensidad dependiendo de las características de la situación que las ha provocado. Así, se debe contar con la importancia del suceso, el nivel de peligro y el tiempo que la persona se ha visto inmersa en la situación crítica, de modo que, a mayor periodo de asociación, se pueden prever respuestas más intensas. Pero, para comprender el efecto que puede tener la situación de crisis sobre la persona, se debe contar con el efecto de dos grandes variables amortiguadoras: los recursos personales y los recursos disponibles.

Así, si la persona tiene experiencia en situaciones similares o habilidades personales, se verá menos afectado por la crisis. Este mismo efecto, se puede producir por recursos externos a la persona, como la disponibilidad de ayuda externa o de recursos inmediatos. Por ejemplo, ante la experiencia de una enfermedad grave del cónyuge, la persona se verá menos afectada si cuenta con recursos externos que le ayuden a cuidar de sus hijos, que si no cuenta con ellos.

Finalmente, queda por describir cómo se reacciona ante las crisis. La respuesta de la persona se puede considerar a cuatro niveles.

1. A nivel fisiológico, es habitual que la persona experimente llanto, taquicardias, palidez, dolor generalizado, agotamiento o sobreexcitación, entre otros.
2. A nivel emocional, la persona puede sentir cólera, miedo, ansiedad, agotamiento emocional, estupor, sentimientos de indefensión, etc.
3. A nivel cognitivo, se encuentra que el sujeto en situación de crisis, puede experimentar confusión mental, irreflexión, ideas irracionales u obsesivas, deseo de venganza, negación del hecho o culpabilización hacia los demás.
4. Las reacciones conductuales más frecuentes, entre las que se encuentran la inmovilidad, agresión hacia los demás o hacia uno mismo, evitación, agitación psicomotriz, etc. Todas las reacciones descritas se consideran respuestas normales ante una situación de crisis. El

personal que atiende a los afectados ha de saber reconocerlas y normalizarlas.

Principios de la intervención en crisis

La primera ayuda psicológica ha de ser prestada por los profesionales que realicen la primera asistencia, entre ellos los profesionales de salud que le atienden o que les comunican la mala noticia. Los objetivos de la intervención en crisis siguen cuatro etapas:

1. Etapa somática: se dirige a contribuir a la supervivencia física.
2. Etapa afectiva: su objetivo es identificar y expresar los sentimientos involucrados en la crisis.
3. Etapa cognitiva: su finalidad es que la persona obtenga el dominio cognitivo con el fin de que comprenda la situación.
4. Etapa conductual/interpersonal: en esta última fase se persigue que la persona genere nuevos patrones de comportamiento y relaciones interpersonales con el fin de que se adapte a la situación.

Así pues, en la intervención en crisis se asegura primero la supervivencia física de la persona, para ir avanzando en las distintas etapas hasta alcanzar la adaptación a la nueva situación tras la crisis.

La primera ayuda psicológica que deberían prestar, los profesionales de enfermería se plantean con un objetivo central: que la persona en crisis sea capaz de tomar decisiones. Todas las situaciones de crisis se caracterizan por un trastorno de las habilidades para la solución de problemas. Para la persona en crisis lo esencial del problema es que él o ella se siente incapaz de hacer frente a las circunstancias abrumadoras del momento. En este sentido, una ayuda bien dispensada puede ayudar a la persona a que tome las medidas concretas que le permitan el manejo de los propios sentimientos y la toma de decisiones.

Conceptos básicos de la intervención en crisis

Son los siguientes:

- a. La capacidad de afrontamiento de los afectados no funciona bien por sobrecarga.
- b. La ayuda rápida y específica puede colaborar a equilibrar de nuevo el funcionamiento.

- c. Sólo los asuntos que uno mismo no puede manejar pueden ser manejados por otros.
- d. La ayuda ofrecida debe ser coherente con la individualidad de la persona.
- e. Se debe suprimir la ayuda tan pronto como sea posible. Esta ayuda se ha de prestar lo antes posible, de modo que reduzcamos el tiempo que la persona en crisis se encuentre sola. Se trata de que reaccione cuanto antes a la ayuda prestada.

Otro aspecto importante es que cuando la enfermera intervenga, lo haga convencida de que con su labor conseguirá ayudar a la persona a reducir el impacto de la situación. De este modo, transmitirá seguridad y confianza a la víctima.

Esta ayuda se ha de realizar en un lugar discreto, cercano y, siempre que sea posible, fuera del alcance visual del lugar donde se han producido los hechos para evitar que pueda producir rechazo o temor en la persona afectada.

Comunicación efectiva en crisis

La intervención en crisis es un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familiar a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de resultar dañada física y emocionalmente se reduzca y la posibilidad de crecimiento se incremente. Este proceso se divide en dos partes: primera ayuda psicológica y terapia en crisis que debe ser realizada por un psicólogo especializado en este ámbito.

Por ello, se tratará solo el aspecto de la primera ayuda psicológica. Es importante que todos los profesionales sanitarios tengan conocimientos y habilidades suficientes para prestar esta primera ayuda psicológica, es decir, una intervención en crisis inmediata, y que será realizada por quienes se relacionen en primera instancia con el afectado. El objetivo de esta primera ayuda es atender al trastorno emocional que sufre la persona, así como a su conducta desajustada al lugar y al momento. La intervención en crisis consta de cinco fases: 1. Contacto psicológico, 2. Examinar las dimensiones del problema, 3. Examinar las posibles soluciones, 4. Ayudar a adoptar soluciones concretas y 5. Seguimiento.

Aunque no siempre es posible, es conveniente tratar de completar todos los pasos. De hecho, es difícil llevar a cabo la última fase en la práctica cotidiana, puesto que una vez que los pacientes abandonan el centro de salud, el personal de enfermería no puede realizar el seguimiento.

1. Contacto psicológico

En esta fase se debe intentar que la persona en crisis se sienta escuchada, comprendida y apoyada. Otros objetivos de este primer momento son reducir los problemas emocionales y favorecer la toma de decisiones. Para conseguir estos objetivos, se plantean las siguientes tareas:

- Invitar a la persona a hablar.
- Estar atento a hechos y sentimientos.
- Resumir hechos y sentimientos.
- Empatía y escucha activa.
- Autorevelaciones.
- Expresiones directas e indirectas de interés por su estado y sus problemas. – Contacto físico. – Aceptación y ayuda incondicional.
- Comunicar aceptación.

Asimismo, en esta primera fase de la ayuda, existen una serie de errores que se deben evitar por parte del personal sanitario que presta esta atención. Se trata de contar un hecho personal o del que se tenga noticia y que se considera similar al que está viviendo la persona en crisis.

También hay que evitar juzgar el comportamiento de la persona, tomar partido por una de las partes (si es el caso) o ignorar hechos o sentimientos expresados por el afectado. Por ejemplo: “Es que a quién se le ocurre ir sola a esas horas de la noche”, etc.

En el caso de que sea necesario, en esta primera etapa se ofrecerá ayuda instrumental, como seguridad física, asistencia sanitaria, abrigo, etc.

2. Examinar las dimensiones del problema

Este momento se centra en conocer las necesidades inmediatas y posteriores de la persona en crisis. En ocasiones pueden ser complejas, pero otras veces puede ser muy sencillo, como avisar a un familiar. Así pues, el objetivo fundamental de la segunda fase es conocer los problemas de la persona afectadas que deben tratarse inmediatamente y los que se pueden posponer, debido a la imposibilidad de tratarlos todos al mismo tiempo.

Estos objetivos se pueden alcanzar:

- Realizando preguntas abiertas sobre el suceso precipitante.

- Realizando preguntas abiertas sobre cuáles son los problemas inmediatos, de qué miembros o amigos se puede disponer para ayudar, qué pensamientos tienen en esos momentos en relación al suceso crítico y a los problemas derivados de éste.
- Realizar preguntas abiertas sobre cuáles son las necesidades, preocupaciones y problemas inmediatos y a corto plazo.

En este momento de la ayuda, el personal de salud ha de evitar las abstracciones continuas e intentará que el problema se describa de forma concreta y operativa.

También hay que estar muy atento ante los posibles signos de peligro por parte del paciente, como amenazas contra sí mismo o contra los demás.

3. Examinar las posibles soluciones

Una vez que se ha identificado qué problemas tiene planteados la persona en crisis, se trata de colaborar en encontrar posibles soluciones a las necesidades inmediatas o posteriores. Para ello, nuestra comunicación debe centrarse en:

- Preguntar lo que se ha intentado hasta el momento.
- Tratar de analizar las ventajas e inconvenientes de las soluciones que ha propuesto la persona. Es importante no dejar ningún obstáculo de cada solución sin analizar.
- Si se considera conveniente, aportar nuevas soluciones, por ejemplo, una nueva conducta del afectado, la redefinición del problema, pedir ayuda externa o realizar un cambio de ambiente.

En esta fase es muy común que el afectado muestre una visión de túnel, es decir, una percepción muy negativa de la situación en la que se siente incapaz de encontrar solución alguna o un resquicio de esperanza.

Se ha de transmitir a la persona en todo momento, sensación de control y de capacidad para hacer frente a la situación crítica. Por ello se debe evitar ser tan directivos que la persona tenga la sensación de que todas las soluciones las ha aportado el sanitario.

4. Ayudar a la toma de decisiones

Una vez que se han identificado los problemas y las posibles soluciones, se trata de decidir qué opción se selecciona, entre las propuestas. En general, se ha de tener en cuenta que se no se trata de decidirse por la solución

ideal sino por la que resulte más factible, es decir, por la mejor entre las soluciones disponibles. Por tanto, los objetivos de esta fase son: por una parte implementar soluciones inmediatas y concretas y, en segundo lugar, negociar aplazamientos concretos, por ejemplo, de hora, de lugar, o de personas, si es que es necesario. Las tareas que ayudan a conseguir estos objetivos son los siguientes:

- Si la persona es capaz de actuar, se ha incitarla a hacerlo a través de la escucha activa y una actitud facilitadora.
- Si la persona no es capaz de actuar, se ha de ser directivo en lo relacionado con la decisión a tomar. Para ello, resulta muy útil emplear verbalizaciones del tipo «puedo actuar en su beneficio».
- Si se considera necesario, se puede posponer la toma de decisiones. En este caso se ha de señalar la hora y lugar, así como dar facilidades para que se produzca el encuentro.

Errores comunes se refieren a intentar resolverlo todo de manera inmediata y a tomar decisiones sobre acciones a largo plazo. El profesional debe evitar que la persona se muestre tímida o que evite aceptar decisiones cuando sea necesario. En este punto el personal de enfermería puede adoptar dos actitudes diferentes:

a. Puede mostrar una actitud facilitadora, en el caso en que el afectado tenga capacidad para decidir y actuar. En este caso, se trata de colaborar con él para favorecer la toma de decisiones.

b. También se puede adoptar una actitud directiva, pero sólo en el caso de que la persona no se muestre capacitada para hacerlo, por el estado emocional en el que se encuentra, o por que exista un riesgo inminente que no admite espera.

5. Seguimiento

Finalmente, se plantea una última fase de seguimiento, que permita al profesional cómo ha evolucionado la situación. A pesar de que sería deseable, resulta muy complejo llevarla a cabo en situaciones de atención urgente, lo que provoca que no se realice en la mayoría de ocasiones. En el caso de que hayan acudido los familiares, resulta muy útil detectar al líder familiar para que canalice información o decisiones, en el caso de que tenga la serenidad necesaria para ello. Se debe facilitar información acerca de la persona afectada.

tada, por ejemplo, informar de cómo se encuentra, si es necesario realizar gestiones posteriores, etc.

Barreras a la comunicación efectiva y técnicas para enfrentarla

La comunicación en enfermería puede parecer sencilla a primera vista, pero este ámbito es complejo y polifacético. Numerosas barreras pueden comprometer una comunicación eficaz, dando lugar a malentendidos, oportunidades perdidas de atención al paciente e incluso errores médicos.

Una barrera es cualquier cosa que impida una comunicación eficaz entre el personal de enfermería y los pacientes, sus familiares u otros profesionales de la salud. Es decir, una barrera de comunicación es cualquier factor o circunstancia que interfiera en el intercambio de información o el entendimiento entre la enfermera y el paciente. Las barreras pueden proceder de la enfermera, del paciente o del entorno, lo que las hace intrínsecamente complejas y difíciles de superar.

Las tres barreras habituales en la comunicación en enfermería

Cuando se consideran las barreras que impiden una comunicación eficaz en un entorno sanitario, suelen venir a la mente tres obstáculos importantes y ellos son: las barreras lingüísticas, las barreras emocionales y psicológicas, y los obstáculos ambientales. Cada una de estas barreras plantea retos únicos en enfermería, y comprenderlas puede ayudar a abordar estos problemas y garantizar la prestación de unos cuidados del más alto nivel.

Tabla 1.

Barreras habituales en la comunicación en enfermería.

<p>Barreras lingüísticas</p>	<p>Surgen cuando el personal de enfermería y el paciente no comparten una misma lengua, lo que dificulta una comunicación eficaz. Las barreras lingüísticas pueden incluir a los pacientes que no hablan el mismo idioma, a los que dominan poco el idioma o incluso el uso de jerga médica que el paciente no entiende.</p>
<p>Barreras emocionales y psicológicas</p>	<p>Las barreras emocionales suelen referirse a los sentimientos que impiden que un paciente se abra totalmente a sus problemas o preocupaciones médicas. Pueden deberse al miedo, la vergüenza o la ansiedad. Por ejemplo, un paciente puede ocultar información sobre sus síntomas porque le preocupan los posibles diagnósticos, lo que en última instancia dificulta la comunicación.</p> <p>Los pacientes de los centros sanitarios suelen estar estresados, ansiosos o asustados. Estos estados emocionales pueden inhibir una comunicación eficaz, ya que los pacientes pueden ser incapaces de expresar plenamente sus síntomas, temores o preocupaciones por vergüenza o miedo a ser juzgados. Del mismo modo, factores psicológicos como las deficiencias cognitivas o los problemas de salud mental pueden complicar la comunicación entre pacientes y enfermeras.</p>
<p>Obstáculos ambientales</p>	<p>Los obstáculos ambientales se refieren a las circunstancias o condiciones físicas que pueden afectar a la comunicación. Esto podría englobar cualquier cosa, desde la falta de espacios privados para las conversaciones, anuncios a todo volumen o interrupciones frecuentes.</p> <p>El entorno ruidoso y ajetreado de los centros sanitarios también puede dificultar una interacción eficaz. La falta de intimidad o las molestias continuas pueden impedir que un paciente exprese cómodamente sus preocupaciones, limitando así la comunicación eficaz. Los obstáculos ambientales, sobre todo en entornos sanitarios muy concurridos, como los servicios de urgencias. El ajetreo continuo, los niveles de ruido persistentes y las interrupciones pueden perturbar la comunicación.</p>

Nota* Elaboración propia basada en diversos autores.

Técnicas para enfrentar las barreras de comunicación en enfermería

En la profesión de enfermería, es crucial desarrollar estrategias para abordar y superar las barreras en la comunicación. Al identificar estas barreras y for-

mulas soluciones eficaces, se puede mejorar significativamente la eficacia de los cuidados y contribuir a obtener resultados positivos para los pacientes.

A continuación, se exploran algunas estrategias prácticas para mitigar estos retos. Estas medidas incluyen el uso de un lenguaje claro, el empleo de la inteligencia emocional, la creación de un entorno propicio y el fomento de la competencia cultural.

a. Utilizar un lenguaje claro: Evitando la jerga médica, hablando despacio y utilizando frases sencillas, las enfermeras pueden hacer que las instrucciones y la información médica sean fácilmente comprensibles para los pacientes.

b. Emplear la inteligencia emocional: La inteligencia emocional se refiere a la capacidad de reconocer, controlar y evaluar las emociones propias y ajenas, es decir, la inteligencia emocional implica comprender y reconocer las emociones de los demás. Como personal de enfermería se puede utilizar esta habilidad para apreciar los sentimientos de tus pacientes, animándoles así a expresarse con eficacia. Una elevada inteligencia emocional en enfermería ayuda a crear una comunicación empática, contribuyendo a que los pacientes se sientan comprendidos y atendidos.

c. Crear un entorno propicio: Garantizar la intimidad, mantener el contacto visual y mostrar un lenguaje corporal abierto puede hacer que los pacientes se sientan cómodos para compartir sus preocupaciones.

d. Fomentar la competencia cultural: Comprender y respetar las diferencias culturales puede ayudar a las enfermeras a comunicarse eficazmente con pacientes de diversos orígenes culturales. Por ejemplo, al tratar con un paciente de otro origen cultural, dedicar tiempo a comprender sus normas culturales y estilos de comunicación puede mejorar la comprensión entre paciente y enfermera y la confianza mutua.

Incorporando estas estrategias, se puede minimizar eficazmente las barreras de comunicación, fomentando un entorno propicio al diálogo abierto y mejorando la satisfacción del paciente y los resultados de los cuidados.

Aunque las estrategias individuales son valiosas, superar las barreras de comunicación también implica adoptar enfoques de apoyo en todo el sistema para garantizar que las condiciones institucionales fomentan una comunicación clara. Instituir programas regulares de formación, fomentar el trabajo en equipo y aprovechar la tecnología son algunas estrategias potenciales.

- **Formación periódica:** Las organizaciones pueden organizar cursos periódicos de formación sobre habilidades de comunicación eficaz.

Esto puede ayudar a las enfermeras a mejorar sus competencias lingüísticas, culturales y emocionales.

- **Trabajo en equipo:** Si se fomenta un ambiente de colaboración, todos los miembros del equipo sanitario pueden hacer frente a las barreras de comunicación. Si un miembro del equipo tiene dificultades para comunicarse con un paciente debido a una barrera lingüística, tal vez un colega pueda ayudar.
- **Aprovechar la tecnología:** Innovaciones como las aplicaciones de traducción de idiomas, las ayudas visuales o la telemedicina pueden aportar soluciones eficaces a las barreras de comunicación tradicionales.

Cabe destacar que la combinación del desarrollo de las capacidades personales, la formación periódica, un ambiente de apoyo en equipo y la tecnología de asistencia puede ayudar a derribar las barreras de la comunicación en enfermería.

Barreras de la comunicación en Enfermería

Existen multitud de barreras a la comunicación en enfermería, que surgen de diversas fuentes. Estas barreras se dividen tradicionalmente en tres categorías:

1. Barreras físicas
2. Barreras psicosociales
3. Barreras sistémicas

Las barreras físicas son obstáculos tangibles a la comunicación, como la distancia, el ruido, la falta de intimidad o cualquier factor ambiental que distraiga o dificulte la comunicación.

Por ejemplo, una enfermera que intenta hablar con un paciente en una sala ruidosa y bulliciosa puede tener dificultades para transmitir su mensaje. Del mismo modo, un paciente con problemas de audición también supondría una barrera física para la comunicación.

Las barreras psicosociales implican aspectos como diferencias lingüísticas, discrepancias culturales, estados emocionales, capacidades cognitivas o niveles de alfabetización sanitaria que pueden dificultar el éxito de la interacción.

Por ejemplo, cuando un paciente que no hable español como primera lengua. Puede que le cueste entender la información médica que se comparte

con él. Por otra parte, una enfermera puede tener dificultades para interpretar con precisión los síntomas o preocupaciones del paciente.

Las barreras sistémicas son obstáculos organizativos o políticos que dificultan la comunicación. Pueden ser la elevada carga de trabajo, las limitaciones de tiempo, la falta de recursos o equipos, o la cultura organizativa.

Un personal de enfermería que trabaja con limitaciones de horario puede no tener tiempo suficiente para dedicar a cada paciente. Por tanto, pueden perderse o malinterpretar información clave debido a la precipitación en las comunicaciones. Además, si el hospital carece de suficientes servicios de traducción, será más difícil superar las barreras lingüísticas, lo que provocará posibles disparidades en la atención a los pacientes cuya lengua materna no sea el inglés.

Es crucial tener en cuenta estas barreras a la hora de desarrollar estrategias para mejorar la comunicación. Seguirán evolucionando y cambiando con el panorama cambiante de la asistencia sanitaria, y ser proactivo a la hora de identificar y mitigar estas barreras será siempre una parte integral de la práctica enfermera.

Barreras en la comunicación entre profesionales de enfermería y médicos

Los obstáculos a la comunicación entre enfermeros profesionales y médicos pueden influir significativamente en la toma de decisiones clínicas, la coordinación del equipo y la atención general al paciente. Estos obstáculos suelen tener su origen en las relaciones jerárquicas, las diversas culturas profesionales y los retos sistémicos dentro de las instituciones sanitarias.

La comunicación entre enfermeras y médicos puede resultar especialmente difícil debido a diversos factores. Estas complicaciones pueden surgir de elementos del entorno, jerarquías profesionales, mala interpretación de las funciones y la complejidad inherente a la comunicación sanitaria.

La jerarquía profesional se refiere a las capas de autoridad o rango, a menudo mantenidas tácitamente, entre los distintos profesionales sanitarios del ámbito médico. En muchos entornos sanitarios, existe una jerarquía percibida, en la que los médicos suelen considerarse en la cúspide y los demás, incluidas las enfermeras, tienen funciones auxiliares.

Una de las barreras importantes en la comunicación entre enfermeras y médicos es la arraigada cultura de las relaciones jerárquicas. A pesar del cambio hacia equipos interdisciplinarios en la asistencia sanitaria, la noción

histórica de que los médicos son los que dominan la toma de decisiones puede seguir influyendo en la comunicación.

Tabla 2.

Barreras en la comunicación entre el personal de enfermería y médicos.

Barreras psicosociales	Estas barreras incluyen factores como los estereotipos, los prejuicios o las ideas preconcebidas sobre las funciones y responsabilidades de los profesionales de enfermería y los médicos. Un médico puede pasar por alto las opiniones de una enfermera por prejuicios, o una enfermera puede dudar en expresar su punto de vista por cuestiones de reputación, son ejemplos de barreras psicosociales.
Barreras organizativas	Los entornos sanitarios pueden ser muy dinámicos e intensos. Factores como la carga de trabajo, la rotación de turnos y la presión del tiempo pueden limitar la comunicación directa entre enfermeras y médicos. La falta de protocolos de comunicación establecidos o de vías formales para plantear preocupaciones también puede impedir una comunicación eficaz.

Nota: Elaboración propia basada en diversos autores

Una enfermera puede advertir una anomalía en el historial del paciente, pero dudar en comunicar la observación por miedo a contradecir al médico. Este escenario demuestra la influencia combinada de las barreras psicosociales y organizativas en la comunicación enfermera-médico.

Estos retos subrayan claramente la importancia de la formación continua en comunicación y de las reformas estructurales en la asistencia sanitaria para acomodar y fomentar una comunicación enfermera-médico clara, respetuosa y oportuna.

Estrategias para salvar la brecha comunicativa entre el personal de enfermería y médicos

El puente entre la brecha de comunicación reside en fomentar una atmósfera de respeto y comprensión mutuos, establecer protocolos de comunicación claros y fomentar la educación interprofesional.

La educación interprofesional implica que educadores y alumnos de dos o más profesiones sanitarias creen y fomenten conjuntamente un entorno de aprendizaje colaborativo. Esto puede ayudar a salvar las diferencias de conocimientos entre disciplinas y fomentar la comprensión y el respeto entre profesionales.

Por ejemplo, organizar sesiones conjuntas de estudio de casos para enfermeros y médicos puede ayudar a aumentar la comprensión y el respeto

mutuos por la experiencia y las funciones del otro. También crea un espacio seguro para debatir sus perspectivas profesionales y colaborar para mejorar el plan de cuidados del paciente.

Además, las organizaciones sanitarias pueden fomentar una comunicación abierta entre enfermeros y médicos estableciendo protocolos de comunicación claros. Estos pueden incluir procedimientos estructurados de traspaso, reuniones interdisciplinarias y mecanismos formales de retroalimentación.

- **Procedimientos estructurados de traspaso:** Pueden ayudar a garantizar que las observaciones y valoraciones de la enfermera se incorporen al plan de atención al paciente en curso.
- **Reuniones interdisciplinarias:** Pueden fomentar las interacciones regulares cara a cara y la colaboración en la toma de decisiones.
- **Mecanismo formal de retroalimentación:** Permite a las enfermeras expresar sus ideas, observaciones o preocupaciones de forma estructurada y constructiva.

En conclusión, adoptando estas estrategias, las instituciones de salud pueden mitigar las barreras en la comunicación entre enfermeras y médicos, consiguiendo mejores resultados para los pacientes, una mayor moral de equipo y una mayor satisfacción laboral entre los profesionales sanitarios.

En conclusión:

- De entre las muchas barreras que pueden aparecer en la comunicación en Enfermería se pueden destacar tres como fundamentales por ser muy significativas en el quehacer de los profesionales del área y por los efectos tan negativos que producen al bloquear las comunicaciones entre ellos y los pacientes son las barreras lingüísticas, las barreras emocionales y psicológicas y los obstáculos ambientales.
- Las barreras lingüísticas pueden surgir cuando la enfermera y el paciente no hablan el mismo idioma, y superarlas puede implicar estrategias como evitar la jerga médica y utilizar un lenguaje sencillo.
- Los obstáculos emocionales y psicológicos se producen por el estrés o las deficiencias cognitivas del paciente, y pueden combatirse con estrategias como emplear la inteligencia emocional.
- Los obstáculos ambientales, referidos a las condiciones físicas que pueden afectar a la comunicación, suelen incluir la falta de espacios privados para las conversaciones o las molestias; crear un entorno

propicio es una estrategia clave para superar esta barrera.

- Abordar los obstáculos a la comunicación implica tanto estrategias individuales como enfoques que abarquen todo el sistema, como cursos de formación periódicos, fomentar el trabajo en equipo y aprovechar la tecnología, como aplicaciones de traducción o ayudas visuales.
- Las barreras en la comunicación entre el personal de enfermería y médicos también son frecuentes, a menudo debido a las jerarquías profesionales y a las diversas culturas profesionales dentro de las instituciones de salud.

Questionario y Actividades

1. ¿Cuál es la definición de comunicación efectiva en enfermería?

- a) Proceso de transmitir información sin importar la claridad.
- b) Proceso de transmitir información clara y precisa a los pacientes y al equipo de salud.
- c) Proceso de escuchar a los pacientes sin necesidad de retroalimentación.
- d) Proceso de utilizar tecnicismos para explicar procedimientos médicos.

2. ¿Cuál es una de las técnicas fundamentales para lograr una comunicación efectiva en enfermería?

- a) Ignorar los sentimientos del paciente.
- b) Usar un lenguaje complicado y técnico.
- c) Escucha activa, mostrando interés y comprensión.
- d) Evitar el contacto visual para no incomodar al paciente.

3. ¿Qué beneficio se asocia con una comunicación efectiva en el ámbito de la enfermería?

- a) Aumento de conflictos y malentendidos.
- b) Mejora de la adherencia terapéutica y satisfacción del paciente.
- c) Reducción de la participación del paciente en su cuidado.
- d) Incremento en los errores de tratamiento.

4. ¿Cuál es una estrategia mencionada para mejorar la comunicación en enfermería?

- a) Interrumpir constantemente al paciente para mantener la conversación activa.
- b) Evitar el uso de herramientas de comunicación como folletos o recursos visuales.
- c) Escuchar activamente y utilizar un lenguaje claro y comprensible.
- d) Ignorar las emociones y experiencias del paciente para enfocarse solo en datos clínicos.

1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO:
**LA ESENCIA DE
LA ENFERMERÍA**

Capítulo

IV

**Cuidado integral:
Dimensiones física,
psicológica y espiritual**



Objetivos del Capítulo

- Analizar el rol del profesional de enfermería en el cuidado integral del paciente, abarcando las dimensiones físicas, psicológicas y espirituales.
- Identificar cómo los profesionales de enfermería abordan las necesidades biopsicosociales en los diferentes contextos del proceso salud-enfermedad.
- Examinar la relevancia de la ética, los valores y los principios morales en la práctica de enfermería al ofrecer cuidados integrales.

La función del profesional de Enfermería en relación con el paciente va más allá de los cuidados y la administración de medicamentos, está basada en la identificación del problema de salud, la repercusión a nivel emocional y espiritual, el sufrimiento, la incertidumbre y el dolor tanto físico como emocional, darle el seguimiento y control de los cuidados a la demanda que tiene el paciente. Todas estas intervenciones deben de ser normalizadas y estructuradas de manera adecuada.

La atención de Enfermería, se refiere a la asistencia y servicio hacia otro ser humano. De modo más específico, la enfermería son cuidados basados en un fundamento científico y filosófico, esto abarca las funciones y los deberes a cargo de quienes han recibido formación y preparación en el arte y ciencia de la enfermería, por lo general a los servicios prestados por el equipo de salud⁽³³⁾.

La Enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo sujeto de atención es la persona como ser individual, social y espiritual.

Su objeto es el cuidado integral de la salud de la persona, familia y comunidad en todas las etapas de la vida dentro del espectro del proceso salud-enfermedad.

Por tanto, la enfermería es una profesión que se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo.

Es la profesión que se encarga de promover la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de la salud con bases científicas y humanísticas.

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias.

Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Los cuidados de enfermería son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer diario y por lo tanto su objeto de estudio.

El ejercicio profesional de enfermería involucra los conceptos de ética, moral, principios éticos, valores éticos en el arte de cuidar, esencia del quehacer de esta profesión, teniendo como responsabilidades fundamentales el fomentar y restablecer la salud, prevenir la enfermedad, aliviar el sufrimiento, orientado y fundamentados estos cuidados en el respeto a la vida, la dignidad y los derechos humanos.

Los cuidados de enfermería, abarcan diversas atenciones que un profesional de enfermería debe dedicar a su paciente. Las características dependerán del estado y la gravedad del paciente o sujeto, aunque a nivel general y en un principio se puede decir que se orientan a monitorear la salud y a asistir de manera sanitaria al paciente.

El cuidado integral es un enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no sólo las necesidades médicas y físicas. La atención integral, la cual involucra la colaboración de muchos profesionales, es el enfoque estándar en todos los centros médicos por parte del profesional de salud.

El cuidado integral o la atención integral es un enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas, sino que es la suma de varios tipos de cuidado, por ejemplo:

- **Físico:** ayudando a personas a satisfacer las necesidades físicas que no pueden llevar a cabo por sí misma.
- **Psicosocial:** se basa en el cuidado emocional, intelectual y espiritual (teniendo en cuenta el entorno y la interacción de la persona con éste). El cuidado psicosocial se va a basar en brindar confort, seguridad, información.

Es decir que la atención en enfermería se caracteriza por ser integral lo cual implica la atención atiende a aspectos físicos, emocionales y sociales, espirituales, etc. de cada persona o paciente.

Atención a las necesidades físicas del paciente

Entre las necesidades básicas fundamentales del ser humano se encuentran:

a. Necesidades físicas.

Estas están estrechamente relacionadas con las funciones corporales y a veces se denominan impulsos primarios o fisiológicos. Las necesidades físicas incluyen:

- Alimento.
- Agua.
- Oxígeno.
- Eliminación.
- Ropa y refugio para abrigar y proteger el cuerpo.
- Actividad o estimulación sensorial y motora, que incluye el sexo, el ejercicio físico y el descanso.

b. Necesidades emocionales

Las necesidades emocionales están estrechamente relacionadas con las necesidades físicas y se satisfacen en la interacción con otras personas importantes. Entre ellas se incluyen:

- Amor, incluyendo aprobación y estima.
- Importancia, incluido el reconocimiento y el respeto. NOTA: Esto se aplica a la percepción que tiene el paciente de los sentimientos de la enfermera hacia él. Por ejemplo, si su paciente siente que usted no lo aprueba ni lo respeta, puede volverse muy exigente o puede retraerse y no cooperar con sus esfuerzos para que se recupere.
- Adecuación, incluida la autosuficiencia y la necesidad de ser necesitado y querido.
- Productividad, que incluye el trabajo y las actividades creativas. NOTA: Recuerde que todo comportamiento humano está orientado a la satisfacción de las necesidades humanas básicas.

c. Necesidades sociales

Las necesidades sociales surgen de la cultura y la sociedad de la que uno es miembro. Entre ellas se incluyen:

- Identificación o pertenencia.
- Educación o aprendizaje.
- Recreación o juego.
- Religión o culto.

Los cuidados de enfermería, abarcan diversas atenciones que un profesional de enfermería debe dedicar a su paciente, dentro de este contexto la Enfermería tiene el cuidado o atención a las necesidades físicas del paciente, es decir, aquellas que están estrechamente relacionadas con las funciones corporales y a veces se denominan impulsos primarios o fisiológicos. Las necesidades físicas incluyen: alimento, agua, oxigenación, vestimenta, limpieza y aseo, etc.

Apoyo emocional y su importancia en la experiencia del cuidado

El apoyo emocional se puede entender como la capacidad de percibir lo imperceptible, lo que exige de la enfermería un alto nivel de sensibilidad para interpretar las manifestaciones verbales y no verbales del paciente. La comprensión adecuada de esas manifestaciones posibilita identificar cómo el paciente percibe la enfermedad, el proceso de hospitalización y el tratamiento, además de propiciarle seguridad.

Para que el apoyo emocional se desarrolle con cualidad, es necesario que los profesionales de la salud, especialmente el personal de enfermería sean buenos oyentes, atentos y dispuestos a tocar y confortar los pacientes.

El apoyo emocional debe ser comprendido como una forma de cuidado, cuyo objetivo principal es ofrecer confort, atención y bienestar al paciente. Por tanto, la atención dispensada debe ser integral, considerando la totalidad y la complejidad del ser humano, abarcando tanto la dimensión física como la psicológica⁵ y asociando el cuidado instrumental: medicación, curativos, higiene, entre otros, al cuidado expresivo, que engloba el aspecto psicosocial, el relacionamiento y el apoyo emocional.

Teniendo en cuenta que la promoción del apoyo emocional ha alcanzado resultados positivos en el proceso de recuperación de los pacientes, los cuidados instrumentales y expresivos deben caminar juntos y complementarse, de esta forma reducir o inclusive sanar el sufrimiento físico y psíquico provocado por el proceso de enfermedad e internación hospitalaria.

El paciente, durante el periodo de internación hospitalaria, además de sufrir cambios y rupturas de sus relaciones y de su cotidianidad, siente miedo, inseguridad, ansiedad y expectativas que son capaces de interferir en el proceso de adaptación y en su recuperación.

En este contexto, el personal de enfermería, por mantener contacto directo y permanente con los pacientes, debe colocarse en la posición de facilitadores del proceso de hospitalización, a través de una asistencia integral que abarca, además del cuidado instrumental, el apoyo emocional.

En enfermería, se enfatiza, cada vez más, la importancia de la asistencia integral al paciente, considerándolo en su totalidad, a través de acciones que trasciendan el cuidado al físico, abarcando lo emocional, posibilitando una comprensión amplia de su sufrimiento. Sin embargo, los avances tecnológicos, asociados a la sobrecarga de trabajo, han dificultado la relación entre enfermeros y pacientes, que se convierte en más fría y objetiva.

Para una atención integral, es necesario tanto el ofrecimiento de todo el soporte técnico-científico disponible en cuanto a la formación de vínculos entre paciente y profesional de salud. La enfermería necesita prestar atención para los factores bio-psico-socio-espirituales y emocionales de los pacientes que se encuentran bajo sus cuidados. El foco del cuidado es el paciente y no apenas su patología, lo que proporciona resultados benéficos al tratamiento.

Bajo esta premisa, el apoyo emocional es una forma de incluir aspectos de interacción y humanos en el cuidado, representados por atención, cortesía, delicadeza, comunicación efectiva, tanto verbal cuanto no verbal.

El cuidado ofrecido por la enfermería es asociado a las vivencias de bienestar, es decir, el denominado como cuidado emocional de calidad, pues involucra profesionales que son buenos oyentes, atentos y dispuestos a tocar y confortar a los pacientes.

Independientemente de la patología o del procedimiento que el paciente vaya a realizar es importante que él tenga la oportunidad de expresar lo que está sintiendo, sus ansiedades, sus miedos y expectativas. Es importante que el equipo de enfermería aclare sus dudas y lo incentive a expresar sus sentimientos, intentando transmitir seguridad y calma.

En conclusión, el cuidado emocional en la enfermería se refiere a la atención y el apoyo proporcionados por la Enfermería a los pacientes para abordar sus necesidades emocionales y psicológicas. Esto implica comprensión, empatía y la creación de un entorno de apoyo. El cuidado emocional es importante en la recuperación del paciente, por ejemplo, contribuye con la reducción

del estrés y la ansiedad ya que también no pueden obstaculizar la recuperación. El cuidado emocional ayuda a reducir estos factores, lo que puede acelerar la recuperación y mejorar la calidad de vida del paciente. Asimismo, contribuye con la adherencia al tratamiento ya que los pacientes que se sienten emocionalmente respaldados son más propensos a seguir sus tratamientos y recomendaciones médicas, lo que mejora sus posibilidades de recuperación.

Cuidado espiritual: Creencias y valores del paciente

El ser humano es un ser espiritual, por lo tanto, tiene necesidades espirituales. Generalmente, estas necesidades se manifiestan de forma más intensa en personas que se encuentran cerca del final de su vida.

La atención espiritual que proporciona el personal de enfermería, influye de manera positiva en el bienestar psicológico, el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes promoviendo su capacidad de encontrar un significado a la situación vivida y potenciando el afrontamiento frente a la enfermedad.

Algunos autores concluyen que las intervenciones sobre la espiritualidad potencian la dignidad en la muerte y sentido de la vida, disminuyendo ansiedad y depresión. Afirman que el sufrimiento espiritual se relaciona directamente con malestar espiritual que conlleva un mal control de los síntomas físicos. En este sentido, el abordaje de las necesidades espirituales está relacionado con el manejo de otras necesidades físicas, emocionales y sociales, por lo que evidencia la influencia que ejercen en el ser humano en su conjunto. Asimismo, se constata que la atención espiritual ayuda a sentir esperanza, cambiar la jerarquía de valores y a sentirse realizado como persona.

Uribe Velásquez y Lagoueyte Gómez (34) en su estudio exponen que el enfoque de las enfermeras sobre la espiritualidad hace que el paciente se sienta seguro, tranquilo, confiado y asistido. Asimismo, ayuda a mantener el control de situaciones difíciles, proporcionando seguridad y también una mejor comprensión de la vida y la muerte. Por otro lado, se añade que los cuidados de enfermería sobre esta última dimensión ayudan a los pacientes en la etapa final de la vida a resistir el estrés y las molestias físicas y psicológicas, promoviendo su bienestar hasta el último momento de sus vidas.

Cuidar es una actitud, y representa una actitud de ocupación, preocupación, y compromiso afectivo con el otro. El acto de cuidar pasa a ser una materia obligada del ser del profesional de enfermería. El cuidado de espiritualidad en pacientes sin posibilidad de curación promueve beneficios, como un mayor bienestar general; menor prevalencia de la depresión; mejor calidad de vida; mayor afrontamiento con la enfermedad. En este sentido, estudios han

demostrado que la no detección de las necesidades espirituales en el paciente le afecta en su lucha contra la enfermedad y, a veces, en el empeoramiento de los síntomas físicos y emocionales. El cuidado espiritual promueve al máximo el potencial del paciente sin posibilidades de curación. También, mejora sus capacidades, renueva sus esperanzas y le proporciona paz interior, algo que le permite abordar los problemas con más positividad.

Para lograr estos objetivos los profesionales de la salud deben de promover la asistencia espiritual desde la acogida y la humanización, utilizando para ello sus habilidades profesionales para el alivio del sufrimiento del paciente paliativo en la etapa final de su vida⁽³⁵⁾.

La relación de la espiritualidad y el cuidado enfermero ha estado presente desde los comienzos de la disciplina. Según Florence Nightingale el cuidado de la persona incluía la parte espiritual, siendo esa una de sus principales ideas. Las enfermeras se han preocupado en dar este tipo de cuidado a sus pacientes, lo que se hace evidente a lo largo de la historia de la enfermería⁽³⁴⁾.

La espiritualidad se puede definir como un factor que aporta significado y propósito a la vida de los seres humanos, y contribuye a la salud y calidad de vida muchas personas.

En el área o campo de la enfermería, la necesidad de introducir la dimensión espiritual fue reconocida por el Consejo Internacional de Enfermería, por la Comisión Americana de Acreditación de Hospitales y la Comisión de Derechos de los pacientes. De acuerdo con estos organismos, el personal de enfermería debe tener habilidad, conocimiento y la experiencia para promover y evaluar el cumplimiento de las necesidades espirituales de los pacientes. Por lo tanto, surgiendo la espiritualidad como una necesidad humana básica, es esencial que las enfermeras sepan cómo utilizar los medios adecuados e identificar dichas necesidades en los pacientes sin posibilidades de curación, para proporcionar la mejor asistencia posible.

Se entiende por acciones de cuidado las actividades que realiza el personal de enfermería cuando identifica la necesidad de cuidado espiritual para ayudar, apoyar y dar cuidado integral por medio de la escucha, el hablar, el contacto físico; y una acción con gran importancia, que no implicando “hacer algo”, es lo que las enfermeras llaman “estar ahí”. La presencia amorosa es otra manera de “estar ahí”, cuidar el detalle y velar por el paciente. La escucha es un momento de atención especial, viene marcada por el respeto y el afecto por los sentimientos del paciente⁽³⁴⁾.

El cuidado espiritual depende de la conciencia percibida por la enfermera de la dimensión espiritual. Las expresiones espirituales como amor, esperanza y compasión conforman la visión básica y universal de la atención espiritual pudiéndose integrar en todos los ámbitos del cuidado enfermero⁽³⁴⁾.

La espiritualidad como necesidad humana es esencial para todo ser humano, sobre todo para los pacientes sin posibilidades curativas y esta necesidad debe ser valorados por profesionales de enfermería, que deben ser sensibles al dolor del paciente, que deben ser escuchados y a ayudarlos a dar sentido a su vida y al respeto en su dignidad humana⁽³⁵⁾.

El aspecto espiritual del cuidado permanece a menudo sin ser abordado, pues no es clara la manera de hacerlo posible. El dolor y el sufrimiento se asocian con la enfermedad y la hospitalización, circunstancias en que la persona se encierra en sí misma en un ambiente no familiar; genera sentimientos de miedo y desconfianza, donde el dolor y la soledad terminan por aislar a la persona. Hay un gran miedo a no ser escuchado, a no poder expresar los sentimientos y temores. Es aquí donde la enfermera debe asegurar la confianza y el bienestar a través del cuidado, creando una atmósfera de afectividad y empatía donde el paciente sienta confianza y logre exteriorizar sus necesidades espirituales; debe estar “ahí” en el momento indicado, escuchar, acompañar, demostrando preocupación y deseo de ayudar. La enfermera comprometida en este abordaje dispone el tiempo y la actitud necesarios para reafirmar su propia perspectiva espiritual.

La comprensión de la importancia de la espiritualidad por parte de las enfermeras es fundamental para proporcionar una atención de enfermería integral y de calidad.

Enfoques holísticos para un cuidado integral

La palabra holismo tiene sus orígenes en el vocablo griego holikós que significa “todo, íntegro y/o completo”. Por lo cual, el término holístico hace referencia a todo el sistema en lugar de a partes individuales. Esta connotación se puede aplicar al uso médico, entendiendo la salud como un cambio continuo a los retos medioambientales y el equilibrio dinámico del cuerpo. Por tanto, el cuidado tendrá un significado más amplio, que la aplicación correcta de una técnica o procedimiento.

Cuidar a una persona bajo el paradigma holístico significa atenderla en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales, culturales, entre otros, así como en su interrelación con el entorno.

Un enfoque holístico de la salud significa tratar todo el sistema en lugar de una parte del cuerpo. La medicina holística, por ejemplo, se utiliza para tratar tanto el cuerpo como la mente.

El enfoque holístico en el bienestar y la salud de una persona es un enfoque integral que considera a la persona en su totalidad, teniendo en cuenta no solo su estado físico, sino también su bienestar emocional, mental, social y espiritual.

Desde una perspectiva del cuidado holístico es importante considerar las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del individuo.

Por tanto, si se hace referencia a la holística en términos de la salud y cuidado de los enfermos, se debe entender el significado del cuidado holístico como una práctica enfocada en contribuir a la sanación de la persona completa a través del cuerpo como unidad de mente, emociones, espíritu y el medio que nos rodea. La medicina holística es un enfoque hacia la curación considerando a toda la persona en lugar de solamente a la enfermedad. Así aparece la práctica de la enfermería holística, donde la curación de la persona como un todo es la meta y se enfoca hacia la humanización integral del individuo.

El cuidado holístico radica en ayudar a los pacientes con los efectos de la enfermedad en el cuerpo, la mente, las emociones, la espiritualidad, la religión y las relaciones personales, a través de una atención integral que también implica tomar en consideración las diferencias sociales y culturales existentes. Se refiere en definitiva de promover un ambiente psicológico, emocional y espiritual saludable.

Este tipo de cuidados, junto a una visión global del paciente respecto de su enfermedad y sus hábitos en la vida diaria, le reportan grandes ventajas y beneficios como la mejora a nivel psicológico y de salud mental, el reconocimiento de sus dolencias y la toma conciencia de las posibles soluciones y tratamientos integrales, la mejora de la autoestima y la relación con el entorno durante y después de la enfermedad y sobre todo genera una visión global y positivista del proceso.

A grandes rasgos, la enfermería, desde la perspectiva holística evita la idea de que la persona sea definida por su enfermedad y, a cambio, trata al paciente como un todo. A la hora del trato al paciente, la enfermería bajo el enfoque holístico tendrá en cuenta la mente, cuerpo y espíritu, así como las necesidades socioculturales, emocionales y del entorno del paciente.

Cuestionario y Actividades

1. ¿Qué es el cuidado integral en enfermería?

2. ¿Qué aspectos se considera en el cuidado integral de un paciente?

- a) Solo necesidades físicas
- b) Necesidades físicas, emocionales y espirituales
- c) Problemas médicos únicamente
- d) La opinión del médico

Respuesta Correcta : ____

3. ¿Cómo se implementa un enfoque holístico en la atención médica?

4. ¿Cuál es un resultado positivo del apoyo emocional en los pacientes?

- a) Aumento del estrés
- b) Mejora en la adherencia al tratamiento
- c) Menor empatía de los profesionales
- d) Mayor aislamiento social

Respuesta Correcta: ____

5. Relaciona cada concepto en la columna izquierda con su definición o característica en la columna derecha.

Definición	Característica
1. Atención integral	a) Promueve el sentido de trascendencia y significado en la vida del paciente, especialmente en etapas finales.
2. Apoyo emocional	b) Involucra la colaboración de diversos profesionales para atender las dimensiones físicas, emocionales y espirituales de un paciente.
3. Cuidado espiritual	c) Comprende la provisión de alimento, agua, oxígeno, y abrigo para satisfacer los impulsos primarios.
4. Enfoque holístico	d) Aborda aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales y culturales de la persona

5. Necesidades físicas básicas	e) Busca ofrecer confort, seguridad y bienestar emocional al paciente.
--------------------------------	--

Seleccione la opción correcta:

- a) 1D, 2C, 3E, 4A, 5B
- b) 1C, 2A, 3B, 4D, 5E
- c) 1A, 2B, 3C, 4E, 5D
- d) 1E, 2D, 3A, 4C, 5B

1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO:
**LA ESENCIA DE
LA ENFERMERÍA**

Capítulo

V

**Aspectos bioéticos en
pacientes con
enfermedades crónicas**



Objetivos del Capítulo

- Analizar los aspectos bioéticos en la atención de pacientes con enfermedades crónicas, enfocándose en el respeto a la autonomía, la beneficencia y la no maleficencia en el proceso de toma de decisiones clínicas.
- Examinar la influencia de valores éticos como la justicia y la dignidad en las decisiones clínicas para el cuidado de pacientes crónicos, especialmente en contextos de recursos limitados.
- Identificar la relación entre el principio de beneficencia y los tratamientos fútiles en pacientes con enfermedades crónicas, destacando la necesidad de evaluar la eficacia de las intervenciones y su relación con el bienestar del paciente.
- Identificar los dilemas éticos comunes en el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas, incluyendo los conflictos entre la autonomía del paciente y las decisiones médicas.

Importancia de respetar la autonomía del paciente

En bioética se considera el respeto a la autonomía como la protección a la integridad corporal y a la autodeterminación del individuo. En bioética se considera el respeto a la autonomía como la defensa de la libertad personal no solo como libertad de movimiento ideológica, sino como libre desarrollo de la personalidad, que enlaza con la integridad física y moral. Si profundizamos en la obra Principios de ética biomédica de Beauchamp y Childress, la autonomía se define como la capacidad de pensar y decidir de forma independiente, actuar sobre la base de esta decisión y comunicarla a otras personas.

Los elementos que constituyen la autonomía son la intención, el conocimiento y la voluntariedad, entendida esta última como la ausencia de influencias externas.

El respeto a la autonomía según Beauchamp y Childress⁽³⁶⁾ se tiene que concretar en reglas morales. La concreción llevaría a destacar las siguientes reglas:

- Decir la verdad que hay que entender como no mentir.
- Respetar la intimidad de los otros.
- Proteger la información confidencial
- Obtener el consentimiento para las intervenciones de todo tipo y no solo las quirúrgicas.

- Ayudar a tomar decisiones importantes sino los piden.

Así pues, el respeto a la autonomía en la cronicidad está relacionado con el proceso de toma de decisiones durante la atención a la enfermedad crónica (Enfermedad o afección que por lo general dura 3 meses o más, y es posible que empeore con el tiempo. Las enfermedades crónicas casi siempre se presentan en adultos mayores y a menudo se controlan, pero no se curan. Los tipos más comunes de enfermedades crónicas son el cáncer, la cardiopatía, el accidente cerebrovascular, la diabetes y la artritis) por eso es muy importante hacer un buen procedimiento de consentimiento informado.

En el estudio del proceso de toma de decisiones analizaremos la competencia de la persona implicada, la información que se le dará, la propuesta y la discusión del plan de intervención que se propondrá y la adecuación del plan de intervención y la ayuda a la decisión. Todo este proceso forma parte de lo que se entiende por consentimiento informado. El consentimiento informado es la aceptación o el rechazo por parte de un paciente competente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de obtener la información adecuada para implicarse libremente en la decisión.

El consentimiento informado no es solamente un documento que hay que rellenar por imperativo legal, sino que el proceso de información y decisión para su correcta obtención cumple con las condiciones que se han definido sobre el respeto a la autonomía.

En fin y de manera general, el respeto a la autonomía en enfermería está relacionado con el derecho a la autodeterminación. En el ámbito de la Bioética la autonomía presupone la competencia o capacidad de decisión en condiciones de racionalidad, información, comprensión y libertad para aceptar tratamientos o para participar en una investigación. La autonomía en enfermería significa proporcionar información adecuada para permitir que los pacientes tomen sus propias decisiones en función de sus creencias y valores, incluso si no son los que la enfermera elige.

Tratamientos fútiles: Un enfoque bioético y humanizado

La práctica clínica tiene un componente clínico y un componente ético donde entran en juego los valores. La bioética es una actividad analítica basada en principios y criterios éticos que pretende orientar la práctica en el ámbito de la salud. Beauchamp y Childress⁽³⁶⁾ distinguen cuatro principios: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

Para hablar de tratamientos fútiles se debe remitir al principio bioético de la beneficencia ya que están íntimamente ligados entre sí.

En el lenguaje tradicional, la beneficencia se refiere a actos de buena voluntad, amabilidad, caridad, altruismo, amor o humanidad. La beneficencia se puede entender, de manera general, como todo tipo de acción que tiene por finalidad el bien de otros. No debe confundirse con la benevolencia ya que ésta se refiere a la voluntad de hacer el bien, con independencia de que se cumpla o no la voluntad, en cambio, la beneficencia es un acto realizado por el bien de otros.

Cabe indicar que cuando Beauchamp y Childress⁽³⁶⁾ hablan del principio de beneficencia no se refieren a todos los actos realizados para hacer el bien, sino sólo a aquellos actos que son una exigencia ética en el ámbito de la medicina. Según los autores, antes de realizar un tratamiento sobre un paciente, se está obligado a hacer un balance de sus beneficios y riesgos.

Algunas reglas de beneficencia son las siguientes:

- a. Protege y defiende los derechos de otros.
- b. Previene el daño que pueda ocurrir a otros.
- c. Quita las condiciones que causarán daño a otros.
- d. Ayuda a personas con discapacidades.
- e. Rescata a personas en peligro.

Los autores también indican que el principio de beneficencia es una exigencia y no una mera invitación a la acción, por ello es importante distinguir en qué circunstancias hacer el bien es una exigencia. Para ellos, asumiendo que la persona X es consciente de los hechos relevantes, entonces X tiene la obligación de beneficencia hacia la persona Y si y sólo si se satisfacen cada una de las siguientes condiciones:

- Y está en peligro de perder la vida o recibir un daño significativo en su salud o en algunos otros intereses importantes.
- La acción de X se necesita, de modo singular o en unión con otros, para prevenir esta pérdida o daño.
- La acción de X, de modo singular o en unión con otros, tiene una alta probabilidad de prevenir esta pérdida o daño.

- La acción de X no representa riesgos, costes o cargas significativas para X.
- El beneficio que se puede esperar que gane Y sobrepasa a todos los daños, costes o cargas que pueden afectar a X.

Además, Beauchamp y Childress⁽³⁶⁾ distinguen dos tipos de beneficencia:

a. La beneficencia positiva requiere la provisión de beneficios y b. La utilidad requiere un balance entre los beneficios y los daños.

Por otro lado, el tratamiento fútil sería aquella terapia que por su clara ausencia de beneficio significativo para el paciente puede (o incluso debe) ser suspendida o no iniciada por el médico, aun en contra del parecer del paciente o sus familiares. Por beneficio el paciente, de donde se deduciría que no tiene sentido aplicarlo. La calificación es clara en el caso de un tratamiento que no aporta ningún beneficio en absoluto, que será considerado fútil en sentido estricto, o mejor no será considerado tratamiento para la patología en cuestión⁽³⁷⁾. Es decir, el tratamiento fútil es considerado como aquel tratamiento que es ineficaz, y que por tanto el médico debería, suspender o no iniciar aun en contra del parecer del paciente o de sus familiares.

Una intervención se considera fútil cuando es imposible o muy improbable que consiga efectos terapéuticos (futilidad probabilística u objetiva), o bien cuando los posibles resultados no merecen la pena, porque sólo conseguirían posponer la muerte inevitable o una supervivencia en condiciones no deseables por el paciente (futilidad cualitativa o subjetiva). En la práctica clínica, un tratamiento fútil es un tratamiento no indicado.

Una intervención fútil además puede ser maleficente, si implica algún perjuicio para el paciente, y puede ser injusta, si la actuación se realiza en detrimento de otros posibles beneficiarios.

Algunos autores indican que un procedimiento fútil es aquel que, a pesar de no estar contraindicado, no es efectivo o ha dejado de ser efectivo en ese caso concreto o lo es con unos costes (económicos y/o emocionales) excesivos. Al suspenderlo se le evita al enfermo una medida de escaso o nulo beneficio real en esa situación concreta, conforme al principio de beneficencia. La futilidad tiene un aspecto cualitativo (de mejora parcial pero no integral) y uno cuantitativo (de probabilidad de beneficio). En todo caso, la futilidad lo es siempre en una persona concreta y en una situación concreta. Es el resultado de un juicio del profesional que se debe compartir y argumentar con el enfermo o sus representantes.

Dilemas éticos del paciente

Un dilema (del latín dilemma, dos premisas) está formado a partir de dos proposiciones contrarias disyuntivamente⁽³⁸⁾. Un dilema ético es una situación en la que los preceptos morales o las obligaciones de similar obligatoriedad ética se encuentran en conflicto, de forma que cualquier solución posible al dilema es moralmente intolerable. Visto desde otra perspectiva, un dilema ético es una situación donde los principios morales que guían la conducta no permiten determinar de manera evidente lo correcto o incorrecto ante dos posibles cursos de acción⁽³⁹⁾.

El estudio de los dilemas éticos ha sido una constante de estudio desde el principio de la humanidad y sigue siendo en la actualidad uno de los temas filosóficos en el ámbito de la producción científico-intelectual. Se está en presencia de un dilema ético cuando un profesional en el ejercicio de sus funciones se enfrenta a dos o más alternativas de actuación posible y válida, e incluyen principios y valores éticos.

Por tanto, los dilemas éticos en medicina están referidos a la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre, o sea, las contradicciones entre valores o entre principios éticos, que se presentan en el proceso de toma de decisiones en la práctica médica asistencial. Las teorías éticas que respaldan los principios éticos suelen fáciles de argumentar, pero difíciles de aplicar, es decir, no es sencillo, ni menos aún fácil, la aplicación simplemente de los principios básicos de ética, ya que, al cumplir con un principio o valor ético, se podría contravenir otro, y ambos constituyen un deber para el médico. Por ejemplo, el principio de beneficencia y de no maleficencia implica que los médicos deben hacer el bien y evitar el mal.

Se debe recordar que en medicina los principios básicos de la Ética son: a) respeto a la autonomía de los demás, respeto a la vida, a la dignidad y la integridad corporal de las personas; b) beneficencia; c) no maleficencia: hay que beneficiar y no perjudicar, existe el deber de proteger y cuidar a los más vulnerables y, cuando sea necesario, actuar en su defensa; d) justicia: imparcialidad en el uso del poder político y de los recursos públicos y no discriminación de los grupos con igualdad de oportunidades entre ellos.

Bajo este contexto, de dilemas éticos o problema ético en medicina concebido como aquellas cuestiones morales susceptibles de varias soluciones que se intentan resolver por medio de procedimientos científicos en este campo, surgen infinidad de preguntas, como, por ejemplo: ¿Todo lo que se puede médica o técnicamente hacer, se debe éticamente hacer? ¿Cuál es el límite

entre lo que se puede hacer y lo que está permitido hacer? ¿Quién determina esos límites? ¿Existen todas las condiciones económicas y materiales para la realización exitosa de los tratamientos permisibles? Desde muchas perspectivas o teorías ha sido abordado a lo largo del tiempo, sin embargo, no existe una decisión única y unánime aceptada con respecto al tema ética – moral- y aplicación en el ámbito médico.

En este sentido, se han realizado esfuerzos destinados a contribuir en la búsqueda de soluciones que se generan en los momentos de incertidumbre y contradicciones, entre ellos la creación de los comités de ética asistencial en instituciones de salud, por ejemplo, que en líneas generales se constituyen para analizar y asesorar en la resolución de los conflictos éticos que se producen durante la práctica clínica asistencial y garantizar que los pacientes estén informados y puedan tomar las decisiones referentes a su salud, de acuerdo con su libre y propia voluntad

Por ser este un tema muy polémico que conlleva a la toma de decisiones difíciles de aplicar, generalmente, se plantean orientaciones que habrá que utilizar teniendo en cuenta la situación clínica individual de cada paciente.

Entre los principales dilemas éticos se indican los agravios a la autonomía del paciente; la inexperiencia, rudeza o falta de sensibilidad; los problemas relativos al derecho a la información; la negligencia médica; la irresponsabilidad profesional y el error médico.

En el ámbito clínico, las dudas éticas pueden ser especialmente complejas debido a la naturaleza delicada y a menudo crucial de las decisiones que deben tomarse. “Esto ocurre, por ejemplo, cuando, por un lado, el médico quiere aplicar tratamiento para salvar la vida del paciente y por el otro, el paciente se niega, no está seguro o no está de acuerdo con el tratamiento. Aquí, el cuidado de la salud (administrar el tratamiento) y la libertad del paciente (respetar su decisión) entran en conflicto”.

Otros problemas éticos se producen en el final de la vida, cuando al paciente le queda menos tiempo y su calidad de vida está disminuida, y hay que tomar decisiones para darle prioridad al confort, al bienestar y a la autonomía del paciente.

Beneficencia y no maleficencia en el proceso de cuidado del paciente

En enfermería, el cuidado del paciente es la base de todas las actuaciones; por eso, la bioética en enfermería tiene como principal objetivo mejorar

la calidad asistencial, introduciendo, en consecuencia, los valores morales y éticos de respeto y dignidad al ser humano durante la práctica clínica.

La bioética en la enfermería es la disciplina que estudia los problemas éticos originados durante la práctica clínica enfermera. Es necesaria, por tanto, a la hora de resolver los distintos dilemas o conflictos que puedan presentarse en la práctica asistencial diaria de las enfermeras, como pueden ser todos los relacionados con el consentimiento informado, el rechazo a posibles tratamientos, la humanización de los cuidados, el proceso final de la vida o la comunicación de malas noticias, entre otros.

La bioética en enfermería representa el marco de referencia para la resolución de los diferentes dilemas éticos que surgen durante la práctica asistencial del día a día de una enfermera, estableciendo unos determinados modelos para la toma de unas decisiones que no siempre son fáciles.

Principio de beneficencia y no maleficencia

El principio de beneficencia implica la obligación moral de actuar en beneficio de otros, promoviendo el bienestar y previniendo el daño. En el contexto de la enfermería, este principio guía a los profesionales a tomar decisiones que maximicen los beneficios para los pacientes y minimicen los riesgos. Se basa en la empatía, el respeto y la compasión hacia los pacientes, procurando siempre su mejor interés.

El principio de beneficencia está estrechamente relacionado con el principio de no-maleficencia, que se refiere a la obligación de no causar daño. Mientras que la beneficencia busca promover el bienestar, la no maleficencia se centra en evitar el daño. Estos principios bioéticos juntos aseguran que las acciones de los profesionales de la salud sean siempre en pro del paciente, evitando cualquier tipo de perjuicio innecesario.

A continuación, se presentan algunos ejemplos del principio de beneficencia aplicados en diferentes situaciones clínicas:

- **Administración de medicamentos:** Asegurarse de que los pacientes reciban la medicación correcta, en la dosis adecuada y en el momento apropiado para tratar su enfermedad y mejorar su salud.
- **Educación sanitaria:** Proporcionar información y educación a los pacientes sobre su condición de salud, tratamientos disponibles y cambios en el estilo de vida que pueden mejorar su bienestar.

- **Cuidados paliativos:** Ofrecer cuidados que alivien el dolor y otros síntomas en pacientes con enfermedades terminales, mejorando su calidad de vida en los últimos momentos.

Aplicación del principio de beneficencia en enfermería

Un ejemplo de principio de beneficencia en enfermería se da cuando un personal de enfermería realiza una intervención de prevención de úlceras por presión en un paciente inmovilizado. Mediante la movilización frecuente del paciente y el uso de colchones especiales, el profesional busca prevenir el desarrollo de úlceras, promoviendo el bienestar del paciente y evitando complicaciones adicionales.

Importancia del principio bioético de beneficencia en la enfermería

El principio de beneficencia es fundamental en la práctica de la enfermería, guiando a los profesionales a actuar siempre en beneficio del paciente. Desde la administración de medicamentos hasta la educación sanitaria y los cuidados paliativos, este principio asegura que cada acción esté orientada a promover el bienestar y prevenir el daño. Los profesionales de enfermería, al aplicar este principio, no solo mejoran la salud de sus pacientes, sino que también contribuyen a una práctica ética y compasiva en el campo de la enfermería. En fin, El principio bioético de beneficencia es crucial en la enfermería, ya que asegura que todas las acciones de los profesionales estén orientadas a mejorar la salud y el bienestar de los pacientes. Este principio no solo guía las decisiones clínicas, sino que también promueve una cultura de cuidado y compasión en el entorno sanitario.

El principio de no-maleficencia hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente. Este principio se inscribe en la tradición de la máxima clásica *primum non nocere* (lo primero no dañar). Aunque la máxima como tal no se encuentra en los tratados hipocráticos, sí que existe una obligación de no maleficencia expresada en el juramento hipocrático. Así, sobre el uso del régimen para el beneficio de los pacientes, este juramento dice: “si es para su daño (...) lo impediré”.

Para Beauchamp y Childress⁽³⁶⁾ la obligación de no dañar a otros, por ejemplo, no robar, no lastimar o no matar, es claramente distinta a la obligación de ayudar a otros, por ejemplo, ofrecer beneficios, proteger intereses o promover bienestar.

Este principio solicita «no dañar». Una persona daña a otra cuando lesiona los intereses de ésta. Estos intereses pueden considerarse de manera

amplia como son los referidos a la reputación, la propiedad, la privacidad o la libertad. Definiciones más estrechas se refieren a intereses físicos y psicológicos, como la salud y la vida. Beauchamp y Childress⁽³⁶⁾ en el diseño del principio de no-maleficencia se concentran en los daños físicos, incluyendo el dolor, la discapacidad y la muerte, sin negar la importancia de los daños mentales y las lesiones de otros intereses. En particular enfatizan las acciones que causan o que permiten la muerte o el riesgo de muerte.

Las reglas típicas referidas al principio de no-maleficencia son las siguientes: No mate; No cause dolor o sufrimiento a otros; No incapacite a otros; No ofenda a otros y No prive a otros de aquello que aprecian en la vida.

Principio de no maleficencia en enfermería

El profesional de enfermería debe trabajar por la seguridad del enfermo, por intentar reducir o eliminar el daño durante la práctica clínica y evitar así cualquier enfermedad iatrogénica o tratamientos fútiles durante su desempeño.

Un ejemplo ilustrativo sería cuando un profesional de enfermería administra una sobredosis de medicación, causando daños al paciente. Esta acción es contraria al principio de no maleficencia. Mientras tanto, supervisar cuidadosamente la administración del medicamento para evitar la sobredosis demuestra la adhesión al principio.

Este profesional se enfrenta a innumerables situaciones en las que se aplica el principio de no maleficencia. Por ejemplo, una enfermera puede detectar una anomalía en las constantes vitales de un paciente. En lugar de descartarlo como un pequeño fallo de la máquina, la enfermera decide volver a comprobar manualmente las constantes vitales del paciente. Actuar a partir de esta observación puede evitar daños potenciales, como una urgencia médica.

Es crucial comprender que aplicar la no maleficencia va más allá de la competencia profesional. Se trata de considerar y sopesar las necesidades y circunstancias individuales del paciente y mitigar cualquier daño que pueda infligir la intervención sanitaria.

Conclusiones:

- La no maleficencia en enfermería se refiere al principio clave de no causar daño a los pacientes, ya sea por acción o por inacción. Impone el uso de técnicas correctas, la evaluación continua y la atención diligente al paciente para garantizar la seguridad.

- La no maleficencia en enfermería se refiere al principio de causar daño cuando sea necesario para el tratamiento. Esto podría incluir el uso de procedimientos dolorosos pero eficaces o la administración de medicamentos potentes con efectos secundarios importantes.
- La no maleficencia en enfermería implica que las enfermeras no deben realizar más trabajo del que pueden asumir, asegurándose de no perjudicar su propio bienestar.
- La no maleficencia en enfermería se refiere a la idea de que las enfermeras no deben causar molestias a los pacientes, como despertarlos para controles rutinarios o administrarles tratamientos incómodos.

En fin, en la práctica profesional de la enfermería, los principios de beneficencia y no maleficencia sirven a menudo como faros guía. Influyen en la toma de decisiones, las opciones de tratamiento y la interacción con los pacientes y sus familias.

Cuestionario y Actividades

1. ¿Cuáles son los principios de beneficencia y no maleficencia en la enfermería?

2. Según Beauchamp y Childress, ¿cuáles son los elementos que constituyen la autonomía?

- a) Intención, amor y conocimiento
- b) Intención, conocimiento y voluntariedad
- c) Conocimiento, educación y responsabilidad
- d) Libertad, confianza y conocimiento

Respuesta correcta: _____

3. ¿Cuál de las siguientes no es una regla de respeto por la autonomía según Beauchamp y Childress?

- a) Decir la verdad
- b) Proteger la información confidencial
- c) Obtener consentimiento para todas las intervenciones

d) Obligar al paciente a seguir tratamientos

Respuesta correcta: _____

4. ¿Cuál es una de las funciones de los comités de ética asistencial?

- a) Reducir costos en tratamientos
- b) Analizar y asesorar en conflictos éticos
- c) Aprobar tratamientos experimentales sin condiciones
- d) Imponer decisiones médicas a los pacientes

Respuesta correcta: _____

5. Relaciona las columnas con su descripción correspondiente

Concepto	Descripción
1. Beneficencia	a. Capacidad de una persona para pensar, decidir, actuar y comunicar decisiones de forma independiente.
2. No Maleficencia	b. Terapias sin beneficio significativo, que pueden suspenderse aunque el paciente o familia estén en desacuerdo
3. Dilemas Eticos	c. Actos de buena voluntad, amabilidad, caridad, altruismo, amor o humanidad.
4. Tratamiento Fútil	d. Situación en la que los principios éticos se contraponen, dificultando una decisión moralmente aceptable.
5. Autonomia	e. Beneficiar y no perjudicar, existe el deber de proteger y cuidar a los más vulnerables y, cuando sea necesario, actuar en su defensa.

Seleccione la respuesta correcta:

- a) 1C, 2E, 3D, 4B, 5A
- b) 1B, 2A, 3C, 4D, 5E
- c) 1A, 2B, 3C, 4E. 5D
- d) 1D, 2C, 3B, 4A, 5E

1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO:
**LA ESENCIA DE
LA ENFERMERÍA**

Capítulo

VI

**Liderazgo en la gestión del
cuidado humanizado**



Objetivos del capítulo

- Fortalecer la implementación de los principios del cuidado humanizado en la atención domiciliaria suministrada por el equipo de cuidados paliativos, promoviendo una atención integral con enfoque bioético centrada en las necesidades del paciente y su familia.
- Analizar las necesidades biopsicosociales y espirituales de los pacientes y sus familias atendidos en el domicilio y desarrollar estrategias que promuevan el cuidado humanizado alineadas con los requerimientos de los pacientes y sus necesidades
- Establecer redes de apoyo comunitario y familiar que respaldan los pacientes en el entorno domiciliario, fortaleciendo la continuidad y la integralidad del cuidado paliativo.

Liderazgo en la gestión del cuidado humanizado

El Rol de la Enfermería en la Humanización del Cuidado Paliativo

El papel de la Enfermería en cualquier tipo de proceso de salud y de sus tratamientos es imprescindible. Aunque, en muchas ocasiones, su apoyo y su buen hacer pasan desapercibidos tanto para los pacientes como para familiares. Pero, en el caso concreto de los cuidados paliativos, los profesionales de la Enfermería, salvo en casos de urgencias en cuidados paliativos o de seguimiento de la evolución del paciente en los que es necesaria la intervención de un facultativo, los profesionales de la rama de la enfermería son los que más tiempo dedican a los enfermos y los responsables de estos cuidados especiales. En consecuencia, su protagonismo y su responsabilidad en la consecución de los objetivos de bienestar son incalculables.

Los cuidados paliativos no están dedicados exclusivamente a las fases finales de la vida. Aportan valores relevantes en atención general de pacientes en situaciones de enfermedad avanzada o de fragilidad y vulnerabilidad.

A pesar de que en esta etapa de la vida de los enfermos la cura ya no es posible, la atención por parte de especialistas sigue siendo necesaria. Y es precisamente por esto por lo que la enfermería y su natural vocación asistencial constituyen el principal nexo de unión entre los tratamientos paliativos y sus destinatarios. El cuidado de estos profesionales se centra no solo en la administración de medicamentos, sino en el alivio del dolor, del miedo, del malestar y de todos los síntomas negativos que acompañen a los pacientes y familias en estos últimos días.

El trabajo de los profesionales de Enfermería que forman parte de los equipos de cuidados paliativos profundiza en el cuidado fundamentalmente individualizado y se enfoca, sobre todo, a preservar la autonomía del paciente, desde las bases éticas y clínicas, a intentar promover una experiencia de la enfermedad vivida de la mejor manera posible.

La enfermedad pone en el centro de atención al paciente, pero también a su entorno, a su familia, a todo aquello que da dignidad a su vida y a su día a día. Esto, a veces, en entornos donde estos pilares no están fundamentalmente preservados, es muy complejo. Dentro del equipo, la Enfermería es el elemento de cohesión entre la familia, el paciente y los médicos. Su papel fundamental es captar y trasladar las necesidades del paciente y de sus familiares al resto del equipo para diseñar el plan terapéutico multidisciplinar.

Los profesionales de esta área tienen que saber ver al paciente como una totalidad y no solo como un paciente con el diagnóstico específico, ser capaces de ponerse delante del individuo por encima de todo, y trabajar a partir de lo que ellos demandan. Estar atento a cómo el paciente está viviendo la situación es el punto de partida para otorgarle el papel de ser el partícipe de sus cuidados y de su atención. No olvidar que, ante todo, es una persona, con unos valores y unas expectativas, es la mejor manera de cuidarlo y de establecer una relación de ayuda.

El rol o papel de la enfermería en cuidados paliativos abarca diversas perspectivas: física, psicológica, social, emocional, etc. y busca ofrecer una atención de calidad y el mejor acompañamiento al enfermo hasta el último de sus días. Sin dolor ni sufrimiento.

Los cuidados paliativos proporcionan un cuidado integral, asegurando el alivio del dolor y otros síntomas. Incluyen el soporte necesario para ayudar al paciente a vivir lo más activamente posible durante todo el proceso de enfermedad, y facilitan la preparación del paciente y la familia en el proceso de morir y duelo posterior. Para llevar a cabo todo este complejo sistema de cuidados, se necesita un equipo multidisciplinar especializado, con preparación no sólo a nivel asistencial sino a nivel humano y psicológico.

Entre las funciones de la Enfermería se destacan básicamente las siguientes:

- Satisfacer fundamentalmente las necesidades tanto actuales como potenciales del paciente de forma integral, identificando problemas y planificando los cuidados.

- Proveer medidas de confort y alivio.
- Preservar la dignidad de la persona y permanecer al lado del paciente estableciendo una relación de ayuda y acompañamiento.
- Explicar tanto al paciente como a la familia las medidas farmacológicas y no farmacológicas que se le ofrecen.
- Coordinar las intervenciones de todo el equipo interdisciplinario y supervisar las intervenciones y tratamientos para asegurar una buena calidad asistencial.

A grandes rasgos, estas son las tareas que deben llevar a cabo las enfermeras y enfermeros especializados en cuidados paliativos:

- Proporcionar todos los cuidados y atenciones necesarias para que el enfermo viva estos últimos meses o días con la mejor calidad y el mayor bienestar posibles.
- Administrar los tratamientos farmacológicos y físicos adecuados.
- Controlar y monitorizar cualquier cambio que se pueda producir en la enfermedad o en el estado de salud del enfermo
- Dar apoyo y guiar al propio paciente y a su familia sobre las recomendaciones en cuidados, alimentación, aseo personal, descanso, actividad física, duelo, etc.

La participación de las enfermeras en la toma de decisiones está influida por su percepción del sufrimiento del paciente, su consideración de las implicaciones éticas y morales de las situaciones de obstinación terapéutica, sus creencias religiosas y los años de experiencia.

Capacitación del personal en cuidado humanizado

La capacitación de Enfermería puede ser entendida como el proceso activo y permanente que consiste en adquirir, mantener, renovar, reforzar, actualizar e incrementar los conocimientos, las destrezas y las actitudes que permitan al profesional de enfermería enfrentar y resolver, o en su caso contribuir, a la mejora de los problemas de salud, así como preservar y mejorar la competencia y actitudes del personal de enfermería que ha terminado su instrucción formal.

Para que un profesional de enfermería logre las competencias necesarias para otorgar cuidado humanizado el proceso enseñanza-aprendizaje de enfermería debe relevar la importancia del cuidado integral, humano y res-

petuoso. La formación profesional recibida en las universidades se vincula directamente con la construcción de aspectos específicos de la profesión y de los aspectos actitudinales asociados con la misma, los que, a su vez, se relacionan con la claridad con que se ejecuta el rol y se construye la identidad profesional. En ese sentido, los currículums académicos de enfermería debieran contemplar metodologías específicas que capaciten al estudiante para establecer, mantener y mejorar sus interacciones de ayuda interpersonal y otorgar cuidado humanizado. Por todo esto es relevante la formación de los docentes tanto en aspectos teóricos como en el modelaje clínico de los estudiantes, asumiendo un rol activo en la formación de competencias clínicas que posibiliten un encuentro clínico significativo con cada usuario a su cuidado.

La formación de los profesionales de Enfermería debe incluir sistemáticamente aspectos del cuidado humanizado. El currículo se posiciona como una herramienta fundamental, que proporciona la base estructural de la formación de profesionales, los cuales deben poseer competencias asociadas al cuidado humanizado considerando en que se transforman en los ejecutores del mismo. De la revisión de temáticas abordadas por diversos centros de estudios se desprenden, por ejemplo, para el cuidado humanizado como fundamentales las que se enumeran a continuación:

- La humanización
- Cultura de humanización Liderazgo y cuidados humanistas
- La humanización en la atención sanitaria
- Estrategias de humanización en diversas áreas asistenciales como son en pediatría y obstetricia, en hospitalización, en urgencias, en cuidados críticos en el quirófano, en cirugía mayor ambulatoria, etc.
- Los Derechos Humanos consagrados en instrumentos internacionales y nacionales haciendo hincapié en el derecho a la vida, a la salud, a la integridad y la dignidad del hombre, etc.
- La ética y la bioética y sus principios fundamentales en enfermería
- Los dilemas éticos en áreas como neonatología, neumología, cardiología, etc. y el papel de los comités de ética.
- La calidad asistencial y la satisfacción del paciente
- La práctica basada en la evidencia científica

- La comunicación y las relaciones interpersonales como eje central del proceso de enfermería
- Otros

En este punto cabe incorporar parte del importante trabajo investigativo presentado por Díaz et al (40), cuyo objetivo fue aportar conocimientos más específicos sobre la importancia de situar y orientar los cuidados de la enfermería desde una proyección biopsicosocial, con un enfoque humanizado, poniendo especial énfasis en las competencias comunicativas y relaciones interpersonales como elementos esenciales. Y los resultados arrojaron la extracción de cuatro categorías de análisis presentado asimismo estrategias de formación:

1. las habilidades comunicativas y emocionales como elementos esenciales del cuidado humanizado,
2. la necesaria capacitación emocional y comunicativa en la formación de enfermería,
3. otros factores que contribuyen a un cuidado humanizado
4. cambios metodológicos y recursos pedagógicos para la capacitación comunicativa y emocional de docentes, alumnado y profesionales de enfermería.

La investigación reza de manera textual lo siguiente:

1. Las habilidades comunicativas y emocionales: elementos esenciales del Cuidado Humanizado.

Son numerosos los estudios que corroboran la importancia de mejorar la comunicación en los procesos de cuidado para el establecimiento de una relación interpersonal enfermero-paciente. El tipo de relación y el tipo de cuidados que se establezca entre el profesional de la enfermería y el usuario pueden tener efectos terapéuticos, aumentado el grado de aceptación y tolerancia del tratamiento médico y los procedimientos de enfermería.

Esto lo podemos comprobar en los resultados del reciente estudio cualitativo desarrollado por Michelan y Spiri. Entre las conclusiones, se destaca la necesidad de la asistencia holística, lo cual repercute de manera positiva en la recuperación del paciente, pues refieren que el diálogo y la escucha son comparables con un tratamiento medicamentoso.

Cuando las personas se sienten bien atendidas, escuchadas y respetadas y mantienen un vínculo de confianza tienden a cumplir más el tratamiento. En esta línea, se encuentran estudios que relacionan el entrar en la esfera emocional del paciente y favorecer la expresión de experiencias emocionales, con una mejor satisfacción, recuperación, e incluso, ser determinantes en el proceso de sanación. Por el contrario, encontramos que una comunicación ineficaz por parte del profesional sanitario puede causar depresión, aumentar la ansiedad, indefensión, desesperanza y empeorar la calidad de vida de los pacientes.

En este sentido, Pott et al., señalan como factores que empobrecen la calidad del cuidado, por un lado, la ineficacia y/o la ausencia de comunicación, en sus distintas formas durante las acciones de cuidado, descuidando la dimensión emocional y social de la persona necesitada de cuidados. Y, por otro lado, la mecanización y rutinización de los cuidados diarios, lo que evidencia que muchos profesionales se centran en el tratamiento y cura del cuerpo enfermo, sin considerar las demás dimensiones humanísticas que conforman a cada ser. Sin embargo, en la bibliografía al respecto, se desvela que entre los usuarios crece la demanda de un trato más humano y no sólo la solicitud de un tratamiento. Los usuarios perciben que la relación interpersonal y el tipo de trato que se establece entre el enfermero/a-paciente son las características más valoradas, incluso por encima de la eficacia. La inteligencia emocional debe ser uno de los objetivos de la formación y práctica sanitaria, y que debe ser reconocida entre los indicadores para mejorar la calidad de los servicios de salud, en tanto que las personas que poseen altos índices de inteligencia emocional son más capaces de empatizar con los demás, son más propensos a prestar ayuda, a cooperar y a establecer relaciones interpersonales más satisfactorias. Asimismo, es preciso destacar la actual investigación realizada por Sharon y Griberg⁸, centrada en revisar la relación entre el nivel de inteligencia emocional y el grado de éxito de los estudiantes en enfermería, cuyos resultados señalan una correlación positiva entre estas variables, sosteniendo que la inteligencia emocional debe considerarse como criterio para la admisión de estudiantes a los programas de estudios de pregrado en enfermería.

Lo hasta aquí presentado pone de relieve la importancia de los cuidados emocionales y buen trato que, a través del establecimiento de relaciones interpersonales de confianza, con especial atención al tipo de comunicación, pueden convertirse en un elemento terapéutico que influye en el bienestar, la salud y/o proceso de recuperación de las personas necesitadas de cuidados.

2. Otros factores que contribuyen a un cuidado humanizado: atención, reflexión y autoconocimiento

Existen otros factores que contribuyen a desarrollar un cuidado humanizado y que dependen directamente del profesional. La forma de ser de la persona y su carácter influye directamente en el trato al paciente, tanto en la forma de dirigirse al paciente y su familia como en su comportamiento, alentando o descuidando una práctica más o menos humanizada.

De ahí que la reflexión de la práctica enfermera en el cuidado diario se haga imprescindible. Según estos autores para alcanzar la humanización del cuidado es necesario un proceso reflexivo permanente que permita tener presente los valores y principios que rigen la práctica profesional, ya que la enfermería, por sí misma, es una práctica humanizada.

Situamos aquí la teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, en tanto que desde esta teoría se le otorga una especial importancia a la reflexión sobre el propio yo, a la introspección personal y/o a la autoconciencia como factor del proceso de cuidado. Watson afirma que una persona que no reconoce sus propios sentimientos, difícilmente logrará entender los de otras personas. Al mismo tiempo, la aceptación de la expresión de los sentimientos propios y ajenos (tanto positivos como negativos), permite una empatía que trasciende el propio yo y que favorece el proceso de cuidado humano¹¹. De ahí que el autoconocimiento, la práctica reflexiva sobre el cuidado que se realiza y la capacidad de motivación, sean elementos necesarios que incorporar en la profesionalización y formación del personal de enfermería¹².

Otra de las cuestiones que se presentan como esenciales para un cuidado humanizado es “el detalle en la atención”. Beltrán-Salazar, en su estudio cuyo propósito era comprender el sentido del cuidado humanizado en la experiencia de personas hospitalizadas, familiares de pacientes y enfermeras, señala la importancia del detalle y cómo éstos pueden ser percibidos por las personas necesitadas de cuidados. Este autor concluye que, si bien para las enfermeras puede no revestir importancia realizar ciertas acciones o tener en cuenta determinados detalles, para las personas necesitadas de cuidados pueden ser esenciales detalles como el saludo, dirigirse a la persona por su nombre, las miradas de complicidad, conocer sus gustos, contacto corporal con caricias, en tanto que son elementos importantes en la forma de la interacción y en el establecimiento de una relación interpersonal basada en la confianza desde el cuidado humanizado.

Se comprueba, por tanto, que la atención al detalle, la práctica reflexiva y el autoconocimiento, se presentan como factores que contribuyen a un cuidado humanizado.

3. La capacitación emocional y comunicacional en la formación de la enfermería para un cuidado humanizado

Actualmente, los planes formativos en el contexto español contemplan las competencias emocionales y de comunicación dentro del conjunto de competencias que el estudiante de enfermería debe alcanzar para obtener el título de Graduado en Enfermería⁴. La comunicación clínica ha sido aceptada como un contenido importante de los planes de estudio de enfermería y reconocida como una competencia esencial por los organismos de acreditación y las organizaciones internacionales.

Pese a ello, se señala el estancamiento que ha experimentado la formación de habilidades comunicativas y emocionales en la enfermería, son, incluso, los propios profesionales de la enfermería quienes destacan que aprender a escuchar, gestionar y comunicar las emociones tendría que ser una habilidad que se debería enseñar durante la formación básica de manera transversal. Al respecto, se señala que esta formación debe desarrollarse desde nuevos enfoques y metodologías más participativas y experienciales que aseguren un aprendizaje significativo.

De acuerdo con Santos et al. la deshumanización comienza en la formación de la enfermería, donde se mantiene el énfasis en el dominio de conocimientos, evidencias científicas y el desarrollo de habilidades técnicas, en detrimento de habilidades y competencias centradas en el paciente desde una mirada integral, ignorado el enfoque crítico, creativo y sensible-afectivo inherente al cuidado. A similares conclusiones llegan Lee, et al. quienes evidencian la necesidad de incorporar formación específica en aspectos emocionales con metodologías que potencien y promuevan más el aprendizaje reflexivo, para alcanzar las competencias necesarias para una atención integral. En consecuencia, estos autores manifiestan que “la formación de los estudiantes debe privilegiar la comunicación con la persona antes que el desempeño del rol técnico, en la medida que sean capaces de clarificar las necesidades y sentimientos de cada persona sujeto de cuidado”.

Cabe destacar, también, el actual interés formativo relativo al estudio de la presencia y atención de los familiares, como un aspecto de influencia directa en la recuperación y mejora de las personas necesitada de cuidados, siendo un aspecto esencial en el cuidado humanizado, En esta línea

se sitúan los resultados de Gomes, et al., desde los que se desprende que la presencia de los familiares es un elemento que potencia la recuperación, tanto física como emocional, de la persona cuidada, sobre todo cuando se trata del cuidado infantil. Se pone de manifiesto que, entre los significados de humanización, la incorporación de la familia dentro del cuidado al paciente debe ser reconocida como práctica inherente al profesional de enfermería para proporcionar un cuidado más completo, holístico y humano 19. En consecuencia, se sugiere como necesario que el cuidado familiar sea incluido en los programas formativos de enfermería, contribuyendo a que el personal en formación adquiera habilidades y competencias para trabajar con los familiares; y sobre todo, que puedan comprender la importancia de incluir a la familia en el plan de atención.

No obstante, no es suficiente con incorporar la formación en los grados académicos, sino que debiera ser una formación continua, que acompañe al profesional de enfermería durante toda su trayectoria profesional. Al respecto, Tejada, et al.15 insisten en la necesidad de una actualización pedagógica y profesional permanente que contribuya a la integración de estrategias innovadoras para un aprendizaje significativo. A similares conclusiones llega el estudio de Guerrero-Ramírez, Meneses-La Riva y De la Cruz-Ruiz, en las que reclaman la necesidad de implementar estrategias, planes de mejora y capacitación continua con la finalidad de generar sensibilización del personal de enfermería para aplicar un cuidado humanizado en la atención al paciente, otorgándole a la comunicación, al acompañamiento, a la relación con el paciente-familia, y a la empatía, la máxima importancia.

La Universidad debe ser tan científica como sensible, y debe generar los cambios necesarios que permitan asegurar que los egresados de nuestras facultades, adquieren las competencias y habilidades necesarias para saber brindar un cuidado humanizado. En este sentido, siguiendo a Ruiz-Moral, et al.14, cabe destacar las modificaciones curriculares que se llevaron a cabo en la Facultad de Medicina de Francisco de Vitoria (España), en la que se implementaron ciertas particularidades de tipo organizativo que han facilitado la integración de habilidades de comunicación y cuidado de manera transversal.

Por su parte, destacamos aquí los resultados del estudio de Hernández et al., desde el que se implementó una intervención educativa con el objetivo de mejorar el uso del indicador trato digno en el personal de enfermería que participa en el cuidado hospitalario del paciente. El propósito del estudio fue analizar si la formación se veía reflejada en el cuidado y la relación con el paciente. Sobre los resultados de las evaluaciones antes y después, las medias obteni-

das aumentaron significativamente. Se concluye que la intervención educativa tuvo un impacto importante en la obtención de conocimientos del personal de enfermería, así como en la mejora de la implementación del indicador.

Lo escrito hasta aquí, pone de manifiesto que realizar cambios y mejoras en el tratamiento y formación de las habilidades de comunicación y emocionales, constituye una necesidad que debe ser priorizada, tanto en el ámbito académico e investigador como en el profesional, al ser elementos vehiculares para alcanzar la calidad de la atención.

4. Estrategias y recursos educativos para la capacitación comunicativa de docentes, estudiantes y profesionales sanitarios.

El alumnado manifiesta sentirse poco o nada preparado para afrontar las exigencias comunicativas y emocionales. Asimismo, las evidencias aportadas por las investigaciones avalan las ideas que venimos defendiendo. Los resultados científicos reivindican la necesidad de mejorar la capacitación de los futuros profesionales de la enfermería con respecto a las competencias comunicativas y emocionales. Sin embargo, se señala que la adquisición y desarrollo de estas competencias requieren de un trabajo especial. El simple hecho de proporcionar conocimientos de forma expositiva, siguiendo el modelo de clases magistrales y ofreciendo lecciones o seminarios de forma puntual sobre estas competencias, puede no ser suficiente para ayudar al estudiantado a desarrollar la empatía y las habilidades de comunicación necesarias para brindar una educación y cuidado eficiente y afectivo.

En la bibliografía se reclama la incorporación de nuevos enfoques metodológicos que reemplacen la insuficiencia de las clases expositivas y contribuyan a generar procesos de aprendizaje significativos. Al respecto, Tejada, et al. señalan la necesidad de integrar el aprendizaje a partir de metodologías participativas, reflexivas y dialógicas que respeten la autonomía de los estudiantes y el trabajo en equipo para construir, reconstruir e intercambiar saberes. Los resultados de su estudio inciden en que las prácticas pedagógicas juegan un rol esencial en los procesos de enseñanza-aprendizaje sobre el cuidado en los futuros profesionales de enfermería, al contribuir en el desarrollo de una sensibilidad humana especial, al despertar el enfoque afectivo, creativo y crítico.

A similares resultados llega de Oliveira, et al. en su estudio, cuyo objetivo fue comprender, desde la perspectiva de los docentes, cuáles son las facilidades y dificultades en el desarrollo de habilidades comunicativas en estudiantes de enfermería. Se destacan como factores que contribuyen al aprendizaje:

uso de actividades prácticas, características individuales de los estudiantes, uso de metodologías activas, relación de proximidad de profesores con alumnos y organización en pequeños grupos.

En consonancia con lo anterior, destacamos las recientes aportaciones de Rojas y Gonzáles, quienes señalan que el proceso de enseñanza-aprendizaje participativo, adquiere un valor añadido cuando su finalidad es el desarrollo de habilidades comunicativas, en tanto que su adquisición requiere de escenarios formativos en los que el intercambio, la reflexión y la influencia mutua sean el eje vehicular dinámico de la práctica educativa. Como insisten estos autores, se deben estimular espacios y entornos pedagógicos donde predomine la reflexión personal, el intercambio de opiniones y la discusión abierta y respetuosa, favorecedora de aprendizajes significativos y de desarrollo personal y colectivo vinculados al proceso de comunicación.

Otro de los elementos a integrar en los procesos de aprendizaje que señala la bibliografía para mejorar las habilidades y competencias emocionales y de comunicación, es el trabajo interdisciplinario. Los resultados de un reciente estudio, indican que el 90% de los estudios evidencian que la formación interprofesional es indispensable en estudiantes de salud. Tanto es así que, Naciones Unidas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud y otros organismos, propusieron en 2016 la educación interprofesional e interdisciplinaria en la formación inicial, enfocándose en potenciar una educación transformadora con calidad y competencias integradas de todos los campos.

Estudios recientes, apuntan que el trabajo interdisciplinario puede favorecer una multiplicidad de enfoques y alternativas para comprender los aspectos que están involucrados en el cuidado del paciente, contribuyendo al establecimiento de una nueva cultura de la atención enfermera, lo cual debe ser trasladado al ámbito formativo.

Otro de los recursos que se plantean para contribuir a un cambio en las prácticas enfermeras hacia un cuidado humanizado, que mejoren la formación en competencias comunicativas y emocionales centrado en la persona y su familia, es la narración, siendo especialmente relevantes las narrativas autobiográficas.

Se sitúa aquí la autoetnografía. El uso de la escritura de la propia historia como una forma de entender los procesos vitales propios y de nuestros pacientes, permite reflexionar, crear y aprender como personas y como profesionales de la enfermería. Un proceso autoetnográfico, requiere ejercitar la observación de forma consciente, manteniendo la atención en la conexión

con el paciente, en cómo nos reflejamos en ellos, de qué manera interactuamos y nos vinculamos en las relaciones interpersonales y si ponemos en práctica experiencias, habilidades y aprendizajes en los que la comunicación efectiva y afectiva sea el eje vehicular de la interacción con el otro. De este modo, se presenta como un recurso para trabajar nuestros sentimientos, nuestras formas de comunicarnos y de relacionarnos, a partir de nuestra propia historia y de la de los otros, para así comprenderla y acercarnos a comprender a los otros.

Estas contribuciones en el profesional de enfermería también ocurren cuando se utiliza este método en pacientes y sus propias vivencias de enfermedad, lo que permite expresar sus sentimientos y emociones, y compartir con otros su experiencia, contribuyendo de manera directa a mejorar el cuidado personal de pacientes, así como también a que las enfermeras comprendan la posición de la persona necesitada de cuidados.

Considerando lo mencionado, es posible afirmar que las metodologías cualitativas, narrativas e interpretativas nos obligan a (re)cuestionar constantemente nuestras concepciones sobre los seres humanos, nuestros problemas personales, sociales, físicos, mentales, y espirituales; lo que influye de manera directa en nuestra posición en relación con el otro.

Por último, es preciso destacar que, a pesar del desarrollo positivo de estas metodologías en la investigación en salud, también se señala como un obstáculo el carácter subjetivo y de expresión de sentimientos de esta metodología en el encuentro con la ciencia más cercana a la objetividad. Sin embargo, como sostiene Siles²⁸, para tratar de dar respuesta a esta barrera, ha surgido la sociopoética que permite el estudio de la expresión de los sentimientos de forma intersubjetiva alcanzando de esa forma cierta objetividad. Diversos autores han descrito la utilidad de la poesía en enfermería.

Asimismo, también se hace mención a la posibilidad de auto-narrativas poco profundas en el plano interpretativo, lo cual puede resultar contraproducente al descuidar la misión principal de conectar lo personal con lo social de la autoetnografía. De ahí, que algunos autores hayan puesto sus esfuerzos en intentar proporcionar pautas para ubicar este método de investigación, dentro del marco de una buena investigación social, señalando la construcción de un modelo Educativo Basado en la Narración (EBN) ^{28,30}, desde el que se sugiere que pueda servir como puente entre la subjetividad cualitativa de este modelo y la objetividad científica de la EBE (Educación Basada en la Evidencia).



Empoderamiento del personal para ofrecer un cuidado humanizado de calidad: Estrategias

La salud es un derecho que tiene toda persona, acceder a una atención de salud de calidad y por consecuencia recibir un cuidado humanizado e integral es fundamental. Para los profesionales de la salud el cuidado es una actividad propia de su profesión, pero enfermería ha centrado su quehacer en esta actividad, con su rol de cuidador.

El cuidado de enfermería constituye el conjunto de funciones que desarrolla la enfermera (o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico, orientada a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad.

El cuidado humanizado que plantea Watson, Jean ⁽⁴¹⁾ y los modelos de empoderamiento, son necesarios para la atención de enfermería, pues buscamos garantizar una atención digna, afectuosa y con ética para nuestros pacientes en cualquier institución de salud.

Empoderamiento

El empoderamiento es la acción de empoderar o hacer poderoso a un individuo desfavorecido, dar autoridad, influencia y conocimiento para hacer algo ⁽³⁸⁾.

También es el proceso por el que las personas fortalecen sus competencias, promoviendo cambios favorables, fortaleciendo su confianza y capacidad de actuar frente a situaciones que pueden afectar su entorno ⁽⁴²⁾.

El empoderamiento genera que las personas tengan el control sobre ellas y de su entorno, así como la posibilidad de ampliar sus horizontes llevando a niveles altos de satisfacción y logro personal⁽⁴³⁾.

El empoderamiento facilita la autonomía y aumento de poder en las organizaciones, las cuales actualmente requieren de colaboradores que cuenten con una alta dedicación y estén llenos de energía y así tener personal psicológicamente empoderados⁽⁴⁴⁾.

Para Kanter ⁽⁴⁵⁾ menciona en su teoría del empoderamiento estructural, que las características del ambiente laboral, determinaran las actitudes y comportamientos de los empleados, independiente a su personalidad. Así mismo menciona que los trabajadores se sienten empoderados cuando su entorno laboral les facilita oportunidades para el crecimiento y el acceso al “poder”, necesarios para cumplir con los requerimientos del trabajo, una vez aplicado con éxito este empoderamiento, los empleados tendrán competencias que aumentarán la satisfacción y rendimiento en el trabajo, sumara creatividad e innovación.

Es así que las enfermeras buscan este empoderamiento profesional durante su carrera para lograr una buena toma de decisiones, Niveles elevados de empoderamiento tienen un efecto positivo en la confianza de la gestión, en la satisfacción profesional y en el desempeño de los enfermeros (46).

Para Alles ⁽⁴⁷⁾ las características del empoderamiento son:

- Comparte el liderazgo de las tareas administrativas
- Mejor de toma de decisiones
- Compromiso Institucional
- Mejor trabajo en equipo
- Cumplimiento de los objetivos propuestos
- Otorga flexibilidad, creatividad y compromiso

- Genera actitud positiva y entusiasta
 - Orgullo
 - Unión y Solidaridad
 - Voluntad
 - Autodeterminación
 - Asertividad

Entre los beneficios del empoderamiento se destacan:

Las dimensiones del empoderamiento⁽⁴⁸⁾:

a. Oportunidad: Hace mención al aprovechamiento de las oportunidades de crecimiento y promoción dentro de la organización, la misma que facilitara a sus trabajadores el empoderamiento para así generar satisfacción tanto en el cliente externo como en el interno.

b. Información: Se refiere al desarrollo efectivo de los conocimientos necesarios para el área de trabajo, el colaborador empoderado dentro de una organización interioriza los objetivos y metas haciéndolos suyos para lograrlo exitosamente.

c. Apoyo: Recibir retroalimentación de los superiores y compañeros es necesario para mejorar, construir y optimizar el desempeño en la organización basado en la comunicación.

d. Recursos: Para lograr un adecuado desempeño de la atención es necesario contar con infraestructura adecuada, equipos y materiales necesarios, lo que garantizara la calidad del trabajo y contribuirá a incrementar del empoderamiento en el personal, ya que se empleara todos los recursos disponibles para brindar una atención segura y exitosa.

Cuidado humanizado

El Cuidado humanizado de enfermería Se define al cuidado humano como el quehacer de la enfermera profesional. El cuidado del enfermero debe ir más allá de lo académico, clínico o científico⁽⁴⁹⁾.

El cuidado humanizado de enfermería permite mejorar la calidad del cuidado con el fin de propiciar una atención cálida, humana, receptiva, empática con el paciente. “La teoría del cuidado” propuesta por J. Watson, plantea la relación de ayuda que se entrega al paciente, “donde es necesario lograr un equilibrio entre: mente, cuerpo, y alma; haciendo énfasis en la dignidad humana”⁽⁴¹⁾.

El cuidado de enfermería y su comportamiento Las enfermeras se ven influenciadas por el comportamiento del cuidado que brindan, por ello Jean Watson estableció una relación de determinantes que intervienen desde lo humano y lo espiritual⁽⁵⁰⁾.

Mencionamos comportamientos y actitudes que prevalecen como: la confianza, el respeto, el interés, la gentileza, la disponibilidad, la consideración, la solidaridad, la solicitud, ofrecimiento de apoyo y la seguridad. La seguridad es percibida por los pacientes tras recibir una atención de cuidado competente con habilidades y destrezas, pero si se suma la consideración, comprensión y amabilidad es más reconocida. Para llegar a brindar un cuidado exitoso, los pacientes deberán percibir la confianza y la seguridad que da el cuidador, sumado el sentirse identificados como personas y no como un objeto⁽⁵¹⁾.

Watson Jean⁽⁴¹⁾ menciona los “Diez factores del cuidado”:

1. Establecer valores donde resalte lo altruista y humanista del ser
2. Cultivar la fe y la esperanza
3. Promover la sensibilidad hacia el prójimo como a uno mismo
4. Desarrollar una relación de confianza, ayuda y cuidados humanizados
5. Motivar la expresión de sentimientos positivos y negativos
6. Aplicar el método científico para la resolución de problemas y optimizar la toma de decisiones
7. Difundir el aprendizaje transpersonal y la enseñanza del mismo
8. Proporcionar un clima de apoyo mental, física, sociocultural
9. Cooperar en satisfacer las necesidades humanas y necesidades espirituales
10. Reconocer las fuerzas existenciales-fenomenológicas que nos rodean.

Las dimensiones que plantea Watson Jean⁽⁴¹⁾ son:

a. Humanismo, fe-esperanza / sensibilidad; el cuidado brindado por el enfermero de forma holística y positiva en los pacientes debe estar basado en los valores humanísticos. Es importante que se cultive y respete su creencia para mantener la fe y contribuir en su recuperación. La autoaceptación en los enfermeros permite reconocer sus sentimientos, volviéndose más auténticos con

los demás. Es así que los enfermeros deben sensibilizarse más en el cuidado humanizado.

b. Ayuda-confianza. Una relación de confianza fomenta la aceptación de sentimientos positivos y negativos. Esto implica coherencia, ser genuino, real, y honesto, ser empático es capacidad de entender al otro. La comunicación eficaz tiene componentes que promueve la confianza. La relación de confianza tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad.

c. Expresión de sentimientos positivos y negativos; las emociones tienen un papel importante en la conducta humana y Watson las considera como “una ventana por la cual se visualiza el alma”. El expresar libremente los sentimientos favorece en la reducción del estrés. El actuar de los enfermeros nos lleva a saber escuchar y entender cualquier tipo de sentimientos sean positivos o negativos.

d. Enseñanza-aprendizaje interpersonal. la educación para la salud permite ser partícipe activo y optar por las mejores decisiones para mantener, recuperar y mejorar la salud. La educación para la salud, tiene como finalidad la prevención y el reconocimiento oportuno.

e. Soporte / protección / ambiente. Jean Watson separa el ambiente en interno y externo, siendo interdependientes entre ellos. Pues a partir de estos entornos surgen las necesidades de manifestar si está satisfecho, con la atención dada el individuo o no lo está.

f. Necesidades humanas. Los enfermeros identifican holísticamente las necesidades biopsicosociales tanto en del paciente como del mismo profesional. Todos tenemos que satisfacer nuestras necesidades básicas, antes de intentar cubrir otras necesidades, como la comida, la eliminación de residuos y la ventilación que son de menor escala, mientras que la actividad, inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de mayor escala.

g. Fuerza existencial / fenomenológica / espiritual. Watson considera que la fenomenología es un factor difícil de comprender, porque da información inmediata que ayudara a entender los fenómenos no comprensibles y así tener una mejor idea de uno mismo y de los demás.

Estrategias

En líneas generales se entiende la estrategia como un procedimiento para tomar decisiones en una determinada circunstancia. Es utilizada para alcanzar uno o varios objetivos previamente definidos. Simplificando, una estrategia es el camino a seguir para alcanzar ciertas metas.

El desarrollo de la enfermería como profesión y disciplina ha evolucionado constantemente a través del tiempo, mediante la aplicación de nuevas técnicas, nuevos equipos de trabajo a su vez materiales distintos y por lo tanto nuevas responsabilidades que se dirigen hacia el posicionamiento del rol de líder autónomo al interior de los equipos de salud.

El fundamento del empoderamiento se sustenta en el proceso mediante el cual las personas mejoran su competencia, les permite promover cambios positivos, desarrollar y fortalecer la confianza y que se facilite mayor poder, autonomía en las relaciones interpersonales y organizativas. Asimismo, las personas deben tener el poder de realizar un trabajo significativo, en entornos que les permita ejercer la gestión personal para alcanzar las metas laborales. Los profesionales de enfermería lo emplean en la búsqueda de autonomía entre el personal de la salud y la sociedad

Algunos autores sostienen que en la actualidad el empoderamiento constituye una herramienta aplicada en los profesionales de enfermería, porque fomenta confianza, compromiso en el desarrollo de las tareas asignadas; se fortalecen las capacidades, habilidades en los profesionales de enfermería.

Constituye necesidad en los profesionales de enfermería aplicar como herramienta el empoderamiento a partir de la promoción de salud y prevención de enfermedades, que se traducirá en mejor desempeño profesional, se revierte en mejor calidad y beneficio social. Por lo cual, el empoderamiento es una herramienta que potencia las habilidades de los colaboradores, mediante la autonomía en su puesto de trabajo, con cuatro premisas fundamentales que son el poder, la motivación, el desarrollo y el liderazgo.

Atendiendo a estas premisas y a otro fin de lograr el empoderamiento del personal de enfermería para ofrecer un cuidado humanizado de calidad según la revisión bibliográfica se pueden señalar las siguientes estrategias:

- a. Avanzar más desde la profesionalización al profesionalismo, como una apuesta de integración teórica y práctica, en donde se combine conocimiento, con saber hacer y saber moral, en donde se facilite la eficacia para la toma de decisiones de manera autónoma en la acción

del cuidar y no sólo cumplir con indicaciones médicas y realizaciones de carácter técnico, esto no es asumir el liderazgo para la gestión del cuidado en su integridad, sino ser máquinas de trabajo.

- b. Aplicar el liderazgo como estilo de vida para ello se requiere la aplicación del pensamiento crítico y audacia en la toma de decisiones, resolución de conflictos rápida y eficazmente, también una completa gestión del cuidado con estándares de calidad.
- c. Identificar que el liderazgo es una habilidad esencial en la vida profesional de los enfermeros, ya que los capacita para comunicarse claramente ante un grupo de personas, siendo capaz de señalar soluciones a los diversos conflictos que se presente y así lograr tener iniciativa en la toma de decisiones, lo cual es un atributo que garantiza tener un gran desempeño en su trabajo y por consecuente demostrar una estrecha relación en el liderazgo de las y los enfermeros.
- d. Formación y capacitación de manera continua a fin de mejorar las competencias al momento de ejercer la práctica clínica, que cuenten con los conocimientos, habilidades y aptitudes necesarias para ejercer con responsabilidad y puntualidad la profesión de enfermería. De manera que, logrando autonomía, y liderazgo en enfermería, se podrá ser parte del empoderamiento de esta profesión. Por tanto, se requiere de personal de enfermería capacitado con una preparación continua, que cumplan con sus responsabilidades para tomar decisiones y proporcione un cuidado basado en la evidencia.
- e. Abordar el empoderamiento a partir de la promoción de salud y prevención de enfermedades, lo cual constituye un reto para los profesionales de enfermería. Significa la ejecución de estrategias organizativas y liderazgo a partir de funciones asistenciales dirigidas al cuidado de la persona, funciones administrativas encaminadas en la gestión de los procesos y funciones docentes orientadas a la formación del recurso humano, a la superación profesional e investigativa, las que se integran en la búsqueda y la necesidad del conocimiento. A través de estas se desarrolla la autonomía, se incrementan las habilidades y el desempeño de los profesionales de enfermería, lo que se pone de manifiesto en la calidad del cuidado de enfermería. Por lo que constituye hoy una necesidad abordar el tema desde la ciencia de enfermería, porque cada vez cobra más importancia en su modo de actuación.

- f. El empoderamiento determina un cambio de pensamiento y actuación, constituye un medio, un fin en lo individual e institucional, es un proceso constante de construcción. De allí que el profesional de enfermería que está empoderado posee sentido de posesión, se siente dueño de su quehacer, se manifiesta comprometido con las personas, conoce hacia dónde va, posee autonomía de ejercer.
- g. Capacitación y formación en el área de gestión y administración para el logro de la excelencia donde el profesional de enfermería no trabaja solo sino, en equipo.
- h. Capacitar al personal de enfermería en aplicar el juicio clínico y la defensa de los derechos de las personas y pacientes.
- i. Demandar la eliminación de estructuras rígidas de las jefaturas y la abolición de la dependencia de los subalternos a las normas institucionalizadas para el empoderamiento de enfermería dentro del área administrativa. No implica laborar con libertinaje, sino actuar con mayor soltura. La autonomía profesional se justifica sobre la base de la experiencia y aprendizaje, que los/as profesionales van adquiriendo en el desarrollo de sus funciones.
- j. Considerar como requisitos fundamentales para el empoderamiento del profesional de enfermería que ocupan cargos de jefatura: el respeto, la confianza, la tolerancia, la equidad, la solidaridad, la empatía, la lucha por el mejoramiento continuo, la actuación autónoma, la apertura y la delegación de autoridad, entre otros
- k. Establecer y alinear objetivos claros desde el punto de vista personal, familiar y profesional es esencial para avanzar en la vida. Sin objetivos definidos, es imposible progresar.
- l. Concientizar acerca de la responsabilidad que tiene el profesional dentro del gremio y la generación de conocimiento práctico.
- m. Implementar el lenguaje enfermero a través de la tecnología (software) con los cual se facilita y promueve la continuidad en la aplicación de herramientas tecnológicas.
- n. Fortalezca la investigación en Enfermería, como una herramienta de conocimiento que brinde seguridad al profesional y le permita empoderarse.

- o. Aplicar el proceso de Enfermería (pe), esta es la única herramienta científica válida para prestar cuidados de calidad, fomenta el pensamiento crítico ligado a los conocimientos propios y al quehacer de la profesión, de esta forma se brinda una atención de calidad en términos de los criterios y estándares de la garantía de calidad en los servicios de salud.
- p. Desde el punto de vista gerencial, por ejemplo:
 - Fomentar la autoestima en el lugar de trabajo
 - Desarrollo de habilidades profesionales
 - Proveer autonomía y responsabilidad
 - Crear un entorno de trabajo positivo

Aspectos Éticos en la Atención Paliativa Humanizada. Manejo del Sufrimiento y el Dolor desde una perspectiva humanizada: Estrategias para el alivio del dolor

Aspectos éticos en la Atención Paliativa Humanizada

En el Informe de un Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud, sobre Alivio del dolor del cáncer y cuidados paliativos, publicado en 1990⁽⁵²⁾, la atención paliativa es descrita como “una atención total y activa de los pacientes cuya enfermedad no responde ya a los tratamientos curativos”. En ella, es de la máxima importancia el alivio del dolor y otros síntomas, y el cuidado de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El propósito de la atención paliativa es alcanzar la calidad de vida mejor posible para los pacientes y sus familias. Muchos de los aspectos de la atención paliativa se pueden aplicar en fases anteriores de la enfermedad, junto con el tratamiento contra el cáncer o de otra enfermedad de pronóstico infausto. La atención paliativa:

- Afirma la vida y considera al morir como un proceso ordinario;
- No acelera ni pospone la muerte;
- Proporciona alivio del dolor y de otros síntomas perturbadores;
- Integra los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado de los pacientes;
- Ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir lo más activamente posible hasta el momento de la muerte;

- Ofrece un sistema de apoyo para ayudar a la familia a hacer frente a la enfermedad del paciente y al duelo que sigue a su muerte.

Por tanto, el objetivo de los cuidados al final de la vida de los pacientes moribundos es prevenir o aliviar el sufrimiento tanto como sea posible, respetando al mismo tiempo los deseos de los pacientes. Sin embargo, los médicos y personal de enfermería se enfrentan a muchos desafíos éticos en los cuidados al final de la vida. Dado que las decisiones que deben tomarse pueden afectar a los familiares de los pacientes y a la sociedad, así como a los propios pacientes, es importante proteger los derechos, la dignidad y el vigor de todas las partes implicadas en el proceso de toma de decisiones éticas clínicas.

Comprender los principios que sustentan la ética biomédica es importante para que los médicos y personal de Enfermería resuelvan los problemas que enfrentan en los cuidados al final de la vida. Las principales situaciones que crean dificultades éticas para los profesionales sanitarios son las decisiones relacionadas con la reanimación, la ventilación mecánica, la nutrición e hidratación artificiales, la sedación terminal, la suspensión y el cese de tratamientos, la eutanasia y el suicidio asistido por un médico. Cinco principios éticos guían a los profesionales sanitarios en el manejo de estas situaciones.

Los principios éticos reconocidos universalmente son la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.

1. La autonomía se considera el derecho del paciente a la autodeterminación. Toda persona tiene derecho a decidir qué tipo de atención debe recibir y a que se respeten esas decisiones. Respetar la autonomía del paciente es uno de los principios fundamentales de la ética médica. Este principio hace hincapié en la protección que deben brindar los médicos al derecho de sus pacientes a la autodeterminación, incluso en el caso de pacientes que han perdido la capacidad de tomar decisiones. Esta protección se puede lograr mediante el uso adecuado de las directivas anticipadas.
2. La beneficencia exige que los médicos defiendan la intervención más útil para un paciente determinado.
3. La no maleficencia es el principio de abstenerse de causar daño innecesario. Este principio se refiere a una máxima básica de la buena atención médica: *Primum non nocere* (es decir, en primer lugar, no hacer daño). Aunque algunas de las intervenciones médicas pueden causar dolor o algún daño, la no maleficencia se refiere a la justificación moral detrás de por qué se causa el daño. El daño puede justificarse si el beneficio de la

intervención médica es mayor que el daño al paciente y la intervención no tiene como objetivo dañar al paciente. Para cumplir con estos principios de beneficencia y no maleficencia, los profesionales de la salud necesitan conocer sus funciones y responsabilidades en los cuidados al final de la vida.

4. El principio de justicia tiene que ver con garantizar una distribución justa de los recursos sanitarios y exige imparcialidad en la prestación de los servicios sanitarios. Los recursos médicos suelen ser limitados y, por lo tanto, deben distribuirse de forma justa y equitativa. Ya existe la necesidad de evaluar la asignación de terapias médicas avanzadas para evitar el uso innecesario de recursos limitados. Los proveedores de atención sanitaria tienen la obligación ética de defender un tratamiento justo y adecuado de los pacientes al final de la vida. Esto se puede lograr mediante una buena educación y el conocimiento de los mejores resultados del tratamiento.
5. El principio de fidelidad exige que los médicos sean honestos con sus pacientes moribundos sobre su pronóstico y las posibles consecuencias de su enfermedad. Decir la verdad es fundamental para respetar la autonomía. La mayoría de los pacientes quieren tener pleno conocimiento de su enfermedad y sus posibles consecuencias, pero este deseo puede disminuir a medida que se acercan al final de su vida. Algunos pacientes pueden no querer información sobre su enfermedad. Los médicos deben ser hábiles para determinar las preferencias de información de sus pacientes y, de manera honesta pero sensible, brindarles a sus pacientes tanta información precisa como ellos quieran. Tener habilidades efectivas de comunicación centrada en el paciente ayuda a los médicos a aprender y satisfacer las demandas de sus pacientes.

Los profesionales de la salud, especialmente los médicos, deben proporcionar toda la información sobre la condición de sus pacientes cuando sea apropiado. Tienen el deber de proporcionar información detallada a los pacientes y, si es necesario, a los tomadores de decisiones de los pacientes sobre los tratamientos médicos avanzados que se pueden utilizar durante la atención al final de la vida. Pueden cumplir con sus deberes proporcionando a sus pacientes información detallada sobre los beneficios, limitaciones y desventajas de estos tratamientos. Incluso si un paciente tiene la autonomía para elegir su tratamiento, el médico debe explicar los resultados de todas las intervenciones terapéuticas. Si el paciente insiste en un tratamiento que no será beneficioso o que solo prolongará su vida, el médico puede retirarse del cuidado del paciente explicando por qué el tratamiento no lo beneficiará, el

posible daño que el médico puede causarle y cómo la provisión del tratamiento conducirá al uso innecesario de recursos. El médico también tiene el deber de proteger la vida del paciente, pero esta tarea no debe confundirse con el uso de recursos innecesarios, y el paciente no debe sufrir más daños al continuar con tratamientos médicos inútiles o fútiles. En otros casos, el beneficio para los pacientes se determina únicamente sobre la base del juicio subjetivo de bienestar de los pacientes. Los tratamientos e intervenciones médicamente inútiles son aquellos que tienen muy pocas probabilidades de beneficiar al paciente.

La futilidad médica se define como una acción clínica que no tiene ningún propósito útil para alcanzar un objetivo específico para un paciente determinado. La atención médica fútil es la atención que se brinda a un paciente, aunque no haya esperanzas de que éste obtenga ningún beneficio. Como regla general, los pacientes deben participar en la decisión sobre si la atención es fútil. En casos excepcionales, puede que no sea favorable para los pacientes participar en esta discusión. Los tratamientos fútiles y costosos en los cuidados al final de la vida aumentan el costo de la atención médica y promueven la desigualdad en la atención médica. Las tecnologías avanzadas no prometen curas. El uso de estas tecnologías a veces puede dañar al paciente en lugar de beneficiarlo. Por lo tanto, los médicos ciertamente deben considerar el valor ético de la autonomía de sus pacientes o de los representantes de sus pacientes, pero también deben discutir el posible daño de los tratamientos y cómo el uso de recursos innecesarios conduce a un aumento en los costos de la atención médica. Los médicos no tienen por qué solicitar tratamientos inútiles o fútiles a los pacientes.

Manejo del sufrimiento y el dolor desde una perspectiva humanizada: Estrategias para el alivio del dolor

El dolor y el sufrimiento son conceptos centrales dentro de las inquietudes de cualquier humanista por las consecuencias que pueden acarrear para el individuo.

Existe una fuerte tendencia a considerar como sinónimos los conceptos de dolor y sufrimiento.

Si bien el sufrimiento es visto como un sentimiento vasto, universal y existencial, el dolor puede describirse como un proceso fisiológico. Sin embargo, puede ser físico o emocional, relacionado o no con alguna herida real.

La palabra que lo designa proviene del latín dolor, y generalmente los diccionarios lo definen como una impresión desagradable o penosa, resultado de

alguna lesión o estado anormal del organismo o parte de él. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como una experiencia sensorial y emocionalmente desagradable, asociada con lesiones reales o potenciales, o descrita en términos de tales lesiones.

En caso de establecer las diferencias entre uno y otro es muy común la idea de considerarlo como:



El sufrimiento constituye una reacción psicológica provocada por un hecho doloroso (físico o no) de duración variable, en dependencia del significado que para el sujeto tiene el hecho que lo provoca.

Asimismo, se indica la literatura en cuanto al sufrimiento que genéricamente es un estado de aflicción severa asociado a acontecimientos que amenazan la integridad (mantenerse intacto) de una persona. El sufrimiento exige una conciencia de sí, involucra las emociones, tiene efectos en las relaciones personales del ser humano sufriente y tiene un impacto en su corporalidad. La expresión de esta situación existencial de aflicción grave se verifica en aquello que la persona identifica con su interior, usualmente asociado a emociones como la ansiedad y a sentimientos como la tristeza, frustración, impotencia, etc. El desafío que ello plantea deriva del hecho de tratarse de una vivencia interior lo que torna posible que no sea siempre detectable por un observador (y precisamente, determina la necesidad de educación, formación y entrenamiento en la capacidad de distinguir estos aspectos por parte del personal sanitario).

Por otro lado, se señala que el sufrimiento surge siempre asociado a eventos principalmente externos (otras personas, enfermedad, desempleo, pérdida de un ser querido, etc.). Es importante recalcar que el estado de aflicción severa es sentido interiormente; bajo este aspecto, puede ser usual la hipótesis sobre un daño en un órgano interno, como en el corazón, en el hígado, etc. Cuando esto acontece, aunque los exámenes auxiliares de diagnóstico no identifiquen nada, los profesionales de salud deben tener mucho cuidado antes de concluir que nada allí les dice algo al respecto. Aunque la causa del sufrimiento pueda ser considerada como “exterior”, no debe de ser confundida con el efecto producido (el sufrimiento) así como tampoco, se debe reducir a este último, a aquella única causa.

Para que exista el sufrimiento no tiene necesariamente que estar presente el hecho doloroso, puede bastar el recuerdo de este para que el sufrimiento se haga realidad.

En el caso del dolor físico, el sufrimiento puede ser aliviado, mitigado por analgésicos, pero si el dolor está relacionado con la vida afectiva y emotiva del sujeto, su tratamiento se complica, los analgésicos no desarrollarían el efecto que se necesita y habría que utilizar otros recursos que por su relación directa con la esfera psicológica, son muchos más complejos.

El hombre, sufre además de los dolores propios de las enfermedades, otros inherentes a su condición humana y que surgen por diversas causas:

- Pérdida de seres queridos
- Guerras
- Catástrofes naturales o químicas
- Accidentes de tránsito
- Traición o fracaso
- Marginación social
- Sufrimiento ajeno
- Otros

Existen diferencias significativas entre el dolor de naturaleza física y aquel que se relaciona con la vida afectiva y emotiva del hombre y al que algunos suelen llamar pena, por ello el dolor no físico, es una alteración que afecta negativamente al hombre y que puede estar asociado a una lesión o experiencia emocional desfavorable

Existen diferentes tipos de dolor y cada persona los experimenta de manera distinta. El dolor es causado por los nervios, que son los encargados de transmitirle el mensaje a través de la médula espinal. Entonces el cerebro interpreta ese dolor y le dice al cuerpo cómo responder para alejarse de la fuente del dolor o detenerlo. Los principales tipos de dolor son:

- a. **Dolor agudo:** es aquel que persiste mientras dura el proceso de curación o cicatrización de los tejidos. En este sentido, un dolor cuya duración excede de 3 o 6 meses puede considerarse como crónico.
- b. **Dolor crónico:** es el que persiste más de 3 a 6 meses desde el comienzo. Se caracteriza por:

- Persistir en el tiempo.
 - Ser secundario a cambios fisiopatológicos que se producen en el sistema nociceptivo.
 - A diferencia del dolor agudo que constituye un síntoma de una enfermedad, el dolor crónico constituye una enfermedad en sí mismo.
- c. Dolor inflamatorio: el dolor inflamatorio suele ser en un área y a menudo se presenta como un dolor sordo que puede ir acompañado de enrojecimiento, hinchazón y calor en la zona. Se debe a la respuesta protectora del cuerpo ante algún tipo de lesión.
- d. Dolor neuropático: es un tipo de dolor extraño ya que se debe básicamente a que algo va mal en el sistema nervioso. Puede estar causado por un daño o mal funcionamiento de los nervios. La persona que lo padece puede experimentar un dolor ardiente, hormigueante, punzante o lacerante sin una fuente evidente.
- e. Dolor nociceptivo: el dolor nociceptivo se debe a daños en el cuerpo y tiene una función protectora. Los ejemplos más comunes son:
- Dolor somático (articulaciones).
 - Artrosis.
 - Dolor lumbar.
 - Lesiones deportivas.
 - Dolor tras una cirugía.

Cuando se clasifica el dolor en función de su intensidad, se debe ser consciente de que se basa en la información aportada por el paciente y que ésta siempre es subjetiva. Están divididos en dolor leve, moderado o intenso.

Entre las estrategias para el alivio del dolor se tienen:

a. Los tratamientos farmacológicos y analgésicos

Los fármacos que se usan para tratar el dolor son los analgésicos, e incluyen un amplio grupo de fármacos. Son medicamentos que aumentan o modifican la acción de otro medicamento.

A la hora de abordar el tratamiento del dolor hay que distinguir entre el dolor agudo y el crónico. El primero suele estar causado por lesiones que producen inflamación y generalmente responde bien al tratamiento con opiáceos

y AINES de efecto rápido. Por el contrario, el dolor crónico, que es aquel que dura más de 6 meses, muchas veces no tiene una base fisiopatológica clara con lo que el tratamiento es complejo. Por último, el dolor de tipo neuropático es un dolor persistente debido a alteraciones funcionales y estructurales del SNC como consecuencia de una lesión nerviosa, que suele responder bien a los fármacos que bloquean los canales de sodio como la carbamazepina o la oxcarbamacepina.

El tratamiento del dolor agudo debe actuar sobre la causa y, además, en la mayoría de los casos serán necesarios fármacos para aliviar el dolor. Los más representativos son los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y los opiáceos.

Sin embargo, algunos fármacos vistos anteriormente como los antidepresivos, los antiepilépticos, los antagonistas de los receptores NMDA y otros que veremos en otro post como los antiarrítmicos, han demostrado eficacia para tratar algunos tipos de dolor y cada vez se utilizan con más frecuencia en las unidades de dolor.

b. Intervenciones no farmacológicas

Un tratamiento no farmacológico es aquel acercamiento terapéutico por parte de profesionales que no hace uso de medicamentos o químicos para su realización. Algunas de ellas son:

- Aplicar calor.
- Aplicar el hielo para disminuir inflamación y dolor.
- La fisioterapia.
- Masajes terapéuticos.
- Técnicas de relajación.
- La música.
- La autohipnosis.
- Acupuntura.
- Técnicas de relajación como la aromaterapia, control de respiración o la meditación.

Entre otras actividades terapéuticas para manejo del dolor se enuncia el enseñar métodos alternativos de control del dolor:

- Técnicas de distracción del paciente
- Mantener un entorno agradable y tranquilo
- Técnicas de relajación: utilizar, si el paciente está de acuerdo: música, lectura, juego, conversación, etc.
- Enseñar métodos de control del dolor: relajación, distracción respiraciones lentas, profundas y rítmicas contar mentalmente, imaginación dirigida, etc. contar los objetos de su alrededor escuchar música apretar los puños.

Cuidados Espirituales y Religiosos en Paliativos

La atención espiritual es el núcleo de la atención centrada en la persona. La Estrategia de calidad de la atención sanitaria del NHS de Escocia define la atención centrada en la persona como: “colaboraciones mutuamente beneficiosas entre los pacientes, sus familias y quienes prestan servicios de atención sanitaria, que respetan las necesidades y los valores individuales”

Su objetivo es abordar la necesidad humana fundamental de tener una sensación de paz, esperanza y significado, en particular en momentos de desafío o trauma. Las personas de todas las creencias y comunidades religiosas, o posturas de vida, necesitan sistemas de apoyo, especialmente en tiempos de crisis.

Se enfrentan a cuestiones fundamentales sobre la vida y la muerte. Buscan un sentido a la experiencia de la enfermedad, tanto aguda como crónica. Buscan ayuda para afrontar su enfermedad y el sufrimiento, la pérdida, la soledad, la ansiedad, la incertidumbre, el deterioro, la desesperación, la ira y la culpa. Consideran los dilemas éticos que el avance de la tecnología y las mayores expectativas generan al principio y al final de la vida. Abordan en profundidad, quizás por primera vez, el sentido de la vida.

Entre las necesidades espirituales básicas que podrían abordarse dentro de la actividad normal y diaria de atención médica se encuentran:

- La necesidad de dar y recibir amor
- La necesidad de ser comprendido
- La necesidad de ser valorado como ser humano
- La necesidad de perdón, esperanza y confianza.
- La necesidad de explorar creencias y valores

- La necesidad de expresar sentimientos honestamente
- La necesidad de encontrar sentido y propósito en la vida.

Para aquellos que expresan su espiritualidad a través de un marco religioso, existen procesos para satisfacer sus necesidades religiosas mediante la provisión de personas apropiadas y se hacen todos los esfuerzos posibles para brindar instalaciones para su apoyo mientras se encuentren en un hospital.

En sí, lo espiritual se percibe como vinculado con el significado y propósito y que se asocia con la necesidad de perdón, reconciliación y afirmación en valores.

Seguendo a Pérez-García, Esteban (53) éste indica:

Que la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), a través de su Grupo de Espiritualidad (GES), define este concepto como la aspiración profunda e íntima del ser humano, el anhelo de una visión de la vida y la realidad que integre, conecte, trascienda y dé sentido a la existencia.

Que la Conferencia de Consenso sobre Espiritualidad celebrada en Pasadena (California, Estados Unidos), en 2009, por un grupo de expertos trata de dar una explicación al respecto y afirma que “La espiritualidad es el aspecto de la condición humana que se refiere a la manera en que los individuos buscan y expresan significado y propósito, así como la manera en que expresan un estado de conexión con el momento, con uno mismo, con otros, con la naturaleza y con lo significativo o sagrado”

Que independientemente que se adopte cualquier concepto, la espiritualidad es una constante búsqueda de sentido, de conexión y trascendencia, sin olvidar los valores éticos que todo ser humano posee. La religión no es más ni menos que la expresión de la espiritualidad dentro de unos cánones concretos, unos ritos, textos, oraciones, la adoración de una deidad, ... aceptados por, y en, una comunidad.

Por tanto, la espiritualidad, no constituye una prerrogativa exclusiva de los creyentes, pues puede expresarse como una práctica religiosa o desvinculada de ésta; se puede afirmar que la dimensión espiritual posee un carácter universal.

En referencia a la espiritualidad en pacientes con enfermedad en etapa terminal expone el autor mencionado:

Que el personal de Enfermería a lo largo de su vida profesional se van a encontrar básicamente, tres tipos de personas:

- Personas que para nada valoran lo espiritual.
- Personas que valoran la espiritualidad y la expresan a través de una religión.
- Personas que valoran en gran medida la espiritualidad, pero que no la expresan a través de un credo religioso.

Para Kathleen Dowling Singh, en pacientes con enfermedad terminal el despertar espiritual sucede en diferentes fases:

1. Primero se transita por una fase de Caos, que coincide con las etapas de negación, ira, negociación y depresión descritas por Kübler-Ross en su famoso libro “Sobre la muerte y los moribundos”.
2. La segunda fase se denomina de Rendición y en ella el paciente va trabajando asuntos pendientes, va aflojando resistencias, renuncia a mantener el control y toma conciencia de la realidad que antes negaba.
3. La última fase es la de Trascendencia y se caracteriza por un periodo de paz, serenidad, incluso alegría de espíritu, el paciente intuye, sabe y conoce; algunos incluso manifiestan que en esta fase reciben “la visita” de seres queridos o significativos ya fallecidos (un familiar, Jesús, algún santo o miembro de su comunidad). A esta última etapa se suele llegar cuando el paciente se encuentra por debajo del valor 30 en la escala de Karnofsky.

En este sentido, cuando un paciente plantea, de algún modo, que necesita hablar de estos temas, jamás se debe eludir la cuestión, pues los pacientes con enfermedades en etapa terminal necesitan y demandan atención aquí y ahora; si se rechaza la cuestión en ese momento, después ya es tarde y se pierde la posibilidad que se nos ofrece. Ahora bien, si el profesional no es capaz de afrontar el reto, si percibe que la situación le supera, deberá ofertar la actuación de otro miembro del equipo mejor preparado en estos campos o, dado el caso, de un capellán, pastor, imán, agente de pastoral o algún miembro significativo de su comunidad.

En cuanto a las necesidades espirituales explica que hay que tener en cuenta que es un listado no cerrado. No obstante, ha habido intentos por marcar una guía para los profesionales.

Uno de los trabajos más amplio en este sentido lo afrontó el GES de la SECPAL en el año 2008. La labor de estos profesionales dio como resultado el listado siguiente:

- Ser reconocido como persona.
- Releer su vida.
- Encontrar sentido a la existencia y el devenir: búsqueda de sentido.
- Liberarse de la culpabilidad.
- Reconciliación.
- Establecer su vida más allá de sí mismo.
- Continuidad.
- Auténtica esperanza, no ilusiones falsas.
- Expresar sentimientos y vivencias religiosos.
- Amar y ser amado.

Sin embargo, otros autores han ampliado este listado, o denominado algunas de estas necesidades de otro modo. El anterior listado se incrementaría con:

- Necesidad de soledad, silencio, de privacidad.
- Necesidad de arraigo y anclaje.
- Necesidad de cumplir con sus deberes.
- Necesidad de gratitud.
- Necesidad de estar con la familia, amigos y/o personas significativas.
- Necesidad de proyectar su vida más allá del final de la vida.
- Necesidades estéticas.
- Necesidad de libertad, de liberarse.
- Necesidad de mantener la integridad física y espiritual.
- Necesidad de estar en paz con Dios, con la naturaleza y con su conciencia.
- Necesidad de prácticas religiosas, de orar, de hablar con su orientador espiritual, revisar sus creencias y respeto hacia ellas.

- Necesidad de la verdad.

En referencia a la actuación del profesional de Enfermería expone:

Todos los profesionales sanitarios participan en el curar, sin embargo, la esencia de los CP es el cuidar; por ello, en este campo deben atesorar unos conocimientos suficientes para “conocer y hacer”, y prestar unos cuidados excelentes y holísticos. Se trata de alcanzar la máxima perfección en el cuidado. Ello lleva a que el profesional tiene la obligación de no olvidar la dimensión espiritual de la persona.

Sin embargo, la falta de una definición unificada del concepto espiritualidad y de un modelo de actuación adecuado que permita proceder al margen de los propios valores y creencias supone un obstáculo a la investigación y al desarrollo de intervenciones de cuidados. Pero esto no debe llevar a la inacción, tengamos en cuenta que cualquier inicio de evaluación espiritual es en sí misma terapéutica, pues los pacientes con enfermedades en etapa terminal la viven como una preocupación e interés por parte del profesional.

Existen diversas herramientas con las que cuentan los sanitarios para iniciar una valoración espiritual (Cuestionario FICA, HOPE, SPIRIT, Modelo de Kristeller et al, escala de bienestar espiritual FACIT-Sp-12, Escala de afrontamiento religioso Brief-RCope, Escala de valoración del sufrimiento espiritual de Ortega, Escala de Perspectiva Espiritual de Reed, Cuestionario GES, Meaning in life scale, ...), pero realmente, la mayoría de ellas, están diseñadas para la investigación, carecen de carácter clínico o son meras traducciones no validadas del inglés. Además, los pacientes, en estos momentos críticos, prefieren contar historias y hablar abiertamente y en profundidad con el profesional, más que contestar cuestionarios de respuestas cerradas.

Al recibir al paciente, al acogerlo a su cuidado, el profesional de Enfermería deberá hacerlo con hospitalidad, presencia y compasión; dando esperanza, pero no falsa esperanza, se trata de hacerle ver que siempre estarán dispuestas a actuar, a hacer algo, que esté seguro que no se hallará sólo, ni aún en los peores momentos. En los sucesivos encuentros es responsabilidad de los profesionales de enfermería estar abiertos a utilizar herramientas en comunicación que faciliten el encuentro empático, tener una actitud de escucha activa y realizar preguntas abiertas, con autenticidad y congruencia. Ello se podría realizar en un contexto de dinámica comunicativa que vendría facilitada por la terapia de counselling. Esta técnica es en realidad una relación de ayuda en la toma de decisiones y en la búsqueda de nuevas opciones, en la que el profesional intenta estimular y capacitar al paciente para que ponga en marcha sus

propios recursos, de tal manera que se vean cubiertas sus necesidades espirituales, aumente su calidad de vida y su capacidad de afrontamiento ante la muerte. Como ha quedado expuesto anteriormente, la mera comunicación ya, en sí misma, es terapéutica. El modelo de relación que propone la SECPAL es el desarrollado por Henry Nowen conocido como "Sanador herido". En este, profesional y paciente se encuentran en condiciones de simetría, el cuidador conoce sus herramientas, pero también sus heridas y fragilidad; reconoce los recursos del acompañado, mas no niega sus dificultades. Se trata de una relación desde el encuentro en igualdad y desde el máximo respeto.

Si el profesional se atreve, y ya se ha señalado que el cuidado es responsabilidad del trabajador de Enfermería, existen herramientas y se debe procurar estar formadas en estas cuestiones. Entablar el primer contacto e indagar en las necesidades espirituales de los pacientes puede ser complejo, pero se debe intentar. Luego, para saber si las actuaciones emprendidas son correctas y van en el sentido de la resolución de los problemas detectados se deberán utilizar ciertas etiquetas diagnósticas. Para ello las enfermeras cuentan con las taxonomías NANDA-NOC-NIC, respecto a ellas se presenta el siguiente cuadro, no obstante, está elaborado bajo criterios generales, no se debe olvidar nunca que cada situación, cada paciente y cada familia constituyen casos particulares.

Entre las estrategias utilizadas por algunos centros de salud u hospitales indica la bibliografía entre ellos:

a. Departamento de Atención Espiritual

El Departamento de Atención Espiritual existe para cuidar las necesidades espirituales de los pacientes, cuidadores y personal.

Los sacerdotes sanitarios tienen experiencia en la prestación de atención espiritual y pastoral, en el uso de la presencia, la escucha activa, la narrativa terapéutica y otras intervenciones. Brindan atención de manera abierta y tolerante, independientemente de la presencia o ausencia de fe, creencias y posturas de vida, y ayudan a otros a afrontar experiencias dolorosas o traumáticas.

El departamento tiene como objetivo brindar un servicio en toda el área del hospital o centro de salud que respalde la prestación de atención espiritual a pacientes, cuidadores, voluntarios y personal, asegurando que las personas permanezcan en el centro de la salud y el bienestar al apoyar: los cuidados espiritual, religioso, cultural, la atención de duelo, servicios de escucha y servicio de apoyo al personal

El departamento deberá:

- Caracterizarse por la apertura, la sensibilidad, la compasión y la capacidad de establecer y mantener relaciones atentas, útiles, de apoyo y cuidado con los pacientes, los cuidadores y todos los grupos de personal.
- Ser imparcial, accesible y estar disponible las 24 horas (dentro de los entornos de pacientes hospitalizados en el área de Inverness) para todos, independientemente de sus creencias o fe personal.
- Actuar como un recurso importante de información y apoyo para la organización, apoyando la educación y la capacitación cuando se solicite o cuando se identifique una necesidad.
- Proporcionar un recurso informado sobre cuestiones éticas, espirituales y religiosas.
- Ser imparcial para proporcionar un servicio seguro y neutral para todos.

b. Espacios sagrados

En los hospitales de debe disponer de al menos una sala reservada exclusivamente para el culto, la meditación o la reflexión. El nombre de la sala debe dejar claro que se trata de un santuario, fácilmente adaptable para el uso de miembros de todas las comunidades de creencias o de ninguna.

Estos espacios deben ser gestionados por ejemplo por el Departamento de Atención Espiritual y se proporcionan para el beneficio de toda la comunidad hospitalaria.

Las instalaciones, cuando existan, estarán a disposición de todas las personas, independientemente de sus creencias. Estarán accesibles las 24 horas del día y podrán ser visitadas como lugares de tranquilidad por pacientes, familiares y personal en cualquier momento.

Cuando se solicita una sala o espacio de este tipo, pero no se proporciona, el departamento, en colaboración con los administradores locales, identificará un espacio apropiado para la oración y/o la reflexión

Questionario y actividades

1.- Cuál es el objetivo principal del cuidado humanizado en la atención de enfermería?

- a) Maximizar la eficiencia en los procedimientos médicos.
- b) Promover el respeto por la dignidad y las necesidades del paciente.
- c) Aumentar el uso de tecnología en la atención sanitaria.
- d) Reducir la interacción directa con los pacientes.

2.- Qué característica define una comunicación efectiva y humanizada con los pacientes?

- a) Ser breve y técnica en las explicaciones.
- b) Escuchar activamente y mostrar empatía hacia el paciente.
- c) Usar únicamente términos médicos para mantener la formalidad.
- d) Dar instrucciones sin permitir preguntas del paciente.

3.- Cómo se respeta el principio de autonomía en el cuidado humanizado?

- a) Decidiendo por el paciente lo que es mejor para su salud.
- b) Involucrando al paciente en la toma de decisiones sobre su cuidado.
- c) Siguiendo únicamente las directrices del equipo médico.
- d) Evitando discutir opciones con el paciente para no causar confusión.

4.- Qué práctica refleja un enfoque centrado en la persona?

- a) Priorizar el tiempo del personal de salud sobre las necesidades del paciente.
- b) Adaptar los cuidados a las necesidades, valores y preferencias del paciente.
- c) Ofrecer un plan de cuidado estandarizado para todos los pacientes.
- d) Realizar los cuidados según las políticas institucionales, sin excepciones.

1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO:
**LA ESENCIA DE
LA ENFERMERÍA**

Capítulo

VII

**Principios del cuidado
humanizado en el primer
nivel de atención**



Objetivos del Capítulo

- Describir el rol del enfermero en la promoción del cuidado humanizado, la aplicación de la tele medicina como herramienta digital con un enfoque humanista.
- Identificar las necesidades de grupos vulnerables mediante un enfoque humanista, asegurando que todos los pacientes, independientemente de su condición social o cultural, reciban cuidados equitativos y respetuosos que promuevan su bienestar integral.

Generalidades

Clásicamente se distinguen tres niveles de atención en el sistema de salud. El primer nivel es el nivel más cercano a la población, o sea el nivel del primer contacto. En el segundo nivel se encuentran los hospitales de referencia, y el tercer nivel es el formado por hospitales de alta tecnología e institutos especializados.

El primer nivel de atención es la atención primaria de salud, que integra la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de la salud de los ciudadanos.

Primer nivel: O atención primaria, representa el primer contacto con los pacientes, y consiste en llevar la atención médica lo más cerca posible al paciente, ya sea a su comunidad, a su trabajo, o a donde lo requieran.

El primer nivel tiene tres funciones esenciales: ser el punto de entrada al sistema, facilitar y coordinar el itinerario de su paciente en el sistema, y asegurar la integración y la síntesis de la información de salud de cada paciente.

Al hablar de humanización se supone incluir algunos de los puntos siguientes los cuales pueden equipararse a principios:

- Atención personalizada e individualizada.
- No trabajar mecánicamente, es decir, sin olvidar que la persona enferma posee dignidad.
- No ser demasiado paternalista. Comprender y ayudar.
- Tratar a la persona enferma como nos gustaría ser tratados: con dignidad.
- Tener empatía, sentir con el otro (a). Humanización es la atención y cuidados basados en el respeto y la cercanía. La utilización de la empatía para poder comprender la situación del paciente y así ayudarlo en la medida de lo posible.

- Proporcionar cuidados en las necesidades.
- Evitar las desigualdades.
- Es un término que resume un trato humano, justo, equitativo y deseable que todo ser debería recibir en cualquier momento y no a expensas de un mal físico, social, biológico o psicológico.
- Hacer sentirse a una persona como tal, como una persona humana en todos sus ámbitos, a través de la autoestima, confianza, cariño, amistad, seguridad, etc.
- Humanización es individualizar el plan de cuidados en cada enfermo y tener presente el compendio holístico que ello representa.
- Tratar al paciente con los valores que nos gustaría que nos trataran a nosotros, es decir, con cariño, educación, sensibilidad, etc.
- Una atención humanizada es aquella que une la técnica con el apoyo empático a nivel psicológico y a nivel de sentimientos con el enfermo.
- La humanización es conocer y respetar la dignidad de uno mismo para poder entender las necesidades y limitaciones de los demás, conocer sus ideas y sus fines para poder proporcionarle los medios necesarios para conseguirlos.
- Amar al prójimo como a uno mismo.
- Tratar a la persona como una persona: por su nombre, no por su patología. Administrar técnicas teniendo en cuenta a la persona. Respetar su intimidad, su historia personal, sus decisiones, su entorno familiar.
- Humanización consiste en proporcionar cuidados a la persona de manera solidaria, digna, con respeto, empatía, teniendo en cuenta sus decisiones y sus valores.
- Humanizar es comprender al hombre en su totalidad.
- Atención a la persona no sólo desde la evidencia, sino basada en valores.
- La hospitalidad es el paradigma de la humanización.
- La humanización como factor constitutivo de la calidad.

No puede haber ética sin calidad, ni calidad sin humanización.

Rol del enfermero en la promoción del cuidado humanizado

El profesional de Enfermería cumple un rol fundamental en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, siendo profesionales capacitadas para proporcionar cuidados integrales y atención sanitaria de calidad a pacientes en diferentes entornos, desde hospitales y clínicas hasta hogares y comunidades.

Promoción de la salud

La promoción de la salud en el ámbito del cuidado humanizado puede entenderse como un proceso continuo cuyo objetivo no es otro que mejorar la calidad de vida de las personas a través de la educación, el apoyo y la prevención. Un proceso donde la presencia de la Enfermería resulta fundamental para brindar a los usuarios, familiares y cuidadores información sobre hábitos saludables, fomento de autonomía y detección de riesgos asociados.

La Enfermería trabaja de forma estrecha y cercana a sus pacientes. Su premisa es ayudar a los pacientes a alcanzar y mantener un estado de salud óptimo, independientemente de sus condiciones individuales. Para ello, se apoyan en la educación sanitaria, la monitorización de la salud, así como la colaboración con otros profesionales sanitarios para garantizar una intervención segura y de calidad.

La enfermería desempeña un papel vital o rol en la promoción de la salud en todos sus aspectos: mental, social, físico y emocional. A través de su labor, los profesionales de enfermería se convierten en aliados fundamentales para fomentar hábitos saludables en el día a día en materia de:

- **Educación:** brindar información y recursos sobre hábitos saludables, prevención de enfermedades y autocuidado.
- **Evaluación de salud:** identificar factores de riesgo y diseñar planes de cuidado personalizados.
- **Colaboración interprofesional:** Trabajar en equipo con otros profesionales de la salud para implementar programas comunitarios de promoción de la salud.
- **Apoyo emocional:** promover el manejo del estrés y brindar herramientas para cuidar la salud mental.

- **Prevención de enfermedades:** realizar exámenes de detección y promover la vacunación.
- **Estilo de vida activo:** fomentar la actividad física regular y la práctica de deportes.
- **Alimentación equilibrada:** educar sobre una dieta balanceada rica en frutas, verduras, proteínas magras y granos integrales.
- **Hidratación adecuada:** promover el consumo suficiente de agua para mantener el organismo hidratado.
- **Descanso adecuado:** inculcar la importancia de dormir lo suficiente para la recuperación y el bienestar.
- **Salud mental y emocional:** proporcionar apoyo y herramientas para cuidar la salud mental. Por ejemplo, la meditación, la relajación y la búsqueda de ayuda profesional cuando sea necesario.
- **La enfermería,** a través de su enfoque integral y compromiso con el cuidado de la salud, desempeña un papel esencial en la promoción de hábitos saludables. Y en realidad, en todas las dimensiones de la vida.

Entre los principales hábitos saludables para una vida plena

- Mantener una dieta equilibrada y variada
- Realizar ejercicio físico de forma regular
- Dormir lo suficiente y tener una buena higiene del sueño
- Evitar el consumo excesivo de alcohol y tabaco
- Mantener una hidratación adecuada
- Controlar el estrés y buscar formas de relajación
- Mantener relaciones sociales saludables y apoyarse en la comunidad

Prevención de enfermedades

La profesión de enfermería también tiene un papel importante en la prevención de enfermedades. Estos profesionales, por su cercanía al paciente, son idóneos para identificar y trabajar para reducir los factores de riesgo para la salud, incluidas las condiciones ambientales, sociales y económicas.

La educación y concienciación son piedras angulares en la prevención de enfermedades desde la perspectiva de la Enfermería. Por ello, los pro-

profesionales de Enfermería asumen el rol de informadores y guías, brindando a las personas los conocimientos necesarios para prevenir enfermedades y mantener una vida saludable.

A través de campañas de concienciación, charlas educativas y material informativo, los enfermeros y enfermeras transmiten información relevante sobre factores de riesgo, métodos de prevención y la importancia de los exámenes de detección temprana.

La enfermería desempeña un papel clave en la promoción de la salud a través de la educación y concienciación sobre enfermedades específicas. Por ejemplo, en la prevención del cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes u otras afecciones crónicas. En función de cada situación personal, los profesionales de enfermería informan sobre los factores de riesgo asociados, los síntomas de alerta temprana y las medidas preventivas recomendadas.

Además, trabajan de manera estrecha con las personas en la identificación de cambios en su salud, alientan a buscar atención médica oportuna y les brindan recursos para mantener un estilo de vida saludable. A través de esta labor educativa, la enfermería se convierte en un pilar fundamental en la prevención de enfermedades, mejorando la calidad de vida y promoviendo la salud en la comunidad.

La tele enfermería: herramienta digital con enfoque humanista

Las TIC representan una oportunidad para ofrecer cuidados; incluso desde 1990 la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁽⁷⁾ menciona la importancia de aplicar estas tecnologías en las instituciones de salud y se puede mostrar en la profesión de enfermería, la cual ha empezado a implementar dispositivos electrónicos para mejorar el cuidado de la población y ha producido nuevos conceptos como el término Tele-Enfermería.

Bartz y otros comentan que el prefijo tele significa distancia; por consiguiente, mencionan que la Tele-Enfermería se refiere al cuidado de Enfermería a la distancia. A la vez comentan dentro de su artículo que se utiliza tanto para ofrecer cuidados como para llevar a cabo la práctica de enfermería y la Asociación Americana de Enfermeras (ANA) la ha definido como un subconjunto de la telesalud, en el que la atención se centra en la práctica de la profesión específica: la Enfermería⁽²⁶⁾.

En fin, la Tele-Enfermería es el cuidado de Enfermería a la distancia, que se realiza mediante el uso de herramientas tecnológicas. Los profesionales que la utilizan planifican, intervienen y evalúan los resultados de la atención utilizando las tecnologías de la información y comunicación.

Para el 2008 el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)⁽⁵⁴⁾ en su documento establece: “Servir a la comunidad y garantizar la calidad: las enfermeras al frente de la atención primaria de salud”, expone el término Tele-Enfermería y la da a conocer como un área de gran interés, que permite mejorar el acceso a los cuidados y mejorar la calidad y continuidad de los mismos independientemente de las distancia⁽²⁶⁾.

Unido a lo anterior, Bartz⁽⁵⁵⁾ en una conferencia plantea los “US Telenursing Collaborative Efforts to Achieve Goals”, donde se muestran los servicios en línea con que ya se cuentan alrededor del mundo relacionados con Tele-Enfermería y las metas propuestas por el CIE respecto al tema. Esta es una estrategia aplicada en países como Colombia, Nueva Guinea, Canadá, Brasil, África, Finlandia, España entre otras regiones, para brindar cuidados específicos, consultas, capacitaciones y educación de forma continua y accesible, incluso, para quienes la distancia obstaculiza el acceso a los centros de salud⁽⁵⁶⁾.

El profesional de Enfermería debe ser, según Arredondo y Siles, “... el puente que une la tecnología con la atención de salud humana y tiene la responsabilidad de mantener la humanidad en los medios ambientes tecnológicos...”, esta capacidad es una particularidad de la Enfermería, ya que la esencia de la profesión es el cuidado del ser humano, es decir, es una ciencia enfocada en la persona y si bien se pueden generar cambios en los procesos de gestión clínicos y administrativos a partir de medios tecnológicos, la atención del profesional de enfermería debe ejercerse siempre con humanismo y ética⁽⁵⁷⁾.

Perspectiva humanista en la atención a grupos vulnerables.

El enfoque humanista se centra en el libre albedrío, el autodescubrimiento y la consecución del máximo potencial del ser humano, en lugar de centrarse en problemas o síntomas individuales. Se centra en todo lo que hace que uno sea quien es y se centra en el individuo único y en la relación que mantiene con el mundo que lo rodea.

El enfoque humanista se basa en el concepto de que la naturaleza humana es inherentemente buena y que cada persona tiene el potencial de encontrar sus propias respuestas a sus problemas.

La etimología del concepto de vulnerabilidad apunta a la mayor probabilidad de un sujeto de sufrir lesión o daño, físico o moral. Esta definición puede ser aplicable a una persona individual (mayor vulnerabilidad por circunstancias personales o factores genéticos) o, de forma colectiva, afectando a una población o sector poblacional. En este caso, la vulnerabilidad se relaciona con factores sociales, ambientales o culturales que afectan a una comunidad y determinan su nivel de bienestar.

La definición utilizada por la Comisión de Atención a Grupos Vulnerables los grupos vulnerables son la persona o grupo que por sus características de desventaja por edad, sexo, estado civil; nivel educativo, origen étnico, situación o condición física y/o mental; requieren de un esfuerzo adicional para incorporarse al desarrollo y a la convivencia.

Los grupos vulnerables son aquellos grupos que por sus condiciones sociales, económicas, culturales o psicológicas pueden sufrir maltratos contra sus derechos humanos. Dentro de éste grupo se encuentran insertas las personas de la tercera edad, personas con discapacidades, mujeres, niños, pueblos indígenas, personas con enfermedades mentales, personas con VIH/SIDA, trabajadores migrantes, minorías sexuales y personas detenidas.

El concepto de vulnerabilidad se aplica a aquellos sectores o grupos de la población que por su condición de edad, sexo, estado civil y origen étnico se encuentran en condición de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar.

La relación entre la vulnerabilidad y la salud en determinadas poblaciones supone que dicha población sea más propensa que otra a desarrollar problemas de salud, bien porque está expuesta al riesgo o por su pobre condición física, psicológica o social, que hace que sea más sensible a enfermar' y ello, se traduce en la prevalencia de enfermedades, así como en tasas de mortalidad elevadas.

También se considera como aquellos grupos de población que, por la interacción de diversos factores de riesgo, se ven afectados por situaciones de vulnerabilidad. Entre los grupos de población de riesgo o vulnerables, se señalan: mujeres que son madres a edades tempranas (menores de edad), personas con enfermedades crónicas o que presentan algún grado de discapacidad, víctimas de maltrato y/o abusos (en particular, niños, personas mayores y mujeres), personas con enfermedad mental, personas que consumen sustancias tóxicas, personas sin hogar y/o en situación de pobreza e inmigrantes y personas refugiadas, entre otros.

Por otro lado, desde la perspectiva de Atención Primaria podrían considerarse pacientes vulnerables aquellos que acuden a los servicios sanitarios con frecuencia, que registran dos o más diagnósticos de salud en su historia clínica o pacientes con diagnósticos inexactos o poco frecuentes, pacientes de salud mental o personas cuidadoras de personas en situación de dependencia o con discapacidad, entre otras.

Para enfrentar estos desafíos, se hace un necesario enfoque humanista que contemple los determinantes sociales de la salud y responda de manera colectiva a las necesidades de la población vulnerable. Bajo esta premisa, por ejemplo, algunos países contemplan estrategias tales como:

El modelo comunitario y de manera particular, la enfermería de Atención Primaria, se presentan como piezas clave al ofrecer cuidados y de promoción de la salud fundamentales para la intervención en colectivos vulnerables.

En este sentido, la Enfermería adquiere un rol fundamental como agente activo del proceso de cuidado de los grupos de riesgo o vulnerables, destacando de manera particular la profesional de enfermería gestora de casos, responsable de asegurar la utilización de los recursos disponibles para ofrecer una respuesta efectiva a las necesidades que presentan las personas en situación de vulnerabilidad.

El papel de la enfermería se centra en la provisión de cuidados y recursos, pero también en la promoción de la salud, entendida como el proceso de capacitación de las personas para ejercer mayor control de su salud y mejorarla. Proveer de herramientas para promocionar la salud poblacional no sólo favorece una evolución favorable de los pacientes (reduciendo ingresos y retrasando la aparición de situaciones de dependencia), además, ejerce una influencia notable en la reducción de las inequidades en salud.

La capacitación en el proceso de cuidado y autocuidado posibilita que las personas y pacientes vulnerables se conviertan en activos responsables de su salud con capacidad de autogestión sobre su enfermedad y capacidad para la toma de decisiones de aquellas cuestiones que afecten a su salud. En este marco, el empoderamiento de los pacientes vulnerables es también un elemento central que busca fomentar el empoderamiento para el cuidado de la salud tanto en términos individuales como en la comunidad.

b. La atención y cuidados prestados en el entorno domiciliario ya que se identifican pacientes o familias que por su situación de salud o por sus propias características son susceptibles de vivir situaciones de vulnerabilidad en su domicilio, tales como: pacientes dados de alta hospitalaria y aquellos con

deterioro motor (movilidad física), pacientes que sufren úlceras por presión, vasculares o heridas, aquellos con poco conocimiento sobre su enfermedad o con dificultades para el manejo de ella, personas solas o en situación de aislamiento social, pacientes sin apoyos o, sobrecarga de la persona cuidadora.

La provisión de cuidados en el domicilio del paciente vulnerable se lleva a cabo a partir de una valoración integral soportada en el modelo de necesidades de Virginia Henderson o bien, en los patrones funcionales de Marjory Gordon u otras escalas que permitan la valoración del grado de autonomía de la persona.

Importancia de la diversidad cultural en el cuidado enfermero

Debido a la incidencia de la diversidad cultural de los grupos humanos bajo la perspectiva de la competencia cultural y la actual dinámica social de la práctica clínica de enfermería, hace que el cuidado de enfermería se convierta en un desafío permanente, pues debe considerar los valores, creencias y prácticas de individuos que tiene bajo su cuidado, así como manifestar el respeto por la diferencia cuando ofrece dicho cuidado.

En la planificación de cuidados y programas de salud se requiere incluir la diversidad cultural como elemento de valoración en enfermería y los constructos que el modelo de enfermería transcultural incluye para adquirir la competencia cultural. Es a partir del desarrollo de estos puntos cuando se puede llegar a entender el papel del profesional de enfermería bajo la dimensión transcultural, siempre teniendo como referencia que para propiciar cuidados de enfermería de calidad, el profesional debe tener conocimiento, sensibilidad y disposición para colaborar en ello.

La aceptación y respeto por las diferencias culturales, la sensibilidad para entender cómo esas diferencias influyen en las relaciones con las personas, y la habilidad para ofrecer estrategias que mejoren los encuentros culturales, son requisitos indispensables para que el cuidado transcultural en enfermería se pueda consolidar.

El compromiso social que tiene el profesional de enfermería para cuidar a la persona, la familia y la comunidad, requiere que, además del conocimiento de la técnica, de los aspectos instrumentales del cuidado y de la comprensión intelectual, exista conciencia social y cultural en el conocimiento de esa otra persona, a través de una relación holista.

Frente a la realidad de una sociedad multicultural el personal de enfermería y demás profesionales sociosanitarios involucrados en la salud, necesitan prepararse para ser competentes no sólo desde el punto de vista científico, clínico o tecnológico, es necesario aunar esfuerzos para ser competentes culturalmente a la hora de atender poblaciones cada vez más heterogéneas, es decir, puede ser de una procedencia rural o urbana, de diferentes niveles sociales o económicos, de diferentes grupos étnicos, religiosos o provenientes de otros países. Teniendo en cuenta el aumento de las migraciones y la necesidad de las enfermeras de adaptarse a esta realidad, se genera la necesidad de conocer cómo debe abordar la enfermera el cuidado transcultural.

La atención en salud con pertinencia cultural, constituye importancia en el área pero también un desafío para los profesionales de la salud. De hecho, la relevancia del cuidado cultural en los sistemas de asistencia de Enfermería permite al profesional de esta disciplina realizar un análisis integral del individuo, teniendo en cuenta tanto la enfermedad, así como los aspectos socioculturales y religiosos del paciente.

La diversidad en la enfermería es importante ya que:

- El profesional de enfermería que comparten un bagaje cultural y una experiencia con sus pacientes son más capaces de comunicarse y defender sus cuidados.
- Los pacientes participan mejor en su propio cuidado cuando pueden interactuar con proveedores de atención médica con los que se sienten más cómodos comunicando sus síntomas y preocupaciones.
- Cuando el personal de enfermería representa con mayor exactitud a las comunidades a las que sirve, contribuye a eliminar las disparidades sanitarias entre las poblaciones desatendidas.
- Un personal de enfermería diverso puede influir en la política y la toma de decisiones de sus instituciones para atender mejor a las poblaciones minoritarias.
- Aumentar la diversidad en la enfermería puede tener el beneficio añadido de aumentar la diversidad en los educadores de enfermería y el personal de investigación a medida que el profesional avanza en el sistema de atención sanitaria.

Questionario y Actividades

1. ¿Cuál es una de las funciones esenciales del primer nivel de atención en el sistema de salud?

- a) Proveer atención especializada en hospitales de alta tecnología
- b) Ser el punto de entrada al sistema de salud
- c) Realizar únicamente intervenciones quirúrgicas complejas
- d) Administrar medicamentos de alto costo

2. Según el texto, ¿qué implica la humanización en el cuidado de los pacientes?

- a) Brindar atención basada solo en evidencia científica
- b) Tratar a la persona enferma con empatía y dignidad
- c) Priorizar la cantidad de pacientes atendidos sobre la calidad
- d) Implementar técnicas de vanguardia sin considerar las emociones

3. ¿Cuál de las siguientes es una estrategia mencionada para atender a grupos vulnerables en el entorno domiciliario?

- a) Utilizar exclusivamente tecnologías de última generación
- b) Proporcionar cuidados en el domicilio basados en valoraciones integrales
- c) Evitar la atención personalizada para reducir costos
- d) Priorizar pacientes con alto poder adquisitivo

4. En el contexto de la diversidad cultural, ¿qué se considera esencial para el profesional de enfermería?

- a) Ignorar las diferencias culturales para ofrecer un trato uniforme
- b) Adaptarse a los aspectos socioculturales y religiosos de los pacientes
- c) Enfocarse únicamente en el tratamiento médico sin considerar la cultura
- d) Aplicar un protocolo estándar sin modificaciones culturales

1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO:
**LA ESENCIA DE
LA ENFERMERÍA**

VIII

**Barreras en la aplicación
del cuidado humanizado: en
establecimientos de salud**



Objetivo

- Reconocer las principales dificultades que influyen en la práctica del cuidado humanizado de enfermería
- Describir el rol de enfermería en la prestación de servicios de salud de forma holística.
- Identificar estrategias que ayudan a mejorar el cuidado humanizado.

Dificultades en el tiempo y carga laboral del personal

De una gran número de estudios se desprenden algunas consideraciones que relacionan el aumento de la carga laboral con la deshumanización del cuidado. No se debe olvidar que la enfermería tiene varias funciones que son asistenciales, docente, gestora e investigadora. El problema reside en que, dentro de la función asistencial, donde la personas deberían ser el centro y el contacto con ella lo primordial, se está dando prioridad a tareas de tipo administrativo donde se debe registrar cada tarea llevada a cabo y cada dato relevante, lo que muchos profesionales traducen como una pérdida del tiempo que se dedica a relacionarse con los pacientes.

Además, se añade que este profesional debe realizar un gran número de actividades delegadas de tipo biomédico que impiden el desarrollo de otras funciones propiamente enfermeras. También, cabe señalar que el número de pacientes que atiende cada profesional de enfermería es muy elevado, eso sumado al índice de envejecimiento de la población, donde los individuos cada vez son más pluripatológicos, hace que las personas requieran de un nivel de cuidados muy alto.

Factores que influyen en la resistencia del cuidado humanista

Cada vez son más frecuentes las prácticas deshumanizantes en los entornos de salud: desinformación, ignorar a las personas, largos tiempos de espera, atención sin calidez ni empatía, son solo algunos de los elementos que contribuyen a que la salud se convierta en un entorno lleno de quejas y reclamos. Es oportuno aclarar que no siempre el personal que atiende es el culpable de su actuar, en tanto que aspectos como la legislación, las jornadas laborales extensas, y no muy bien remuneradas, la tecnificación de la atención, entre otras se convierten en una barrera para la atención humanizada.

De la lectura de la bibliografía se desprenden algunos factores generales que influyen en la resistencia del cuidado humanista, entre ellos:

- Carencia de personal de Enfermería en algunas instituciones sanitarias
- Exceso de actividades administrativas
- Falta de espacio físico o espacio físico no adecuado
- Carencia de material, insumos y consumibles
- Resistencia al cambio
- Duplicidad de tareas
- Salarios no adecuados del personal de enfermería
- Falta de actualización profesional en Enfermería
- Falta de tiempo
- La escasa formación respecto a las habilidades comunicativas

Entre algunos factores o barreras que atentan contra la implementación y éxito del cuidado humanizado mencionados en investigaciones realizadas se desprenden:

- a. La despersonalización de la atención muy relacionada con el modelo biomédico, altamente especializado y centrado en la cura de la enfermedad continúa vigente en la actualidad. Las personas son vistas como una patología de cierta parte del cuerpo y los profesionales olvidan que esa parte forma un todo que va más allá de lo físico, donde lo psicológico también es de gran importancia, se vive una cosificación de las personas. Los profesionales no deben olvidar que cada persona es única y atraviesa un proceso completamente diferente que otra que sufra de la misma dolencia ya que las circunstancias que viven no son las mismas, ni su entorno y creencias. Es decir, en la actualidad aún prevalece el modelo biomédico y curativo, en el que lo humano es sustituido por lo biológico, alejando a la enfermería de un cuidado holístico. La patología es considerada como objeto de estudio, haciendo perder a los pacientes su individualidad, alejándolos del centro del cuidado.
- b. La falta de motivación en el profesional de enfermería también se asocia a la deshumanización de la atención sanitaria. Algunos gestores consideran que la deshumanización debería iniciarse en el mundo laboral para que esta pudiera trasladarse al trato con las personas,

facilitando la conciliación de la vida laboral y familiar, adaptando los horarios y los puestos de trabajo y previniendo el burnout.

- c. Siempre se ha dicho que los profesionales de enfermería están muy bien formados, recibiendo una enseñanza muy compleja orientada a cuidar a los individuos de una manera integral, siendo la verdad que mientras sus conocimientos sobre patologías y tratamientos pueden llegar a ser muy amplios no son enseñados a establecer buenas relaciones terapéuticas, no saben interactuar con el paciente y numerosas veces las situaciones les sobrepasan en los primeros años en el mundo laboral por no saber manejarlas. Esto es debido a la falta de enseñanza psicosocial de calidad, más centrada en la persona en su conjunto y menos en sus patologías.
- d. La falta de enseñanza psicosocial de calidad, más centrada en la persona en su conjunto y menos en sus patologías donde se limitan a asignaturas y debería formar parte de todo el plan de estudios impulsando un cuidado humanizado.
- e. Existe cierta falta de adecuación en la formación. Establecer adecuados canales de comunicación y de escucha también requiere de técnicas que no le son enseñadas a los alumnos, por lo que en el momento de acceder al mundo laboral solo cuentan con sus propias habilidades.
- f. El avance tecnológico espectacular de los últimos tiempos, la tecnología invade mundo y cuestiones que han formado parte de la propia idiosincrasia del ser humano quedan desdibujados por la intrusión de estas tecnologías en todos los ámbitos de la vida.

Las máquinas son capaces de realizar numerosas tareas, desde tomar una tensión a realizar una operación mínimamente guiadas por los profesionales, podría llegarse a pensar que las personas no son necesarias en el ámbito sanitario. Eso sería caer en el mayor error de todos ya que el trato humano como puede ser una mirada de comprensión, una escucha en momentos donde las personas verdaderamente necesitan ser escuchadas y entendidas o una caricia desaparecerían para dejar paso al trabajo técnico que perfectamente podrían realizar las máquinas por si solas.

- g. El personal de enfermería ha dado un mayor interés al componente administrativo y técnico, dejando a un lado la perspectiva del cuidado, desvinculándose de la sensibilidad y el sentido humano.

- h. Las acciones que se realizan no se centran en el paciente, sino en los procedimientos o las técnicas a realizar, lo que agrava la situación de deshumanización.
- i. El personal de enfermería acarrea una gran sobrecarga de trabajo que trae como consecuencia una mecanización de los procedimientos. Aunado a ello, la mayoría de los profesionales se sienten más enriquecidos personalmente cuando realizan técnicas propias de enfermería, procedimientos técnicos que alejan los cuidados e los valores morales, haciendo invisibles los cuidados humanizados.

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 (58) expone:

Son muchas las barreras para dar una atención humanizada: la tecnificación, la medicalización de la vida, la burocratización, la centralización del poder, el exceso de demanda y utilización de los servicios sanitarios, la rigidez de las organizaciones, el lenguaje tecnificado incomprensible, la falta de formación en comunicación y relación de ayuda de los profesionales. Otros impedimentos, no menos importantes, son la falta de coordinación entre servicios y profesionales, las dificultades de acceso/retraso a pruebas o consultas, el aumento de las exigencias de los ciudadanos y el supuesto corporativismo.

Sobre la tecnificación de la sanidad, cabe recordar la frase de Ortega y Gasset donde indica que “la técnica es incapaz de determinar el contenido de la vida”. La tecnología puede contribuir a aliviar o quitar peso del trabajo para poder dedicar tiempo a una atención relacional. Hay que entender la tecnología de modo que sirva al hombre y no lo destruya. Quien humaniza es el ser humano, quien deshumaniza es el ser humano, no la tecnología, como señala Bermejo.

Cuanto más se tecnifican los cuidados más se hacen mecánicas las relaciones con las personas. Este es un riesgo evidente. Cuando el timbre se convierte en el único medio para recurrir a una presencia, con frecuencia será la de una enfermera al límite de la resistencia. Por tanto, es necesario insistir en que la tecnología no puede ser una barrera para que el enfermo y su familia reciban un trato humanizado.

Percepción del paciente sobre de la calidad de atención

La percepción. Generalidades

Proveniente del latín, de la palabra perceptio, que significa recibir, recolectar o tomar posesión de algo.

Según Matlin y Foley, la percepción “Incluye la interpretación de las sensaciones, dándoles significado y organización”⁽⁵⁹⁾.

Para Feldman es “La organización, interpretación, análisis e integración de los estímulos, implica la actividad no solo de nuestros órganos sensoriales, sino también de nuestro cerebro”⁽⁶⁰⁾.

La psicología clásica de Neisser nos dice que “es un proceso activoconstructivo en el que el preceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema. Se apoya en la existencia del aprendizaje”⁽⁶¹⁾.

Para la psicología moderna, la interacción con el entorno no sería posible en ausencia de un flujo informativo constante, al que se denomina percepción. La percepción puede definirse como “el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanzan a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuemos con él y nuestros propios estados internos”⁽⁶²⁾.

Según Day menciona que la percepción es “un proceso a través del cual tenemos conciencia de lo que ocurre a nuestro alrededor y en nosotros mismos es obviamente algo más que una imagen del mundo, proporcionado por los sentidos, puesto que participan la comprensión y el significado aunque la experiencia desempeña un papel importante y por lo tanto depende de las características del sujeto que percibe los conocimientos, necesidades y sus intereses y las emociones que puedan influir en forma positiva y negativa”⁽⁶¹⁾.

Según Whitaker define “es un proceso que resulta de la interacción de las condiciones de los estímulos por una parte y otra de los factores internos que corresponden al observador, además de los factores externos”⁽⁶³⁾.

Según Meroni⁽⁶⁴⁾, “la experiencia es el conjunto de conocimientos adquiridos involuntariamente, experiencias de la vida”, ello se deriva del contacto con la realidad. La percepción solo se puede lograr a través de un largo proceso durante el cual se tiene la experiencia del objeto en forma repetida.

La percepción es el proceso cognitivo que interpreta de un modo directo la realidad. Esta interpretación se realiza en base a los sentidos y a la intervención de factores internos, luego generarán respuestas mentales o imágenes que corresponden a objetos sensibles. La percepción comprende principalmente dos procesos:

1. La recodificación o selección de toda la información que nos llega del exterior, reduciendo la complejidad y facilitando su almacenamiento en la memoria.
2. Un intento de ir más allá para predecir acontecimientos futuros y de este modo reducir sorpresas. Estos dos procesos dan una estructura a nuestro proceso perceptual, en el sentido que nuestra percepción no constituye un continuo procesamiento de estímulos caóticos que se almacenan en la memoria sin orden, sino al contrario, al percibir una persona o un objeto creamos un orden en todo ese caudal de información. Ese orden nos permite reexaminar la información para adicionarle más información de interés para nosotros y poder relacionar comportamientos y situaciones.

La percepción es la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades, resultado de un proceso de selección, organización e interpretación de sensaciones.

- **Selección:** el individuo percibe parte de los estímulos que recibe de acuerdo con sus características personales, es decir, que interviene, aunque sea de forma inconsciente seleccionando los mensajes que le llegan. Generalmente los individuos perciben de forma distorsionada los mensajes, captando sólo los aspectos agradables o los que responden a sus necesidades e intereses.
- **Organización:** los estímulos seleccionados se organizan y clasifican en la mente del individuo configurando un mensaje. La escuela de la Gestalt estableció unos principios de organización de los estímulos según el agrupamiento, contraste, ambigüedad, etc. Interpretación: esta fase proporciona significación de los estímulos organizados.
- La interpretación depende de los factores internos de la persona, de su experiencia e interacción con el entorno⁽⁶⁰⁾.

La percepción de los individuos tiene como características el ser subjetiva, selectiva y temporal⁽⁶⁰⁾.

- **Subjetiva:** ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro.
- **Selectiva:** en la percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir
- **Temporal:** ya que es un fenómeno a corto plazo. La forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a me-

didada que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos.

Y se compone de dos tipos de inputs, que son las sensaciones y los inputs internos. Las sensaciones que son la respuesta de los órganos sensoriales a los estímulos externos. La sensibilidad de los individuos a los estímulos depende de su capacidad receptiva y de la naturaleza del estímulo. Los inputs internos que caracterizan a cada persona y que cargan de distinto significado a los estímulos; algunos de ellos son la necesidad, motivación y experiencia⁽⁶⁰⁾.

El proceso perceptual también involucra al elemento conductual, ya que la percepción es capaz de generar conductas; dependiendo de cómo el individuo perciba una situación manifestará una determinada conducta, ya sea si la persona percibe la situación como potencialmente peligrosa o no. La percepción es considerada un proceso cíclico de carácter activo, constructivo, relacionado con procesos cognitivos superiores y que transcurre en el tiempo. La percepción es un proceso complejo que depende de la información que el mundo da, como de la fisiología y las experiencias de quien percibe; estas afectan tanto al acto perceptivo mismo, por la alteración de los sistemas perceptivos, como a otros procesos superiores, como son las motivaciones y las expectativas⁽⁶⁰⁾.

Calidad

Es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie⁽³⁸⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad como: “El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando, un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del paciente” (65).

Otros autores definen la calidad como el desempeño apropiado (acorde a las normas) de la investigación que se saben son seguras, que la sociedad en mención puede costear y tienen la capacidad de producir impacto sobre la mortalidad, morbilidad, la incapacidad y desnutrición.

La calidad es ser eficiente, es tener competencia, tener respeto al paciente y familia; calidad es “Hacer lo correcto”, en forma correcta y de inmediato; la calidad es practicar la limpieza, es ser puntual, es mejorar siempre, preo-

cuparnos por la innovación, es usar el vocabulario correcto, que los pacientes tenga confianza en el servicio que se les brinda⁽⁶⁶⁾.

De acuerdo con las teorías más aceptadas, el nivel de satisfacción de los servicios sanitarios está claramente relacionado con el grado de adecuación, (conformidad o discrepancia), entre las expectativas y la percepción final del servicio recibido. La satisfacción del paciente (usuario) debe ser un objetivo irrenunciable para enfermería, el método más utilizado para su medida son las encuestas de opinión que permiten detectar aspectos susceptibles de mejora, insuficiencia o disconformidades.

Calidad de atención

“La calidad de atención técnica consiste en la aplicación de las ciencias y tecnologías médicas, en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios”⁽⁶⁷⁾.

La calidad de la atención es el encuentro paciente – proveedor, debe definirse como el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud, juzgado por la expectativa de resultados que se podrían atribuir a la atención en el presente” (67).

Según Donabedian⁽⁶⁷⁾ la calidad de los servicios sanitarios tiene tres dimensiones fundamentales:

a. Componente técnico: hace referencia al conjunto de elementos que forma parte del proceso de prestación de servicios de salud, como la expresión de la adecuación de la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacidad de los profesionales; la estructura física, servicios; que implica la ejecución de todos los procedimientos a través de 6 aspectos fundamentales: Eficiencia, Competencia Profesional, Eficiencia, Continuidad, Accesibilidad y Seguridad.

b. Componente interpersonal: se refiere a las relaciones que se muestra entre el profesional y el paciente, así como la circulación de la información de carácter logístico y sanitario. Es decir, es el grado de interacción y comunicación que se da entre el paciente y el personal de salud, que involucra una adecuada relación interpersonal en el cual debe existir confianza y respeto, empatía, cordialidad, claridad en el lenguaje y veracidad en la información que brinde influyendo determinantemente en la satisfacción del paciente.

c. Componente del entorno (confort): está dado por las condiciones de comodidad que se ofrece en un establecimiento de salud, es el conjunto de cosas y circunstancias que permiten al paciente sentirse a gusto, como: el orden, la ventilación e iluminación, el suministro adecuado de alimentos, el cuidado de la privacidad, los servicios públicos adecuados (teléfono, señalización, limpieza y orden de los ambientes). ⁽⁶⁷⁾.

Para el paciente, la atención de calidad debe satisfacer sus necesidades percibidas, debe prestarse de manera cortés y en el momento que lo necesiten. Para ello los aspectos de la calidad más importantes se centran en la eficacia, accesibilidad, continuidad, oportunidad de atención, relaciones interpersonales y comodidad.

- La eficiencia, es la capacidad de suministrar el mayor beneficio utilizando los recursos con los que se cuenta.
- La accesibilidad, es el grado de facilidad que tiene el usuario para establecer una relación con los usuarios donde requiere ser atendido.
- La continuidad, es el grado en el cual los clientes reciben la serie completa de servicios que necesitan, sin interrupciones, suspensiones, ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento.
- Las relaciones interpersonales, es el grado de interacción y comunicación que existe entre los proveedores de salud y los usuarios, es decir las oportunidades de interacción e intercambio de mensajes, donde exista una actitud abierta y sensible por parte del prestador del servicio, un trato digno y respetuoso de confianza, empatía e información donde el usuario se sienta satisfecho de recibir explicaciones o información detallada del diagnóstico., los exámenes y tratamiento.
- La comodidad, se relaciona con el confort que ofrece la estructura física del establecimiento de salud, aspectos visuales como la limpieza, la señalización de los servicios, el uniforme del personal de salud, la privacidad del ambiente, la no presencia de gente en la consulta, la ausencia de contradicciones de opinión médica.

Para los servicios de salud la atención brindada es de calidad cuando se brinda a tiempo sin demora tratando de obtener cooperación y participación de los pacientes en decisiones relacionadas al proceso de prestación de cuidados mediante actividades de prevención, detección y tratamiento oportuno, basados en principios científicos y en el uso de tecnología apropiada, recursos profesionales y el proceso de comunicación.

Donabedian, establece algunas características de la calidad en la atención a la salud:

“(...) El modelo de atención a la salud reconoce la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables, se valoran las preferencias del paciente informado tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención a la salud”⁽⁶⁷⁾.

Enfermería

El concepto de enfermería ha sufrido cambios y modificaciones con los años debido a la evolución de la sociedad, tecnología y ciencia en general. Florence Nigthingale inicia conceptualizando a la “Enfermería como algo que no es meramente técnica sino un proceso que incorpora alma, mente e imaginación creativa, el espíritu sensible y comprensión inteligente que constituye el fundamento real de los cuidados de enfermería”⁽⁶⁸⁾.

En la actualidad según la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud en su intervención en el último Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería en Noviembre del 2004⁽⁷⁾ refirió que la “Enfermería es una profesión centrada en la concepción holística de la persona, que ostenta una práctica integral, preventivo-promocional y recuperativa; que trabaja con seres humanos, familias, grupos, comunidades y sociedad en conjunto, se constituye en un grupo estratégico para liderar e impulsar importantes transformaciones que se requieren en salud, tales como la humanización de la atención, los cambios de paradigmas teniendo como eje la promoción de la Salud, la participación de los usuarios en la gestión, la creación de nuevos espacios y modalidades para la atención, entre otros”.

Rol de la Enfermería

El rol de la enfermera como miembro del equipo de salud es importante ya que su habilidad es el complemento necesario, en todas las ramificaciones del campo de la medicina, contribuyendo con sus conocimientos y experiencias, brindando al paciente los cuidados en los aspectos: psicológicos, espiritual y juicio cultural. De modo que debe comprender lo que el paciente y su familia experimentan sobre la enfermedad y su tratamiento, con el fin de administrar los cuidados óptimos⁽⁶⁹⁾.

La enfermera dentro del servicio de medicina general tiene como finalidad ofrecer servicios asistenciales efectivos, con sentido humanitario dirigidos al cuidado de la salud del paciente y familia; con acciones de promoción, pre-

vención, curación y rehabilitación. El rol profesional de enfermería en el servicio de medicina general es considerado de gran importancia, sus funciones están relacionadas con la aplicación del proceso de atención de enfermería iniciándose por la valoración, el estado nutricional y el examen físico, el apoyo psicológico, preparación para procedimientos y manejo de pacientes de alto riesgo, así como las actividades de gestión.

- La valoración es el primer paso a seguir en el proceso de atención de enfermería, se inicia con la identificación de la enfermera ante el paciente y viceversa, motivo de consulta, exámenes de laboratorio, radiografías de tórax, otros exámenes complementarios, antecedentes de alergias, medicamentos que está ingiriendo y que puedan influir en el desarrollo del procedimiento, horas de ayuna, peso y talla
- Otro aspecto importante es la valoración del estado nutricional, la enfermera necesita conocer todos los factores que afectan el estado nutricional: incluyendo edad y etapa del desarrollo, sexo, estatura, peso usual, peso actual, costumbres en cuanto a actividades diarias y grado de actividad, patrón usual de alimentación y cualquier alteración reciente del mismo e ingestión actual de alimentos y líquidos. La enfermera también debe saber si el paciente recibe dieta especial, si la sigue, así también, sus creencias religiosas, origen étnico, si tiene alguna creencia especial sobre los alimentos y su actitud hacia la alimentación.
- El examen físico, es importante para obtener datos objetivos del paciente, analizar las características semiológicas normales, detectar alteraciones que presente el paciente, es un procedimiento céfalo – caudal donde están involucrados todos los órganos y sistemas del cuerpo humano, el examen físico nos permite observar, interrogar y examinar, al mismo tiempo nos permite evaluar y anotar los signos vitales.
- El apoyo psicológico antes del procedimiento es indispensable en el paciente, debe recibir un trato amable, cordial, expresándole palabras que le den seguridad, confianza, a fin de minimizar el grado de ansiedad, nerviosismo o depresión que presenta ante esta situación que para muchos es desconocida, explicándole en que consiste lo que se va a realizar y lo que podría sentir, el tiempo aproximado de duración y lo importante de su colaboración.

- La enfermera debe reflexionar sobre su trato al paciente, debe llamar al paciente por su nombre e intentar establecer una relación profesional – paciente, confianza para preguntar por su estado, dolor, etc., debe saber hablar y escuchar al paciente, para detectar posibles complicaciones clínicas, valorar si el paciente está usando sus facultades intelectuales o están ensombrecidos, para evaluar no solo un estado de lucidez sino su entrada en un proceso patológico, la enfermera debe aportar seguridad y con ello, tranquilidad al paciente dándole a conocer su nombre, proporcionándole una explicación concisa y adecuada acerca de los procedimientos que se le van a realizar, diferenciando la información orientativa de la información clínica explicándole el mecanismo de su entorno; apoyando el esfuerzo y colaboración del paciente con refuerzos positivos, por ser ello un voto de confianza que les anima a seguir adelante, cuidando de los comentarios delante de los pacientes, pues no solo les aumenta su angustia, sino que también son fuente de gran incertidumbre.
- El manejo del paciente de alto riesgo consiste en que la enfermera debe estar preparada para conocer rápidamente las distintas patologías concomitantes manejo de la farmacología específica, sus diluciones y administración, efectos secundarios y colaterales, utilización de respiradores, interpretación de gases arteriales en sangre y otros análisis específicos. Estar adiestrado en RCP, sondas vesicales y nasogastrica. Interpretación del monitoreo electrocardiográfico, etc. y las actividades de gestión están dadas por el tipo de coordinación, comunicación e información que realiza con los demás miembros del equipo de salud.

La satisfacción del paciente debe ser tomado en cuenta por la enfermera. Toda vez que el profesional de enfermería satisface las necesidades del paciente y por ello debe hacerlo presentándose de manera cortés en el momento que lo necesite a fin de lograr la eficiencia, competencia profesional, eficacia, continuidad y seguridad; asimismo debe mantener una buena relación interpersonal basado en el trato digno, el respeto, la confianza, empatía, seguridad e información y debe proporcionar comodidad durante su estadía.

Atención de Calidad en Enfermería

La calidad de la atención de enfermería se define como: "... la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definidos para una práctica pro-

fesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del paciente y la del personal de enfermería⁽⁷⁰⁾.

El Consejo Internacional de Enfermeras ha señalado que “la responsabilidad fundamental de la enfermera es cuádruple: promover la salud, evitar las enfermedades, establecer la salud y aliviar el sufrimiento”⁽⁷⁰⁾.

Según Bustamante, Edguien⁽⁷¹⁾ existen diferentes perspectivas sobre el concepto de cuidado de enfermería, el cuidado como un estado humano, el cuidado como un imperativo moral e ideal, el cuidado como afecto, el cuidado como interrelación personal, y por último, el cuidado como una intervención profesional de enfermería. Se han identificado dos dimensiones del cuidado: la experiencia subjetiva y la respuesta fisiológica en los pacientes.

El cuidado como una mística humana, es una característica humana innata, es el “modo humano de ser”, una parte de la naturaleza humana y esencial para la existencia humana. El cuidado como imperativo moral o ideal, es el cuidado como un “valor fundamental” moral o ideal en enfermería, siendo fundamental el asegurar la dignidad del usuario. El cuidado como afecto, es la naturaleza del cuidado que proviene del involucramiento emocional o un sentimiento para la experiencia del paciente.

El cuidado como una relación interpersonal enfermera-paciente es en contraste a las perspectivas anteriores, una visión que se considera fundamento del cuidado humano, con lo cual se expresa la creencia que el cuidado es una relación interpersonal, originando que la interrelación sea vista como la esencia del cuidado. El paciente tiene derecho a recibir una atención de calidad. La necesidad del paciente es una sensación de carencia que debe ser satisfecha, es así que debe confiar en la enfermera como una persona que se preocupa por su atención. La calidad de atención que brinda la enfermera también influirá en la atención enfermera-paciente y dependiendo de esta el paciente receptorá como mala o buena la calidad de atención.

El paciente es la persona que asiste a recibir una atención de calidad para satisfacer una necesidad frente a la sensación de carencia que presenta al estar enfermo. Cada paciente tiene características individuales, las cuales son un conjunto de rasgos del ser humano que interactúan de manera recíproca en la conducta humana (percepción, opinión actitudes, etc.) en función al medio ambiente, cultural y social que caracteriza al grupo en el que se desenvuelve; esto conlleva a que cada necesidad que presente tenga que ser atendida de manera diferente y específica. Así podemos mencionar las siguientes

características individuales del paciente: Edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, condición laboral y días de hospitalización.

- La edad, está relacionada estrechamente con el proceso de maduración anatomofisiológico y social que cursa el individuo lo que determina las características especiales de comportamiento, es así que los adultos se caracterizan por la plena vigencia de las capacidades físicas e intelectuales y madurez emocional lo que le permite mayor estabilidad y mejor intervención en el cuidado de la salud y enfrentar los procesos de enfermedad.
- El sexo, cada género presenta características propias como: la fuerza física, función de reproducción, diferencia entre aptitudes, intereses y características individuales que está determinada en gran parte por expectativas (papeles sociales). Las mujeres asumen la responsabilidad de madres frente al hogar, además son menos agresivas, son más emocionales; en cambio los varones participan en actividades relacionadas en la obtención de alimentos que los lleva lejos de la unidad familiar, son más agresivos y menos emotivos. El grado de instrucción, determina el nivel de educación que posee el individuo. La educación es un proceso social que consiste en la adquisición de conocimientos, actitudes, habilidades, costumbres y formas de comportamiento útil y aceptable, que es el resultado de un continuo proceso de perfeccionamiento. La educación nos permite comprender el contexto del proceso salud-enfermedad, por otro lado Becerra Armando plantea que en el Perú prima el subdesarrollo y la marginación social determinando entre otros bajos niveles educacionales (existe un porcentaje considerable de analfabetismo e instrucción incompleta, principalmente en la población marginada).
- El estado civil, es una característica personal, por lo que implica asumir una serie de obligaciones y responsabilidades consigo mismo, con la familia y la sociedad, el matrimonio sigue siendo de mayor valor que otros estados civiles porque presenta una serie de implicancias sociales, jurídicas y psicológicas, de la misma manera el estado civil, soltero, viudo y divorciado lleva a una inestabilidad emocional lo que genera dificultades en la toma de decisiones de su autocuidado y obligaciones sociales.
- La condición laboral, determina el tipo de trabajo que ejerce un individuo. E trabajo se define como “la actividad consciente sea físico o mental, que le hombre realiza con el fin de producir bienes eco-

nómicos o servicios, siendo la principal fuente de riqueza”, de ella depende la satisfacción de las necesidades, además de ser una actividad eminentemente social, entre sus características se encuentra: es penoso (obligatorio, responsable, peligroso, fatigoso), tiene un fin económico (producir) es consiente y dignifica al hombre.

- Los días de hospitalización, es fundamental para evaluar el entorno hospitalario; un paciente que ha permanecido mayor tiempo hospitalizado puede identificar lo positivo y negativo en el trato recibido por parte de los profesionales de la salud, y tener una percepción más aproximada de la realidad mientras que un paciente que recién ingresa al servicio sólo podría manifestar su primera impresión. “La hospitalización va a hacer al individuo vulnerable a varios estímulos, no solo provenientes de la enfermedad que le afecta, sino también del medio ambiente y las relaciones que se establecen durante la hospitalización”⁽⁷²⁾.

“El paciente verá alterado su autoestima y producirán cambios emocionales intensos que requieren de reajustes”. Estos reajustes repercuten en las necesidades de seguridad y pertenencia, aparecen sentimientos de culpa que aumentan con el tratamiento despersonalizado de los procesos diagnósticos, terapéuticos y asistenciales a los que se ve sometido durante la hospitalización. Por lo que los pacientes consideran importante las relaciones que se establecen con el equipo de salud, especialmente con el personal de enfermería, el cual está a cargo de ellos durante las 24 horas del día (73).

Es importante que por este motivo la obtención de la percepción del paciente, se haga de forma adecuada, valorando su estado de salud y sus capacidades actuales para interpretar los datos internos y externos, la habilidad para captar, sentir, atender, escuchar, comprender. Del mismo modo es necesario para valorar el contexto de su aprendizaje social, los símbolos predominantes, el significado del contexto hospitalario, el grado de empatía entre pacientes y personal durante la prestación de los cuidados, pues es innegable que a lo largo del proceso de atención se van formando los pacientes su propia percepción acerca del actuar de la enfermera.

Estrategias para superar las barreras al cuidado humanizado

Entre las estrategias para superar las barreras al cuidado humanizado que se desprenden de la literatura se pueden indicar los siguientes:

- a. La inserción de nuevos contenidos, estrategias de enseñanza y la construcción de nuevos diseños curriculares, centrados en la temática de la humanización se plantean como soluciones potenciales, según nos muestran los artículos analizados. Sin embargo, sólo la inserción de contenidos y disciplinas no garantiza cambios significativos en la formación del graduado en salud. Según un estudio realizado por Santos et., afirma que la guía en los planes de estudio solo menciona el cuidado humanizado como competencia, pero no proporciona un mecanismo de viabilidad para el desarrollo de dicha competencia. Son necesarias actividades prácticas, el estímulo a la reflexión y la acción crítica, sensibilizándolos para una práctica humanizada: juegos de rol, debates, etc.
- b. La atención a la enseñanza de conceptos como la compasión, cultura, religión y atención centrada en el paciente.
- c. Incremento del número de personal de Enfermería
- d. Revisión y adecuación de las cargas horarias del personal de Enfermería
- e. Conciliación de la vida laboral y familiar, adaptando los horarios y los puestos de trabajo y previniendo el burnout.
- f. Enseñanza psicosocial de calidad, más centrada en la persona en su conjunto y menos en sus patologías donde se limitan a asignaturas y debería formar parte de todo el plan de estudios impulsando un cuidado humanizado.
- g. Adecuación en la formación de técnicas de comunicación y de escucha, es decir, enseñarlas a los alumnos, para el momento de acceder al mundo laboral, ampliando sus propias habilidades.
- h. Fortalecer la motivación al logro y la cultura institucional con todos sus componentes desde las áreas gerenciales.

Cuestionario y Actividades

1. Señale lo correcto respecto al siguiente enunciado. En Enfermería tiene limitaciones dentro de su desarrollo debido a:

- a) Un número aceptable de actividades administrativas
- b) Un gran número de actividades delegadas de tipo biomédico
- c) Competencias netamente asistenciales

Respuesta correcta: ____

2. Algunos de los factores que influyen en la resistencia del cuidado humanista son:

- a) Carencia de personal de Enfermería, Duplicidad de tareas, Falta de espacio físico o espacio físico no adecuado
- b) Carencia de personal de Enfermería, adaptabilidad al cambio, disponibilidad de tiempo
- c) escasa formación respecto a las habilidades asistenciales, Carencia de personal de Enfermería, adaptación a las tareas

Respuesta correcta: ____

3. ¿Cuál es la mayor consecuencia que impide el cuidado humanizado por sobrecarga laboral?

- a) Enriquecimiento del conocimiento
- b) Procedimientos técnicos más invasivos
- c) mecanización de los procedimientos

Respuesta correcta: ____

4. Uno de los índices más importantes para reconocer el cuidado humanizado y de calidad tiene que ver con:

- a) Restitución de la salud de los pacientes
- b) Satisfacción del paciente desde su percepción
- c) Prevención de complicaciones físicas y psicológicas.

Respuesta correcta: ____

1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO:
**LA ESENCIA DE
LA ENFERMERÍA**

Capítulo

IX

**Gestión de la calidad en
enfermería: Enfoque en el
cuidado paliativo
humanizado**



Objetivos del Capítulo

- Analizar los fundamentos de la gestión de calidad en cuidados de enfermería
- Identificar las herramientas de mejora continua empleadas en el cuidado paliativo humanizado

Fundamentos de la gestión de la calidad en cuidados de enfermería

Gestión

Salgueiro, Amado⁽⁷⁴⁾ define la gestión como “conjunto de decisiones y acciones que llevan al logro de objetivos previamente establecidos”. Teniendo como base que la enfermería desde el nivel gerencial es la encargada de la toma de decisiones, del establecimiento de acciones que permitan el alcance de los objetivos definidos por el nivel institucional.

Amat, Joan⁽⁷⁵⁾ plantea que dentro de la gestión se cumplen las funciones básicas de la administración como planear, organizar, dirigir y controlar, que se convierten en los elementos para la consecución de los objetivos, se tiene entonces que la gestión está dividida en tres niveles que le permiten a la organización prestar servicios de calidad: Gestión Estratégica, Gestión Táctica y Gestión operativa.

Funciones de la gestión desarrollado por el personal de Enfermería

A continuación, se describe las funciones de la gestión que estructura el proceso desarrollado por el personal de enfermería que se encuentra en el nivel intermedio o gerencial para el logro de los objetivos propuestos por la organización.

Dentro de las funciones de la gestión se encuentran la planeación, organización, dirección y control, cada uno de estos componentes es de suma importancia en el proceso de gestión, proceso que en la parte inicial se referencia como administración ya que se toma la traducción original que Chiavenato le da a la palabra administración.

Cada una de estas funciones de la gestión le debe apuntar a los objetivos definidos por el nivel institucional para que todos se articulen de forma adecuada desde la planeación hasta el control se debe vigilar que todos estén trabajando sobre la misma base.

a. Planeación: “Es la primera función de la gestión por ser la base de las demás. La planeación es la que determina por anticipado cuales son los objetivos que deben alcanzarse y que debe hacerse para conseguirlos. Es en donde se plasma teóricamente para poder ponerlo en marcha en el futuro. Partiendo de los objetivos como se mencionó anteriormente se define el plan de acción que permitirá la consecución de los mismos. Desde la planeación se define a donde se pretende llegar, que debe hacerse, cuando, como y en qué orden”⁽⁷⁶⁾.

b. Organización: “La organización está diseñada para la obtención de resultados, para generar utilidades, es allí en donde se divide el trabajo y se asignan tareas específicas. Chiavenato señala que la palabra organización significa cualquier cometido humano orientado intencionalmente a conseguir determinados objetivos esta definición cubre todos los tipos de organización, como bancos, empresas financieras, hospitales, clubes, iglesias. Plantea que la organización presenta dos aspectos diferentes”⁽⁷⁶⁾.

- 1. Organización formal.** “Organización basada en la división racional de trabajo; especializa órganos y personas en determinadas actividades. Por tanto, es la organización planeada o la que está definida en el organigrama, instituida por la dirección y comunica a todos por medio de los manuales de organización. Es la organización formada oficialmente”⁽⁷⁶⁾.
- 2. Organización Informal.** “Organización que emerge espontánea y naturalmente entre las personas que ocupan posiciones en la organización formal, a partir de las relaciones humanas establecidas al desempeñarse en sus cargos se configure a partir de las relaciones de amistad y del surgimiento de grupos informales que no aparecen en el organigrama ni en ningún otro documento formal”⁽⁷⁶⁾.

c. Dirección: “La dirección es la responsable en llevar a cabo lo que se planeó y organizo, en esta fase es importante asignar el personal necesario para poder alcanzar lo planeado y el personal que tenga el perfil que le permita desarrollar el trabajo de la forma adecuada. La función de dirección se relaciona directamente con la manera de orientar la actividad de las personas que componen la organización para alcanzar los objetivos. La dirección es la función de la gestión que se refiere a las relaciones interpersonales de los administradores y sus respectivos subordinados en todos los niveles de la organización. Para que la planeación y la organización puedan ser eficaces, necesitan ser dinamizadas y completas con la orientación que se dé a las personas mediante la adecuada comunicación y habilidad de liderazgo y de motivación”.

d. Control: Chiavenato refiere que el control está constituido por cuatro fases: establecimiento de criterios o estándares, observación del desempeño, comparación del desempeño con el estándar establecido y acción correctiva para eliminar desviaciones o variaciones. En cuanto a su cobertura, el control puede darse en tres niveles estratégico, táctico y operacional. Teniendo ya los elementos de los niveles de la organización y haciendo énfasis en el nivel intermedio o gerencial que es en el que se centra esta investigación, se hace importante abordar temas como gestión, función de la gestión que serán parte de todo el proceso y permitirán un análisis objetivo de la información, siguiendo el hilo conductor del marco teórico es importante revisar la gestión de la calidad en donde se unirá la gestión con la calidad para llegar finalmente al punto central de investigación que es la gestión de enfermería y los indicadores de calidad en la atención.

Gestión del cuidado de enfermería

Se entiende por cuidar a la actividad que va más allá del acompañamiento y por ende implica servir, asistir y hacerse responsable del individuo a quien se le otorga cuidado y es partir de esa premisa que se entiende que todas las actividades que se realicen tienen consecuencia directa sobre el individuo que recibe cuidado y el cuidador ya que una situación es propia de la naturaleza humana. A partir de esta premisa nace el cuidado como parte de la intuición femenina en el seno familiar con el propósito de garantizar la salud, sin embargo, la actividad de enfermería no es exclusiva del género femenino, si no, de todos los seres humanos que cuenten con la vocación y la formación para ejercer las labores de la disciplina. A partir esa idea se entiende que la Gestión del Cuidado de Enfermería es el uso del juicio profesional basado en el conocimiento adquirido durante la formación académica en la planificación, organización, motivación y control de la oferta de cuidados, cuyos criterios implican que dicho servicio debe ser oportuno, seguro e integral, para obtener como producto final la salud o el restableciendo de la misma⁽⁷⁷⁾.

A partir de esa idea se asume que la gestión de la calidad en los servicios de enfermería, implica que quien ejerza las labores gerenciales debe contar con características específicas como lo son el liderazgo, habilidades comunicativas y capacidad de toma de decisiones. Todo a partir del empoderamiento en la disciplina que implica la capacidad de sobreponerse a las adversidades propias del sistema de salud y de los niveles jerárquicos dentro de la organización, además de los recursos disponibles para la ejecución de la labor⁽⁷⁸⁾.

Además de las características personales anteriormente mencionadas es importante reconocer que para poder ejecutar labores de cuidado es necesario el trabajo en equipo y con eso no solo se refiere al equipo interdisciplinario de salud sino también entre profesionales de la misma área como es la enfermería, teniendo claridad que el trabajo en equipo es una de las características esenciales de la calidad en la atención de enfermería⁽⁷⁹⁾.

En síntesis, se entiende bajo la mirada de la teoría anteriormente mencionada que la gestión de enfermería es una actividad integradora donde se asume y ejerce la actividad de enfermería junto a la administración y gestión de la misma, asumiendo el control de la situación a partir del proceso administrativo adoptado dando cumplimiento a la ley de calidad en salud⁽⁸⁰⁾.

Objetivos de la gestión de cuidado

Los objetivos de la gestión del cuidado engloban tres aspectos de gran importancia;

1. Ofrecer a las personas usuarias los mejores resultados posibles en la práctica diaria (efectividad),
2. Acordes con la información científica disponible, que haya demostrado capacidad para cambiar, de modo favorable, el curso clínico de la enfermedad y la calidad de vida aplicando el Plan de Atención (eficacia),
3. Considerando los menores inconvenientes y costos tanto para la persona como para la institución (eficiencia).

Cortés⁽⁸¹⁾ menciona que la gestión “solo se logra mejorando la eficacia, la eficiencia y la calidad, mediante el uso de protocolos basados en la evidencia científica, en los procedimientos de asistencia; además, facilitando la implicación de los profesionales en la gestión, mediante el incremento de su intervención en la toma de decisiones e incentivando el esfuerzo y los resultados, tanto en su competencia clínica como en su gestión y desarrollo de la promoción profesional.”.

Desde este punto de vista, la gestión del cuidado siempre ha estado presente en las tareas de los profesionales en enfermería, en términos de efectividad, eficacia y eficiencia; sin embargo, existe una serie de modificaciones en el Sector Salud que obligan a optimizarla mediante:

- a. Cambios en los modelos de administración.
- b. Variabilidad clínica: tratamientos, uso de recursos, toma de decisiones clínicas asertivas.
- c. Orientación hacia la persona usuaria: la salud como preocupación ciudadana, la calidad percibida por él y la usuaria.
- d. Gran desarrollo tecnológico: cirugía endoscópica, ultrasonografía, laboratorio clínico, farmacología, expediente electrónico, entre otros.
- e. Variación de los perfiles demográficos y de morbilidad: aumento y envejecimiento de la población, complicaciones de patología crónica, tumores, accidentes, problemática social.

Por otro lado, la gestión del cuidado en enfermería se basa en la evaluación, la reflexión y la autocrítica, porque sin ellas es imposible mejorar la atención. En este ámbito, surge la gestión del cuidado como iniciativa dirigida a optimizar los resultados de la actividad clínica. Es un proceso que se inicia con la valoración y el diagnóstico de pacientes, familia y comunidad, continúa con el plan de atención y dura mientras se mantenga la relación profesional-paciente. El profesional en enfermería toma todas las decisiones, en momentos diversos, con el paciente o en su nombre; por eso, incide en forma directa en el proceso para optimizarle la calidad de vida. Parece absolutamente razonable que, si se pretende mejorar los resultados, el profesional se incorpore a la gestión de los recursos de las unidades clínicas. La gestión de cuidados tiene el propósito de adecuar la atención a las necesidades del enfermo, las demandas de sus familiares, cuidadores y la comunidad.

Es un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, la participación y de la comunicación⁽⁸²⁾.

La enfermera responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Así deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos hacia la mejoría continua del cuidado⁽⁸²⁾.

Fundamentos de la gestión de cuidado

Los fundamentos de la gestión de cuidado se pueden resumir de la siguiente manera:

- a. La gestión de los cuidados de enfermería, desde una perspectiva social y profesional para atender las necesidades de salud del suje-

to y el colectivo social, parte del precepto que más allá del modelo seleccionado, la gestión del cuidado es una estrategia de evaluación continua que da sustento a la calidad de la atención y el fortalecimiento de la enfermería.

- b. La gestión del cuidado es una acción propia del profesional de enfermería que realiza con otras personas para promover su salud, prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar las enfermedades que puedan padecer.
- c. Al considerar la enfermería como una ciencia social, la gestión del cuidado en enfermería posee una orientación humanística que considera a la persona y colectivos sociales como objetos y agentes de la atención de enfermería.
- d. La esencia de la profesión de enfermería, es al cuidado de los pacientes. De allí que la gestión del cuidado como la esencia del rol profesional, se entiende como el ejercicio profesional de la enfermería sustentado en su disciplina, la ciencia del cuidar. En este sentido, entre otras cosas se puede indicar:
 - El cuidado de los pacientes se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, reestablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.
 - El cuidado se debe concebir como una forma de interacción lo cual significa que los fines se logran a partir de la definición de una situación que busca intencionalmente la coordinación de acciones entre el personal de enfermería y los sujetos del cuidado.
 - El cuidado definido como el conjunto de categorías involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica.
 - Los fundamentos pedagógicos del cuidado en el profesional de enfermería, se construyen a través de factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes realizadas por una persona, por lo que el personal de enfermería, debe comprender que el cuidado humano involucra una relación transpersonal y de respeto.

-
- e. La gestión del cuidado inherente a la práctica de enfermería, requiere de la colaboración intradisciplinaria que comprende la consulta entre colegas de la profesión de enfermería, lo cual tiene un impacto importante en la continuidad y la calidad de los cuidados.
 - f. Asimismo, para una adecuada gestión del cuidado de enfermería se requiere la ejecución de acciones de gestión y administración de enfermería. Es decir, la gestión es importante para organizar los cuidados con los recursos suficientes, pero no lo es todo para la enfermería; se debe gestionar para cuidar, no solo para gestionar. Las mejores formas de organizar los recursos son con el fin de entregar un cuidado humano.
 - g. La gestión del cuidado se basa en principios conceptuales, entre ellos:
 - Beneficencia: procurar el bien de las y los usuarios, y no hacer el mal ni obtener el beneficio propio.
 - El principio de autonomía: ser individuo con la capacidad y la información adecuadas, la dueña o dueño absoluto de las decisiones que se adoptan con respecto a su propio cuidado.
 - Equidad o justicia: intentar lo mejor posible para todas las personas; por ellas, se garantiza la accesibilidad razonable que, muchas veces, enfrenta al concepto tradicional de la relación médico-paciente: “lo mejor para mi paciente”.

Funciones de la gestión

Gestionar los procesos de cuidado de enfermería implica que el cuidado de la salud se brinde de manera racional, oportuna, equitativa, económica, que minimice los riesgos tanto al usuario, al equipo de salud, como a la institución y a la comunidad, y que maximice el beneficio generado por la actividad⁽⁸³⁾.

La mayoría de las teorías y modelos de enfermería ubican como centro de la profesión el cuidado de la salud de las personas, lo cual abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos. Incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados de personas discapacitadas y moribundas⁽⁸⁴⁾, sin embargo, para una adecuada gestión del cuidado de enfermería se requiere la ejecución de acciones de gestión y administración de enfermería.

Estudios actuales sugieren la identificación, de manera preliminar una concepción de Gestión y Administración en Enfermería divide en tres dimensiones:

1. Dominio individual: centrado en la gestión del proceso de enfermería (propia de la enfermera).
2. Dominio compartido con otros profesionales: que se sitúa en la gestión de personas y recursos materiales, como, por ejemplo: economía, administración, etc.
3. Liderazgo, autonomía y proactividad: como dimensiones propias de muchas profesiones como, por ejemplo: administración de recursos humanos, psicología, etc.

También, se identifican algunas diferencias entre gestión y administración; gestión es un concepto amplio y se relaciona con toma de decisiones sobre aspectos económicos, financieros y políticos. La administración consiste en asignar, optimizar recursos y ejecutar tareas con herramientas preestablecidas.

Además, se reconocen algunas tareas clave como: planificación, programación, gestión de los servicios, coordinación, trabajo en equipo, negociación, manejo de insumos, supervisión, capacitación y selección de personal. Los conocimientos requeridos como: sistema de salud, sus normativas legales, metas sanitarias y financiamiento; salud pública, control de gestión, manejo de conflictos, toma de decisiones y priorización de problemas. Finalmente se identifican algunas cualidades indispensables en el personal de enfermería como: compromiso, responsabilidad, asertividad, empatía, perseverancia, resiliencia, proactividad y liderazgo.

Por ejemplo, algunos estudios arrojan como resultado que las competencias de gestión consideradas más importantes que debe poseer el personal de enfermería al actuar como ejecutivo o gestor, son:

- Rendición de cuentas del ejercicio profesional,
- Comunicación verbal
- Trabajo en equipo
- Habilidades de liderazgo
- Resolución de conflictos
- Conocimientos jurídicos y de ética

- Gestión de sistemas de información
- Marketing
- Planificación estratégica
- Experiencia clínica
- Competencia docente
- Gestión de proyectos, etc.

Principios de la gestión de cuidados

Si se acepta que el cuidado enfermero parte de un contexto teórico específico, se pueden definir los principios que significan la gestión de los cuidados. Estos abarcarían lo siguiente:

- a. La planificación de los cuidados enfermeros podrá estar dirigido a las necesidades de la persona en términos de cuidados para la salud y a la gestión del entorno como condicionante de salud y de vida.
- b. Los valores del cuidado están determinados por la percepción particular del cuidado de sí mismo que tiene cada persona y que se incorporan y constituyen un elemento de la construcción conceptual del cuidado enfermero.

Los métodos de análisis de las necesidades de cuidados incorporarán tanto el registro objetivo de las variables cuantitativas, como aquellas variables obtenidas por métodos cualitativos que recogen la percepción de las personas sobre su propio cuidado.

Gestionar el cuidado implica la construcción permanente de un lenguaje enfermero y su posicionamiento en las organizaciones sociales y de salud. Esto requiere de una conceptualización de la categoría proceso vital humano y la integración que desde la gestión se da al proceso de la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.

Implica, además, el cuidado como un acto comunicativo que requiere de conocimientos científicos, tecnológicos y de contexto cultural donde viven, se recrean y enferman las personas. Se debe constituir el proceso de enfermería como método para la gestión que permite el seguimiento y monitoreo de los cuidados a individuos y la búsqueda de modelos transdisciplinario para el cuidado de colectivos. El desarrollo de sistemas de información en enfermería, permiten y facilitan la evaluación de los procesos de cuidado a través del análisis de los indicadores de gestión de calidad.

Se debe, además, buscar indicadores de calidad que evalúen el cuidado. Para ello, las enfermeras deben ser capaces de traducir los valores del cuidado a menudo intangibles en indicadores numéricos o económicos que muestren a la sociedad el aporte de las enfermeras. Es necesario comunicar y divulgar, cada vez con mayor rigor, la importancia del trabajo de las enfermeras y del cuidado en la recuperación de la salud de la población, en la resolución de los problemas de salud y en la humanización de los servicios sanitarios.

Implementación de herramientas de mejora continua

Mejora continua de la calidad en Enfermería

La mejora de la calidad en la enfermería es similar a la mejora continua de la calidad en enfermería y a la mejora continua de la calidad en la atención médica en general. El término mejora continua de la calidad y mejora de la calidad a menudo se utilizan indistintamente en la atención médica, igualmente el término garantía de calidad.

La mejora continua de la calidad (MCC) es una mejora incremental progresiva de los procesos, la seguridad y la atención al paciente. El objetivo de la MCC puede incluir la mejora de las operaciones, los resultados, los procesos de los sistemas, la mejora del entorno de trabajo o el cumplimiento normativo. La mejora de los procesos puede ser de naturaleza “gradual” o “decisiva”.

A medida que la tecnología para recopilar datos sobre la prestación de servicios de salud y los métodos para el seguimiento de los resultados se vuelven más sofisticados e integrados en la atención médica, la mejora continua de la calidad será cada vez más vital para brindar una atención de calidad y, al mismo tiempo, mantener la rentabilidad, la satisfacción de los proveedores de atención médica y la satisfacción de los pacientes. En general, la mejora continua de la calidad es una iniciativa de calidad que pide repetidamente a los miembros del equipo de atención médica que determinen: “¿Cómo lo estamos haciendo?” y “¿Podemos hacerlo mejor?”.

La mejora continua de la calidad en la enfermería incluye algunas áreas amplias:

- **Garantía de calidad:** Esto garantiza que su organización proporcione servicios que cumplan con los estándares adecuados para una buena atención médica.
- **Mejora de la calidad:** Esto garantiza que todo el personal en todos los departamentos de su organización siempre trabaje para brindar una mejor atención médica a los pacientes.

- Resolución de problemas: Esto garantiza que todos los departamentos de su organización se comuniquen y trabajen bien en colaboración.

Herramientas de mejora continua

El desarrollo de proyectos de mejora continua de calidad (MCC) suele incluir la definición del problema, la evaluación comparativa, el establecimiento de una meta y, a continuación, proyectos iterativos de mejora de la calidad. A través del proceso iterativo, se realizan mejoras, se mide el efecto de las mejoras y, a continuación, se repite el proceso hasta que se alcanza el resultado deseado.

Las metodologías habituales para la mejora incluyen Lean, Six Sigma, los ciclos Plan-Do-Study-Act (PDSA) y los criterios Baldrige.

Pero dentro de la Mejora Continua se encuentran dos principales metodologías, Lean (Management o Manufacturing) y Six Sigma.

Con esta entrada se intenta poner un poco de claridad sobre ambas de una manera resumida.

Básicamente, el objetivo de ambas metodologías es el mismo, eliminar el desperdicio y reducir los costes a base de transformar los procesos en lo más eficientes posible, al tiempo que se enfoca el producto/servicio al cliente para conseguir su máxima satisfacción. Y ambas, por la misma definición de Mejora Continua, se basan en el principio de ciclos repetitivos de mejora tipo Ciclo de Deming (PDCA – Plan, Do Check, Act).

La principal diferencia entre ambas metodologías radica en el camino para conseguir ese objetivo común.

El Lean Manufacturing se basa en la eliminación sistemática del desperdicio, se centra en identificar el valor, en crear flujo a lo largo del proceso y en adaptar éste a la demanda.

Su aplicación implica un cambio de mentalidad y la participación de todos los componentes de la organización, incluyendo desde la alta dirección hasta el más básico de los empleados.

Para que suponga un éxito la implantación de las metodologías Lean, es preciso estar convencido de sus beneficios por parte de Dirección, y fomentar, en los componentes de la organización, un cambio de filosofía, podríamos incluso decir un cambio cultural que se aspira mantener en el tiempo.

Implica poner en cuestión todo lo realizado hasta la fecha y analizar, a través de equipos multidisciplinares, proceso a proceso y paso a paso, si existe un método mejor para llevarlo a cabo.

Lógicamente antes de iniciar un proceso en este sentido, es importante formar al personal que deberá hacer frente y guiar la transformación de la organización.

El Six Sigma, en cambio, es una metodología que se basa principalmente en el uso de la estadística para reducir la variabilidad de los procesos y así conseguir minimizar el desperdicio reduciendo las no conformidades por parte del cliente aumentando al mismo tiempo la calidad de nuestros productos/servicios.

En este caso las organizaciones precisan tener personal formado en los diferentes grados de adiestramiento, Yellow, Green y Black Belt para poder llevar a cabo los proyectos de mejora con garantías de éxito.

El ciclo de mejora en el que se basa el Six Sigma es el denominado DMAIC (Define, Measure, Analysis, Improvement, Control), que no deja de ser una versión particular, quizás más detallada y definida con similitudes al Ciclo de Deming.

Por ejemplo, existen organizaciones que trabajan en algunas herramientas como la elaboración de guías, hojas de datos y demás información para mejorar la atención de enfermería y la atención médica en general. Las guías y las hojas de datos ofrecen ideas de proyectos para la mejora de la calidad en enfermería, incluidas las siguientes:

- Mejorar la comunicación relacionada con la atención médica sobre pacientes individuales durante los cambios de turnos de enfermeros u otros profesionales de la salud.
- Mejorar el trabajo en equipo de enfermería.
- Mejorar la seguridad del paciente al mejorar la carga de trabajo de enfermería.
- Prevenir infecciones relacionadas con catéteres.
- Prevenir caídas y lesiones en pacientes dentro de centros de atención médica.
- Prevenir la neumonía que puede provenir de los respiradores de las vías respiratorias utilizados en pacientes, llamada neumonía asociada

al ventilador.

- Prevenir úlceras por presión (escaras) en pacientes de centros de atención médica.
- Reducir los errores de medicamentos.
- Reducir la fatiga y el estrés de los enfermeros.
- Reducir la rotación de personal entre los enfermeros.

Ejemplos de mejora de la calidad en enfermería

La mejora de la calidad en la enfermería son iniciativas creadas para mejorar los resultados de los pacientes y mejorar la calidad general de la atención. Algunos ejemplos incluyen la reducción de los errores médicos, el aumento de la comunicación del personal, la implementación de prácticas basadas en la evidencia y la actualización de la planificación del alta.

Los expertos entrevistados para este artículo citaron dos proyectos de mejora de la calidad relacionados con la enfermería en los que participaron que eran simples, pero muy beneficiosos. Ambos abordaban áreas de almacenamiento de hospitales o enfermería.

- Un armario de almacenamiento más organizado
- Mejor ubicación de un área de suministro:

Al principio los trabajadores estaban preocupados por la adecuación en cuanto al momento, pero como parte del proyecto, registraron la distancia que caminaban los trabajadores para conseguir ciertos materiales y suministros. Esa área de suministro se trasladó entonces más cerca de los trabajadores, dice Wilson.

Puede usar una lista de verificación del proceso para ayudar a gestionar un proceso de mejora de la calidad. Utilice esta plantilla, diseñada específicamente para implementar y ejecutar un proceso de mejora de la calidad eficaz.

Herramientas para medir la satisfacción de un paciente

Medir la satisfacción del paciente es un proceso fundamental para saber cuál es la calidad de los servicios sanitarios y conocer los fallos para implementar mejoras continuas. Algunos de los métodos más comunes son:

a. Cuestionarios. Esta metodología de recolectar datos es una de las más eficaces y consiste en realizar una serie de preguntas relacionadas con la calidad de la atención, el trato recibido, la comunicación con el personal médico, las instalaciones, la accesibilidad de los servicios, etc.

b. Estas preguntas pueden incluir escalas de valoración en las que se pide al usuario valorar un determinado aspecto de la atención recibida, por ejemplo, del 1 al 7, para cuantificar así las respuestas y desarrollar el análisis cuantitativo correctamente. Este tipo de métodos también contienen preguntas abiertas para dar opción al paciente de expresarse o brindar comentarios más detallados.

c. Entrevistas. En este escenario, un entrevistador realiza una serie de preguntas a un paciente sobre la atención recibida, la calidad asistencial del centro sanitario y, en general, sobre su experiencia. Es necesario que el usuario dé su consentimiento para realizar dicha entrevista. Con las entrevistas se obtienen datos más certeros y exhaustivos, ya que permite que el entrevistado se exprese sin límites y proporcione una información más extensa.

d. Encuesta de valoración. Se realizan al paciente después de haber sido atendido. Pueden ser telefónicas o llegar a través del correo electrónico, entre otras vías. Por ejemplo, se pide al paciente mediante una llamada que valore del 1 al 10 el trato y la calidad del servicio.

e. Sistemas electrónicos. En algunos hospitales han instalado unas máquinas para valorar la satisfacción del paciente hospitalario. El sistema es sencillo y consiste en que el usuario valore si la experiencia le ha ido mal, normal o bien. De esta forma, se obtiene un feedback instantáneo y se pueden abordar los problemas que existan en la calidad asistencial del centro hospitalario.

Calidad y seguridad en los cuidados paliativos

La seguridad del paciente fue definida por la OMS en 2009 como la ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria.

También se conoce como el conjunto de elementos estructurales, instrumentales, procesos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que tienden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención sanitaria o de mitigar sus consecuencias.

La seguridad del paciente es el eje central sobre el que pivota la labor diaria de todos los profesionales que se dedican a los cuidados paliativos, siendo una parte integral de la calidad en la atención al final de la vida.

En este sentido, en las últimas etapas de la vida de un paciente, la enfermería en cuidados paliativos desempeña un rol fundamental en el proceso asistencial junto con el trabajo de otros profesionales que colaboran en esta área sanitaria.

La unidad de cuidados paliativos es el espacio donde se dirige la atención al bienestar de la persona que está atravesando una enfermedad grave, irreversible y potencialmente mortal, que impacta no solo en su estado físico sino también en su salud mental y ámbito social. Además, tal y como señala la Organización Mundial de la Salud, la asistencia paliativa temprana permite reducir las hospitalizaciones innecesarias y el uso de los servicios de salud.

A su vez, los cuidados paliativos constituyen un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, alivian el sufrimiento y ayudan a prevenirlo gracias a la detección precoz, el tratamiento y la evaluación correcta del dolor y otros problemas.

Objetivo de la enfermería en cuidados paliativos

La enfermería en cuidados paliativos se define como la rama especializada de la enfermería destinada a brindar atención y apoyo a pacientes con enfermedades crónicas, incurables y avanzadas, así como a sus allegados y familiares.

La participación de los enfermeros en cuidados paliativos está orientada a abordar este tipo de atención centrándose en la individualidad del paciente y sus necesidades. Para ello, es fundamental la polivalencia, la flexibilidad y la accesibilidad.

El objetivo principal de la enfermería en cuidados paliativos consiste en mejorar la calidad de vida de estos individuos y aliviar no únicamente su sufrimiento físico y emocional, sino también el social y espiritual a través de un enfoque compasivo e integral. Además, la práctica enfermera en esta área busca responder a las diversas etapas evolutivas de la enfermedad, focalizándose en ayudar al paciente a satisfacer sus necesidades básicas.

En este orden de ideas, los profesionales de enfermería ejercen un papel crucial en el proceso de acompañar en el dolor y otra serie de síntomas. Para ello, trabajan con otros equipos de diferentes especialidades que se encargan, conjuntamente, de cuidar, atender, velar por el bienestar de estos pacientes y preservar sus preferencias, valores y creencias personales, lo que fomenta la comunicación efectiva entre paciente, familia y equipo médico.

Las funciones de la enfermería en cuidados paliativos

Para lograr su misión, las unidades de enfermería en cuidados paliativos llevan a cabo un conjunto de tareas:

- a. Evaluación. Valoración de la situación de salud del paciente y control de los aspectos físicos, sociales, espirituales y emocionales que genera la enfermedad y que, por ende, sufre el paciente. También, deberá tener la capacidad para realizar evaluaciones exhaustivas y desarrollar planes de cuidados individualizados.
- b. Apoyo y atención integral. Proporcionan ayuda tanto a pacientes como a familiares para gestionar situaciones de estrés, ansiedad, miedo... asociadas a la enfermedad terminal.
- c. Suministro. Para manejar el dolor y otra serie de síntomas, los enfermeros son los encargados de administrar los tratamientos físicos y farmacológicos prescritos.
- d. Control. Se monitoriza y controla en todo momento el estado de salud del paciente para responder con eficacia a cualquier cambio.
- e. Asesoramiento. El paciente y sus allegados reciben información sobre la enfermedad, tratamiento, cuidados paliativos, alimentación, descanso, recomendaciones, etc.
- f. Coordinación. El trabajo implica la colaboración estrecha con otros equipos multidisciplinares -tales como médicos, terapeutas, psicólogos- que garantizan la atención integral y coordinada.

Estas son las actividades principales que realiza la unidad de enfermería en las diferentes fases de los cuidados paliativos, las cuales marcan la duración de este tipo de atención especial y se dividen en tres: fase terminal, preagónica y agónica.

Cada equipo de especialistas en esta área decide el tiempo que se proporcionan estos cuidados, considerando en todo momento el curso de la enfermedad, así como las preferencias y la situación del paciente y su familia. Por ello, la coordinación y el trabajo en equipo en cuidados paliativos es fundamental para que la labor de todos los profesionales implicados - especialmente la de los enfermeros- sea eficaz y de calidad.

Competencias y habilidades requeridas en la enfermería de cuidados paliativos

Para realizar estas tareas de manera eficaz y responder al propósito principal de la unidad de enfermería en cuidados paliativos se requiere un perfil concreto que comprenda las siguientes competencias y habilidades:

- Conocimientos en bioética y respeto por la autonomía del paciente. El profesional de enfermería ha de preservar los deseos y valores de los enfermos y tener la capacidad de abordar de manera correcta los dilemas éticos que puedan surgir durante la práctica clínica.
- Empatía. Es fundamental conectar con el paciente y sus familias y proporcionar apoyo integral durante el trabajo de enfermería en cuidados paliativos.
- Comunicación efectiva. Capacidad de comunicarse de manera clara, sensible y comprensible. Esto es clave para brindar información sobre el estado de salud del paciente, explicar el tratamiento, tanto a él como a su familia, y demás datos relacionados con la enfermedad grave que padece.
- Control y conocimiento del área paliativa. Educar a los pacientes y sus familiares sobre el proceso de la enfermedad, las opciones de tratamiento y los cuidados paliativos en general.
- Gestión del dolor y los síntomas. Saber cómo adaptar el tratamiento a las necesidades del paciente para que esta sufra lo menos posible y se asegure así una calidad de vida óptima a pesar de las circunstancias médicas.
- Capacidad de trabajo en equipo. Trabajar en colaboración con otros profesionales que también forman parte del equipo de cuidados paliativos y que permiten que el área cumpla sus objetivos.
- Resiliencia. Los pacientes en cuidados paliativos experimentan cambios rápidos en su estado de salud, por ello el personal enfermero ha de ser capaz de adaptarse a estas situaciones y mantener la calma bajo situaciones de presión y estrés.

Estas competencias enfermeras en cuidados paliativos son clave para identificar el rol de estos profesionales y ofrecer cuidados integrales, de calidad y centrados en el paciente.

Cuestionario y Actividades**1. ¿Qué es la gestión del cuidado de enfermería?**

2. ¿Cuáles son los principios de la gestión de cuidados?

3. ¿Cuál es el objetivo principal de la enfermería en cuidados paliativos?

a) Consiste en mejorar la calidad de vida de estos individuos y aliviar no únicamente su sufrimiento físico y emocional, sino también el social y espiritual a través de un enfoque compasivo e integral

b) Consiste en mejorar la calidad de vida de estos individuos y aliviar no únicamente su sufrimiento físico y espiritual, sino también el social y económico a través de un enfoque compasivo e integral.

c) Consiste en herramientas de medición de la satisfacción en el contexto y la calidad y seguridad en los cuidados paliativos.

4. ¿Cuáles son las funciones de la enfermería en cuidados paliativos?

1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO:
**LA ESENCIA DE
LA ENFERMERÍA**

Capítulo

X

**Calidad en la gestión del
cuidado humanizado:
Indicadores y evaluación en
enfermería**



Objetivos del Capítulo

- Identificar indicadores clave de calidad directa e indirecta que reflejen la efectividad, eficiencia y optimalidad del cuidado humanizado en enfermería, según los criterios de Donabedian.
- Describir indicadores de estructura, proceso y resultado para establecer una cultura de evaluación y mejora continua en el entorno de cuidados de enfermería.

Identificación de indicadores clave: Determinar cuáles son los indicadores más relevantes para medir la calidad del cuidado humanizado

Calidad

La calidad es el resultado final de todo el proceso que se viene describiendo desde niveles de organización hasta gestión operativa, el ideal es que con la buena integración de todos los procesos se logre una atención de calidad.

El objetivo fundamental de la calidad como filosofía empresarial, es satisfacer las necesidades Donabedian en 1990⁽⁶⁷⁾ determina que la calidad en la atención en salud se mostrará como una propiedad compleja de hecho, pero capaz de análisis sistemático, permitiendo un grado de seguridad en la evaluación que, lejos de ser perfecta, es suficiente para efectos prácticos. Es en este modesto sentido en el que la palabra medición es interpretada. La calidad puede abordarse de dos maneras no casuales, ya que están relacionadas por atributos y medios, ellas son:

- Calidad directa: se establecerá en la medida de los cambios objetivos en el estado de salud de los pacientes o clientes, demostrado por curación o mejoría de la situación, clínicamente comprobadas.
- Calidad indirecta: aborda el aspecto de aquellas cuestiones significativas que influyen o condicionan la posibilidad de obtener un mayor y mejor estado de salud: entre ellas la dotación de los servicios, los tratamientos, la disminución de los costos, etc.

Donabedian⁽⁶⁷⁾ describe tres propiedades de la calidad que son susceptibles de ser medidas, estas son:

- a. La efectividad: consiste en conseguir mejoras en la salud mejorando el impacto de la morbilidad sobre una población definida, a través de metas alcanzables y requiere que exista una concep-

tualización y medida del estado de salud. Mucha de la información requerida para medir la efectividad, requiere de una considerable cantidad de información, que puede estar o no disponible. Es por ello que se requieren de estudios clínicos y observaciones epidemiológicas cuidadosamente diseñadas, que no sólo contribuyen solo a la determinación de la calidad, sino que también son necesarios para establecer la base científica en la cual descansa una atención en salud racional.

b. Eficiencia: Es la relación costo/ beneficio por la que se obtiene la mejor calidad al menor costo posible. Expresa los resultados finales obtenidos en relación con los costos en términos de dinero, recursos y tiempo. Se dice que un servicio es eficiente si consigue el máximo logro con el mínimo número de recursos posible, o con los recursos disponibles. Para algunos no es parte del concepto de calidad, sino que es simplemente el costo al cual se obtiene la calidad en la atención. Para otros, la atención innecesaria o una atención costosa innecesariamente, aun en el evento improbable de no interferir con el logro de mejoras importantes de la calidad, sugieren ineptitud, descuido e irresponsabilidad social. Por esta razón se reflejan en la competencia del prestador.

c. Optimalidad: Hace referencia a la razón de los efectos de la atención en salud o de los beneficios financieros de estos efectos, con respecto al costo de la atención.

Evaluación de la calidad

La evaluación de la calidad debe ser integral y para abordarla, acude al análisis sistémico. El logro de los resultados finales está condicionado por factores internos o externos al sistema, razón por la que es importante conocer el comportamiento de cada uno de sus componentes y del entorno. Es un proceso que hace parte del control, el cual permite verificar el cumplimiento de objetivos, metas, planes, desempeño, entre otros aspectos de la organización. Compara logros propuestos con resultados obtenidos, con el fin de tomar acciones correctivas en caso de que los resultados no estén acordes con lo esperado o acciones de mantenimiento de fortalezas, en caso de que se haya cumplido en forma eficiente y eficaz con lo propuesto.

Donabedian⁽⁶⁷⁾ también plantea que la calidad de la atención es el cambio en el estado de salud actual y futuro del paciente que puede atribuirse a la atención precedente en salud, es decir, se refiere a los resultados de la aten-

ción; indica también que hay tres aproximaciones para determinar la calidad: estructura, proceso y resultado.

a. Estructura: Hace referencia a la disponibilidad, organización y utilización de la planta física, los recursos humanos, materiales, de equipo y financieros; estudia la distribución y funcionalidad de los espacios y de los equipos, la organización, formación y disponibilidad del recurso humano para la prestación de los servicios; así como la disposición de normas y protocolos de atención que aumentan o disminuyen la probabilidad de brindar una buena atención. No hay duda de que la estructura es importante en la calidad de la atención, puesto que la forma como un programa o sistema de atención en salud es establecido y funciona, moldea el comportamiento en ese programa o sistema. En consecuencia, la evaluación de la estructura produce usualmente juicios presuntivos de la calidad. Aunque las propiedades más abstractas de la estructura organizacional y el comportamiento son difíciles de medir, muchas de las características más concretas son estables y aún más fácilmente observadas. Consecuentemente, la evaluación de la estructura ha sido un aspecto fundamental en lo que a acreditación en salud se refiere. Además de ser un indicador útil de calidad. La evaluación de la estructura es frecuentemente necesaria para explicar cómo surgen las deficiencias en proceso y resultado.

b. Proceso: brinda información sobre la funcionalidad del sistema de prestación de servicios, medido a través de las actividades que ejecuta el personal que brinda la atención, así como el apoyo administrativo para desarrollarlas. Es la designación que se hace para los pacientes y por los pacientes. Especial importancia en este elemento, la constituye la evaluación de las relaciones interpersonales, el aspecto técnico-científico, lo ético y lo social.

c. Resultado: implica un cambio en el estado de salud del usuario, que puede atribuirse a la atención recibida; generalmente se mide por medio de indicadores del estado de salud, relacionados con la morbilidad, mortalidad, invalidez y por la conservación o mejoría del estado de salud del paciente.

Indicadores

La base de la evaluación de la calidad se centra en comparar lo que se debe hacer con lo que se ha hecho. Este proceso se puede aplicar tanto a la estructura, como a los procesos y a los resultados obtenidos, para esto se necesita un patrón de referencia que para este caso está compuesto por indicadores, uno de los medios para evaluar la calidad es a través del uso de indicadores, los indicadores son un avance en la gestión porque permiten objetivar aspectos relevantes de la asistencia, establecer comparaciones, proponer objetivos y crear una cultura de evaluación y mejora de la asistencia.

Un indicador se puede definir como una medida que se usa a través del tiempo para determinar el rendimiento de las funciones o procesos. Se puede usar para valorar la adherencia a un estándar o el logro de metas de calidad. Es un valor cuantificable que puede usarse para evaluar el rendimiento a través del tiempo por medio de análisis trimestrales de datos acumulados, en vez de sólo ser una evaluación periódica en un momento dado.

Un indicador es una dimensión definida de la calidad o la idoneidad de un aspecto del servicio o de los cuidados. Es un parámetro que sirve como referencia para evaluar la calidad de la asistencia sanitaria, la institución debe tener sus propios indicadores relacionados con la estructura, la actuación del profesional, los riesgos o complicaciones, la utilización de recursos, los resultados y la satisfacción del usuario.

La selección de los indicadores que se empleen para la valoración de la estructura, proceso y resultados, deben estar sujetas a los siguientes criterios:

- Pertenencia
- Sensibilidad
- Especificidad
- Inclusividad
- Validez
- Confiabilidad
- Comprensibilidad
- Sencillez

Clasificación de los indicadores

Se sabe que en los indicadores dependiendo de su formulación y aplicación se puede evaluar eventos, procesos y actividades o cada uno de sus componentes y de esta forma se plantean los indicadores estructura, proceso y resultado dentro de los indicadores de resultado se identifican los indicadores centinela, trazadores, basados en la opinión del cliente, indicadores negativos y positivos.

a. Indicadores centinela: “Son aquellos por medio de los cuales se representan sucesos de mayor importancia en el resultado de la atención, estos son meritorios de atención específica suficiente como para realizar una revisión individual de cada caso en que se produzca. Identifican la aparición de un evento serio cuya ocurrencia debe ser investigada inmediatamente”.

b. Los indicadores trazadores: “Son aquellos que registran y evalúan un evento que indica deficiencia o no en la calidad de la atención en un área específica; y sus resultados impactan la calidad de la atención de la institución o de un área específica de ésta. Por ejemplo, caídas”.

c. Los indicadores positivos: “se basan en los sucesos considerados deseables y están asociados directamente a la buena calidad, puesto que indican cumplimiento con los estándares, es necesaria su formulación e implementación en un sistema de evaluación de calidad, puesto que se incluirán eventos específicos que se refieren directamente al nivel de calidad”.

d. Los indicadores negativos: “hacen referencia a un evento no deseable, el cual representa directamente un problema. Este debe ser abordado por la organización y modificado por medio de acciones, tendientes a intervenir las causas directas del evento negativo; de tal forma tiende a aumentarse, comprometiendo los niveles de calidad”.

Metodologías de evaluación

La gestión de calidad no es una opción en el mundo organizacional de hoy, es una necesidad. Sin ella, las organizaciones están condenadas a luchar en el mercado, por ejemplo, lidiando con la insatisfacción de los clientes y perdiendo oportunidades de mejora.

La evaluación de la Gestión de Calidad es un componente crucial para cualquier organización que aspire a la excelencia. Permite identificar las áreas de mejora, optimizar los procesos, incrementar la productividad y, en última instancia, aumentar la satisfacción del cliente, lo que se traduce en un mayor éxito para el negocio.

Existe una diversidad de métodos de evaluación de la gestión de calidad que pueden ser implementadas en cualquier organización incluyendo la de servicios como lo es el sistema sanitario, entre ellas sugiere la literatura que las más sencillas de aplicar, pero efectivas son las siguientes:

1. Autoevaluación

La autoevaluación es un método de evaluación de la Gestión de Calidad en el que tu organización evalúa sus propias operaciones, servicios y productos contra criterios preestablecidos.

Esta revisión interna es llevada a cabo por miembros de la organización, a menudo con el liderazgo del equipo de Gestión de Calidad.

La autoevaluación permite a las organizaciones identificar áreas de fortaleza y debilidad en su Sistema de Gestión de Calidad.

También proporciona una oportunidad para que la organización se familiarice con los estándares de calidad y comprenda qué se requiere para alcanzar estos estándares.

Ventajas

- **Mejora continua.** La autoevaluación ayuda a las organizaciones a identificar áreas de mejora y a establecer planes de acción para mejorar continuamente su Gestión de Calidad.
- **Autonomía y control.** Al realizar la evaluación internamente, la organización tiene mayor control sobre el proceso y puede adaptarlo a sus necesidades específicas.
- **Identificación de oportunidades.** El proceso de autoevaluación puede ayudar a la organización a identificar oportunidades para mejorar la eficiencia, la efectividad y la calidad de sus productos o servicios.
- **Mayor conciencia de calidad.** La autoevaluación puede aumentar la conciencia sobre la importancia de la calidad en toda la organización y promover una cultura de calidad.

- **Costo-efectividad.** En comparación con las auditorías externas, la autoevaluación puede ser una opción más rentable para evaluar la gestión de calidad.
- **Cumplimiento de normas.** La autoevaluación puede ayudar a la organización a asegurarse de que cumple con los estándares de calidad requeridos, ya sean internos o externos.
- **Mejora de la reputación.** Una gestión de calidad eficaz y eficiente puede mejorar la reputación de la organización y su competitividad en el mercado.
- **Mejora del compromiso de los empleados.** La autoevaluación puede implicar a los empleados en la gestión de calidad, lo que puede mejorar su compromiso y satisfacción en el trabajo.

La autoevaluación puede ser útil en cualquier momento que una organización quiera medir su rendimiento en relación con los estándares de calidad.

Es particularmente provechoso en preparación para una auditoría de calidad, para verificar que se cumplan los estándares antes de una evaluación externa.

Pasos para su implementación

a. Identificar los estándares de calidad relevantes

Los estándares de calidad son las pautas y los criterios que una organización decide seguir para asegurar la calidad de sus productos o servicios. Estos pueden ser estándares internos, o pueden ser estándares externos como los establecidos por organismos de certificación.

En este paso, es importante que la organización identifique cuáles son los estándares de calidad que quiere cumplir y los tenga bien documentados.

b. Crear una herramienta o formato para la autoevaluación que incluya estos estándares

Una vez que los estándares de calidad están identificados, es necesario crear una herramienta o un formato que permita a la organización comparar su rendimiento actual con estos estándares.

Esta herramienta puede ser tan simple como una lista de verificación o tan compleja como un software especializado.

c. Capacitar a los evaluadores internos en cómo usar la herramienta de autoevaluación

Este paso implica asegurarse de que los evaluadores internos comprendan cómo utilizar la herramienta de autoevaluación correctamente.

Esto podría incluir formación sobre cómo interpretar los estándares de calidad, cómo medir el rendimiento en relación con estos estándares y cómo documentar los resultados de la evaluación.

d. Realizar la autoevaluación, con evaluadores internos revisando operaciones, servicios y productos contra los estándares de calidad

En este paso, los evaluadores internos utilizan la herramienta de autoevaluación para evaluar el rendimiento de la organización.

Esto puede implicar la revisión de los procesos de la organización, la inspección de los productos y servicios, y la recopilación de datos sobre el rendimiento de la organización.

e. Compilar los resultados de la autoevaluación

Después de completar la autoevaluación, los resultados deben ser compilados en un formato que sea fácil de entender y compartir.

Esto puede incluir la creación de un informe de autoevaluación que destaque las áreas en las que la organización cumple o excede los estándares de calidad, así como las áreas en las que necesita mejorar.

f. Comunicar los resultados a las partes interesadas y desarrollar un plan de acción para abordar las áreas de mejora identificadas

Finalmente, los resultados de la autoevaluación deben ser compartidos con todas las partes interesadas de la organización. Esto puede incluir a los empleados, la dirección, los clientes y los proveedores.

Además, la organización debe utilizar los resultados de la autoevaluación para desarrollar un plan de acción que aborde las áreas de mejora identificadas.

Este plan de acción debe ser implementado y seguido para asegurar la mejora continua en la gestión de la calidad.

2. Evaluación por parte de los empleados

Es un método de evaluación de la Gestión de Calidad en el cual los empleados de una organización participan activamente en el seguimiento del rendimiento de la misma.

Esta evaluación puede estar dirigida a diversos aspectos como la eficiencia de los procesos, la calidad de los productos o servicios, el clima laboral, entre otros.

Este tipo de evaluación sirve para obtener una visión interna y detallada sobre cómo se están llevando a cabo los procesos y políticas de la organización.

Los empleados, que están en la línea de fuego de la operación diaria, pueden proporcionar valiosa información sobre cómo se están realizando las tareas y qué se podría mejorar.

Ventajas

- **Desarrollo del sentido de pertenencia.** Al ser parte activa en la evaluación de la organización, los empleados pueden desarrollar un mayor sentido de pertenencia hacia el negocio.
- **Motivación y compromiso.** La posibilidad de contribuir en la mejora de la organización puede aumentar la motivación y el compromiso de los empleados, lo que puede reflejarse en un mejor rendimiento laboral.
- **Promoción de la comunicación interna.** Este tipo de evaluación puede promover la comunicación interna, al abrir canales de diálogo entre los diferentes niveles de la organización.
- **Adaptabilidad al cambio.** Al incluir a los empleados en la evaluación de los procesos y políticas de la organización, se facilita su adaptabilidad a los cambios que se decidan implementar a partir de los resultados obtenidos en la evaluación.

Pasos para su implementación

a. Definición de los criterios de evaluación.

Antes de comenzar la evaluación, es necesario definir claramente qué se va a evaluar y cuáles serán los criterios de evaluación.

b. Comunicación y formación.

Es importante comunicar a los empleados el propósito de la evaluación y proporcionarles la formación necesaria para llevarla a cabo de manera efectiva.

c. Realización de la evaluación.

Los empleados realizan la evaluación de acuerdo a los criterios establecidos.

d. Análisis de los resultados.

Una vez realizada la evaluación, se deben analizar los resultados para identificar áreas de mejora y establecer planes de acción.

e. Implementación de mejoras.

Basado en los resultados de la evaluación, se implementan las mejoras identificadas y se monitorea su efectividad.

3. Auditoría interna

La auditoría interna es un examen sistemático y objetivo de las operaciones de una organización.

Su principal objetivo es evaluar si se están cumpliendo las políticas, los procedimientos y los requisitos reglamentarios establecidos, a la vez que se identifican oportunidades para mejorar la eficacia y eficiencia de los procesos internos.

Sirve para:

- **Evaluación de riesgos.** Identifica y evalúa los riesgos a los que se enfrenta la organización para poder gestionarlos de manera efectiva.
- **Revisión de controles internos.** Examina los sistemas y procedimientos de la empresa para asegurarse de que están funcionando de manera eficiente y eficaz.
- **Cumplimiento.** Verifica que la organización esté cumpliendo con las leyes, regulaciones y políticas pertinentes, tanto externas como internas.
- **Mejora de procesos.** Ayuda a identificar áreas de mejora en los procesos y sistemas de la organización, y propone acciones correctivas o de mejora.
- **Protección de activos.** Asegura que los activos de la empresa están adecuadamente salvaguardados.

Ventajas

a. Detección de fallos. Una auditoría interna puede identificar posibles fallos o deficiencias en los sistemas de control interno antes de que se conviertan en problemas mayores.

b. Mitigación de riesgos. Al auditar regularmente las operaciones y sistemas de la organización, se pueden detectar riesgos potenciales y establecer medidas para mitigarlos.

c. Mejora continua. La auditoría interna puede ser una herramienta importante para la mejora continua, ya que proporciona una visión clara de las áreas que necesitan mejoras.

d. Conformidad reglamentaria. A través de una auditoría interna, la organización puede garantizar que cumple con todas las leyes y regulaciones pertinentes, lo que puede prevenir posibles sanciones o multas.

Pasos para su realización

- Planificación.

Define el alcance de la auditoría, establece los criterios de auditoría y selecciona el equipo de auditores.

- Ejecución.

Lleva a cabo la auditoría según lo planeado, recopilando datos a través de entrevistas, observación, análisis de documentos, entre otros.

- Informe de auditoría.

Prepara un informe con los hallazgos de la auditoría, las áreas de mejora identificadas y las recomendaciones para abordarlas.

- Seguimiento y cierre.

Implementa las acciones correctivas recomendadas y realiza un seguimiento para asegurar que las mejoras se han realizado efectivamente.

Auditoría externa

Una auditoría externa de Gestión de Calidad es un proceso de revisión y verificación llevado a cabo por un auditor o equipo de auditoría independiente, ajeno a la organización, con el objetivo de evaluar la eficacia del SGC.

El proceso implica un análisis sistemático, documentado y objetivo de las actividades y resultados de la organización relacionados con la calidad.

Sirve para:

- Validación del cumplimiento. Una auditoría externa valida que los procesos y sistemas de calidad de una organización cumplen con los estándares internacionales, como ISO 9001.
- Identificación de oportunidades de mejora. Los auditores externos pueden identificar áreas de mejora en los procesos y SGC de la organización.
- Aseguramiento a las partes interesadas. Proporciona a los clientes, inversores, y a otras partes interesadas un grado de aseguramiento sobre la calidad de los productos o servicios de la organización.

Ventajas

- Reconocimiento y credibilidad. La validación por un tercero a menudo aporta una mayor credibilidad y puede mejorar la imagen de la marca.
- Permite certificaciones de calidad. Es un requisito para obtener certificaciones de calidad reconocidas a nivel internacional.
- Fomenta la mejora continua. Al identificar oportunidades de mejora, fomenta un enfoque de mejora continua en la organización.
- Alineación con los objetivos estratégicos. Puede ayudar a asegurar que el SGC está alineado con los objetivos estratégicos de la organización.

Pasos para su realización

a. Preparación de la auditoría.

Incluye la revisión de la documentación relacionada con el SGC.

b. Ejecución de la auditoría.

Durante esta fase, el equipo auditor realiza entrevistas, observaciones y revisa los registros y procesos de la organización.

c. Informe de auditoría.

Los auditores elaboran un informe detallando sus hallazgos, observaciones, y cualquier no conformidad o recomendación de mejora.

d. Seguimiento de la auditoría.

En esta etapa, se realiza un seguimiento para verificar que las acciones correctivas se hayan implementado y que sean efectivas.

5. Evaluación del cliente

La evaluación del cliente de la Gestión de Calidad es el proceso de recoger y analizar la retroalimentación del cliente para determinar su percepción sobre la calidad de los productos o servicios de una organización.

Este tipo de evaluación puede involucrar diversas técnicas, como encuestas de satisfacción del cliente, entrevistas, grupos focales, análisis de comentarios en línea, entre otros.

Ventajas

- Identificación de áreas de mejora. A través de la retroalimentación directa de los clientes, una organización puede identificar las áreas específicas en las que puede mejorar la calidad de sus productos o servicios.
- Mayor lealtad del cliente. Al tomar en cuenta la retroalimentación del cliente y actuar en base a ella, una organización puede incrementar la satisfacción del cliente y, en consecuencia, su lealtad hacia la marca.
- Creación de productos/servicios más competitivos. La evaluación del cliente puede proporcionar una visión sobre lo que los clientes valoran y esperan, ayudando a la marca a desarrollar productos o servicios que cumplan con estas expectativas.

Pasos para su realización

a. Diseño del instrumento de evaluación.

Este puede ser una encuesta, una entrevista o cualquier otro método que se elija para recoger la retroalimentación del cliente.

b. Recopilación de la retroalimentación del cliente.

En esta fase, se implementa el instrumento de evaluación y se recogen las respuestas de los clientes.

c. Análisis de los datos.

Una vez que se ha recogido la retroalimentación, se analizan los datos para identificar tendencias, áreas de mejora y la satisfacción general del cliente.

d. Implementación de mejoras.

Basándose en los resultados del análisis, se implementan mejoras en los productos o servicios de la empresa para aumentar la satisfacción del cliente y la calidad en general.

6. Benchmarking

El Benchmarking es un proceso sistemático y continuo para evaluar los productos, servicios y procesos de trabajo de las organizaciones que son reconocidas como representantes de las mejores prácticas, con el objetivo de realizar mejoras organizacionales.

En otras palabras, se trata de comparar y medir las operaciones de un negocio con las de los líderes de la industria, y luego adaptar y aplicar lo mejor de lo mejor en la propia organización.

Ventajas

- **Innovación.** Al examinar cómo las marcas líderes en la industria operan, puedes descubrir nuevas ideas y enfoques que pueden no haber sido evidentes de otro modo. Esto puede ayudar a fomentar la innovación dentro de tu propia organización.
- **Estandarización de procesos.** A través del benchmarking, una organización puede identificar los estándares de la industria, lo que puede ayudar en la estandarización de los procesos internos para mejorar la eficiencia y productividad.
- **Alineación estratégica.** Al comparar las prácticas con las de las marcas líderes en la industria, una organización puede alinear sus estrategias y objetivos para mejorar su competitividad en el mercado.

Pasos para su realización

a. Identificar el área de Benchmarking.

Esto implica definir el área, proceso o función que se va a someter al benchmarking.

b. Identificar organizaciones líderes.

Esto implica investigar qué organizaciones son líderes en el área que has identificado para el benchmarking.

c. Recopilar y analizar información.

Esta etapa involucra la recopilación de datos sobre las mejores prácticas de las organizaciones líderes y su análisis en comparación con las de tu propio negocio.

d. Implementar cambios.

En base a los hallazgos del análisis, esta etapa implica la implementación de los cambios necesarios para mejorar las operaciones de la propia marca. Estos cambios pueden ser a nivel estratégico, táctico o incluso operativo.

7. Evaluación de la calidad del proceso

La evaluación de la calidad del proceso es una técnica de Gestión de la Calidad que se centra en mejorar los procesos empresariales.

Implica la identificación, el análisis y la mejora de los procesos que están dentro de la estructura de una organización y que afectan la calidad de los productos o servicios.

Ventajas

- Eficiencia operativa. Al centrarse en mejorar los procesos, se puede mejorar la eficiencia operativa al eliminar las redundancias y los cuellos de botella.
- Reducción de costos. Mejorar la eficiencia de los procesos puede conducir a una reducción de costos.
- Mejora de la satisfacción del cliente. Al mejorar la eficiencia y la efectividad de los procesos, se puede mejorar la calidad de los productos o servicios, lo que puede aumentar la satisfacción del cliente.

Pasos para su realización

a. Identificar los procesos.

Esto puede basarse en áreas que se sabe que necesitan mejora o en procesos que son críticos para la calidad del producto o servicio.

b. Analizar los procesos.

Esto implica la recopilación de datos sobre los procesos, la identificación de las áreas de mejora y la comprensión de cómo estos procesos afectan la calidad.

c. Implementar mejoras.

Esto puede implicar cambios en los procedimientos de trabajo, la capacitación del personal, o la inversión en nuevas tecnologías.

d. Monitorear y revisar.

Después de implementar las mejoras, es importante monitorear y revisar los procesos para asegurarse de que las mejoras estén teniendo el efecto deseado.

8. Six Sigma

Es una metodología de mejora de procesos que se centra en la reducción de los defectos y la mejora de la calidad. Six Sigma utiliza un enfoque estadístico para identificar las variaciones en un proceso y trabaja para minimizar estas variaciones.

Ventajas

- Reducción de los errores. Six Sigma tiene como objetivo lograr una calidad casi perfecta, minimizando los errores y aumentando la eficiencia.
- Aumento de la productividad. Al reducir los defectos y los errores, Six Sigma puede ayudar a aumentar la productividad.
- Mejora de la moral del personal. Al implicar a los empleados en la mejora de los procesos y mostrar los resultados positivos de sus esfuerzos, Six Sigma puede aumentar la moral y la satisfacción en el trabajo.

Pasos para su implementación

a. Definir.

Identificar el problema y definir los objetivos de mejora.

b. Medir.

Recoger datos sobre el proceso y el rendimiento actual.

c. Analizar.

Identificar las causas de los problemas o defectos.

d. Mejorar.

Implementar soluciones para resolver los problemas identificados.

e. Controlar.

Monitorear el proceso para asegurar que las mejoras se mantienen y se sigue mejorando.

9. Gestión Total de la Calidad (TQM)

TQM es una filosofía de gestión que se centra en la mejora continua en todos los aspectos de una organización, con el objetivo de mejorar la calidad del producto o servicio.

Ventajas

- Mejora continua. TQM fomenta una cultura de mejora continua, lo que puede conducir a mejoras constantes en la calidad y la eficiencia.
- Compromiso del personal. Al implicar a todos los miembros de la organización en la mejora de la calidad, TQM puede aumentar el compromiso y la motivación del personal.
- Mejora de la reputación. Al mejorar la calidad de los productos o servicios, TQM puede ayudar a mejorar la reputación de la organización.

Pasos para su implementación

a. Compromiso de la dirección.

La dirección debe estar comprometida con la implementación de TQM y establecer una visión y objetivos claros.

b. Formación del personal.

Todo el personal debe ser formado en los principios y técnicas de TQM.

c. Mejora continua.

Se deben identificar y llevar a cabo proyectos de mejora continua.

d. Revisión y mejora.

Los resultados de los proyectos de mejora deben ser revisados y se deben identificar nuevas oportunidades de mejora.

10. Normas ISO 9001

ISO 9001 es una norma internacional que establece los criterios para un sistema de gestión de la calidad. Proporciona un marco para mejorar la calidad y la satisfacción del cliente mediante la implementación de procesos que satisfacen las expectativas del cliente y las normativas.

Ventajas

- **Mejora de la calidad del producto o servicio.** Al seguir los estándares de ISO 9001, las organizaciones pueden mejorar la calidad de sus productos o servicios.
- **Acceso a nuevos mercados.** Muchas organizaciones requieren que sus proveedores sean certificados por ISO 9001, por lo que obtener la certificación puede abrir nuevos mercados.
- **Mejora de la eficiencia operativa.** Al implementar un SGC basado en ISO 9001, se pueden identificar y eliminar las ineficiencias.

Pasos para su implementación

a. Compromiso de la dirección.

La dirección debe estar comprometida con la implementación de ISO 9001.

b. Planificación.

Se debe planificar cómo se implementará el SGC.

c. Implementación.

Implementar el SGC según la norma ISO 9001.

d. Auditoría y mejora.

Realizar auditorías internas para verificar la conformidad con ISO 9001 y llevar a cabo acciones de mejora.

Benchmarking y estándares de calidad: Comparación de los indicadores con estándares

Benchmarking

Dentro del marco del control y gestión de calidad y mejora continua, las organizaciones recurren a diversas técnicas a fin de mejorar su competitividad en función de sus peculiaridades y problemáticas específicas. El Benchmarking, la evaluación comparativa, es una herramienta que nos puede ayudar a conseguir dichos objetivos. Consiste en la cooperación voluntaria y activa de varias organizaciones para crear, emular e implementar las mejores prácticas. Principalmente se persigue su inclusión en la política integral y participativa de mejora continua de la calidad.

Definición de Benchmarking

El benchmarking es un método de gestión empresarial o método de gestión organizacional que consiste en identificar las mejores prácticas dentro o fuera de una empresa u organización a través de la comparación con las técnicas, procesos y servicios de otras organizaciones. Esto con el fin de aumentar su eficiencia y competitividad.

La idea de este concepto es tomar las prácticas más destacables de otras organizaciones y adaptarlas al ámbito de trabajo de la organización objeto de estudio para mejorar los servicios que se prestan. Por ello, no es preciso que las comparaciones tengan que relacionar aquellas que son semejantes (de la misma industria, modelo de negocio, mercado en el que operan), ya que en distintos sectores puedes encontrar las soluciones perfectas para optimizar tu rendimiento y productividad.

Esta metodología puede aplicarse a cualquier proceso, enfoque, función o producto de una corporación u organización, porque consigue evaluar tanto la calidad como el tiempo, coste, efectividad y la satisfacción de los clientes por igual.

Características del benchmarking

1. Tiene fines objetivos

El benchmarking se distingue por su enfoque objetivo, que se fundamenta en reglas lógicas y razonamientos sólidos. Esta característica implica que cada paso del proceso se basa en datos tangibles y medibles, en lugar de suposiciones o opiniones subjetivas.

Para que el benchmarking sea efectivo, es crucial identificar claramente los objetivos y criterios de comparación. Esto implica definir métricas específicas y relevantes que permitan evaluar el rendimiento de manera precisa.

Además, la objetividad en el benchmarking implica que las decisiones tomadas a partir de los resultados obtenidos sean fundamentadas y orientadas hacia la mejora continua. Esta característica garantiza que las acciones tomadas estén respaldadas por evidencia sólida y contribuyan a alcanzar los objetivos estratégicos de la organización.

2. Analiza las tendencias

El benchmarking no solo se limita a comparar el desempeño actual de una organización con el de sus competidores o referentes de la industria, sino que también se centra en comprender y adaptarse a las tendencias emergentes del mercado.

Esto implica monitorear de cerca los cambios en las preferencias de los consumidores, las tecnologías en evolución, las prácticas empresariales innovadoras y otros factores relevantes. Al analizar las tendencias, las organizaciones pueden anticipar cambios en el entorno empresarial y ajustar sus estrategias y procesos de manera proactiva.

Esta capacidad de adaptación es fundamental para mantener la relevancia y la competitividad a largo plazo en un mercado en constante cambio.

3. Está orientado a buenas prácticas

El benchmarking se integra dentro de un programa de mejora continua, donde se busca identificar y adoptar las mejores prácticas de la industria. Esto implica no solo compararse con los líderes del mercado, sino también buscar retroalimentación tanto interna como externa para optimizar los procesos existentes y descubrir nuevas oportunidades de desarrollo.

Al centrarse en las buenas prácticas, las organizaciones pueden identificar áreas de mejora y establecer estándares más altos de rendimiento. Además, este enfoque fomenta una cultura organizacional orientada hacia la excelencia y el aprendizaje constante, donde la innovación y la mejora son valores fundamentales.

El benchmarking orientado a buenas prácticas impulsa la eficiencia operativa, la calidad del producto y la satisfacción del cliente, contribuyendo así al éxito a largo plazo de la organización.

4. Es un proceso continuo

El benchmarking destaca por su naturaleza continua, lo que significa que no es simplemente un ejercicio aislado, sino más bien un proceso integrado y en evolución dentro de las actividades regulares de la empresa. Este enfoque continuo permite a las organizaciones mantenerse al día con los cambios en el entorno empresarial y ajustar sus prácticas en consecuencia.

Al incorporar el benchmarking en las operaciones diarias, las empresas pueden identificar oportunidades de mejora de manera constante y adaptarse a las demandas del mercado en tiempo real. Sin embargo, es importante des-

.....

taçar que la continuidad del proceso de benchmarking requiere un compromiso a largo plazo por parte de la organización y una estructura adecuada para la recopilación y análisis de datos.

Cuando se implementa de manera consistente, el benchmarking continuo proporciona una ventaja competitiva sostenible al permitir que las empresas mejoren continuamente su desempeño y mantengan su posición en el mercado.

5. Requiere la participación de toda la empresa

La implementación efectiva del benchmarking implica la participación activa y colaborativa de todas las áreas de una organización. Esto se debe a que el benchmarking no se limita a un departamento o equipo específico, sino que afecta a toda la empresa y requiere la contribución de múltiples partes interesadas.

La participación de toda la organización garantiza que se recopilen datos completos y representativos, que se comparta conocimiento y experiencia en toda la organización, y que se generen ideas creativas para la mejora. Además, esta colaboración fomenta un sentido de propiedad compartida sobre los resultados del benchmarking y promueve una cultura de trabajo en equipo y colaboración.

Cuando cada miembro de la organización se compromete con el proceso de benchmarking, la empresa puede aprovechar plenamente los beneficios de esta técnica y traducirlos en un éxito empresarial significativo.

Fines del benchmarking

1. Realizar una evaluación comparativa

El benchmarking es una herramienta estratégica que va más allá del simple análisis de la competencia. Se trata de un proceso detallado que permite a las organizaciones identificar y adoptar las mejores prácticas de la industria, tanto dentro como fuera de su sector.

Al realizar una evaluación comparativa, las empresas pueden detectar ejemplos de buenas prácticas en los procesos de otras organizaciones y adaptarlos para mejorar su propio desempeño. Esta característica es fundamental porque no solo se trata de imitar lo que hacen otros, sino de comprender en profundidad las técnicas y procedimientos que llevan al éxito y adaptarlos de manera efectiva a la realidad y necesidades específicas de la empresa.

El benchmarking permite a las empresas no solo mantenerse al día con las mejores prácticas de la industria, sino también superarlas y establecer nuevos estándares de excelencia.

2. Mejorar la productividad de tu empresa

Uno de los principales beneficios del benchmarking es su capacidad para fomentar la optimización de los procesos de trabajo y aumentar la productividad de las organizaciones. Al identificar y analizar las fortalezas y debilidades tanto internas como externas, las empresas pueden identificar áreas de mejora que ofrecen oportunidades para ajustar y mejorar sus procedimientos.

Al hacerlo, se elimina el desperdicio, se reducen los tiempos de inactividad y se optimizan los recursos, lo que resulta en una mayor eficiencia y productividad en toda la organización. Además, al implementar las mejores prácticas identificadas a través del benchmarking, las empresas pueden lograr mejoras significativas en su desempeño operativo y posicionarse como líderes en su industria.

3. Reducir el riesgo organizacional o empresarial

El benchmarking también desempeña un papel crucial en la gestión del riesgo empresarial al fomentar la eficiencia y proteger la marca de la organización. Al identificar y adoptar las mejores prácticas de la industria, las empresas pueden mejorar sus procesos operativos y reducir la probabilidad de incidentes y errores.

Además, al comprender mejor el entorno competitivo y las tendencias del mercado, las organizaciones pueden anticipar y mitigar los riesgos potenciales, lo que les permite tomar decisiones más informadas y estratégicas. En última instancia, al incentivar la eficiencia y la mejora continua, el benchmarking ayuda a las empresas a fortalecer su posición en el mercado y a protegerse contra los riesgos empresariales.

4. Obtener una ventaja competitiva

Identificar oportunidades para diferenciarse de la competencia es uno de los aspectos más importantes del benchmarking. Al analizar la oferta y las estrategias de la competencia, las empresas pueden comprender mejor cómo posicionarse en el mercado y destacar sus productos y servicios.

Al conocer el valor único que ofrecen, las organizaciones pueden desarrollar estrategias de marketing y ventas más efectivas que resalten sus puntos fuertes y atraigan a los clientes adecuados. Además, al adoptar las

mejores prácticas identificadas a través del benchmarking, las empresas pueden mejorar su eficiencia operativa y ofrecer productos y servicios de mayor calidad, lo que les permite diferenciarse de la competencia y obtener una ventaja competitiva sostenible.

5. Fomentar la innovación en la organización u empresa

La innovación es fundamental para el crecimiento y la sostenibilidad a largo plazo de una empresa, y el benchmarking puede desempeñar un papel crucial en su fomento. Al analizar las prácticas y estrategias de otras organizaciones, las empresas pueden identificar nuevas ideas y enfoques que pueden inspirar la innovación interna.

Al adoptar las mejores prácticas identificadas a través del benchmarking y adaptarlas a sus propias necesidades y circunstancias, las empresas pueden mejorar continuamente sus procesos y productos, lo que les permite mantenerse a la vanguardia de la industria y satisfacer las cambiantes demandas del mercado.

Así pues, al fomentar la innovación, el benchmarking ayuda a las empresas a diferenciarse de la competencia y a mantener su relevancia y éxito a largo plazo.

Objetivos del benchmarking

El benchmarking supone un constante aprendizaje y mejoramiento de la organización. Esto implica conocer las mejores prácticas organizacionales y aplicarlas en las actividades, meta que se logra a través del trabajo en conjunto o en equipo de las diferentes áreas de la organización, entre otros por ejemplo están:

- Hacer eficientes los procesos de la organización gracias a su mejoramiento. Esto hará cada componente más rentable.
- Incrementar la calidad de la organización de manera interna y externa, es decir, que tanto los trabajadores como los clientes deben percibir estos cambios.
- Ayudarte a ser una referencia dentro del mercado al aplicar las mejores prácticas de la industria. Esto la posicionará a la vanguardia de tu sector.

Se requiere definir objetivos bien claros que den la oportunidad de adaptarte a las tendencias y comportamientos con antelación.

Ventajas del benchmarking

1. Crea un cambio de paradigmas

Nada es más sobresaliente que demostrar que es posible mejorar los procesos internos de una organización. Es común que las organizaciones se aferren a la misma forma de trabajo, a pesar de que ya no obtengan buenos resultados. La negación al cambio puede perjudicar y generar círculos viciosos que, con el paso del tiempo, repercutirán en su desempeño.

2. Promueve la cultura de la evolución

Una empresa que no evoluciona tiene un futuro incierto. Una cultura de cambio forja un sistema de valores empresariales que permite sobrellevar la transformación y entender por qué es necesaria. Además, mantiene a las organizaciones en un aprendizaje continuo. Esto favorece el crecimiento en beneficio de su productividad.

3. Analiza la competencia

Que una empresa sepa en qué sitio se encuentra frente a sus competidores, es muy importante. Un excelente beneficio de esta metodología es que les proporciona a las organizaciones una visión clara de su posición en el mercado, en específico dentro de su sector o industria.

4. Genera una cultura de cooperación

Además, esta práctica modifica la percepción que existe sobre la competencia, puesto que la convierte en una oportunidad de aprendizaje, no solo de rivalidad. Gracias a una cultura de cooperación, es posible adoptar modelos y procesos que pueden funcionar para varias organizaciones.

5. Es una práctica económica eficiente

Si bien puede implicar una buena inversión de tiempo, este método no representa grandes gastos para las empresas. Si se cumplen en orden todos sus requerimientos, es un proceso bastante sencillo de realizar.

6. Ayuda a motivar a los empleados

Enfocar los esfuerzos para la optimización de una organización motiva a los empleados a alcanzar un nuevo nivel de madurez, respecto a la productividad en su área y al buen aprovechamiento de su tiempo.

Desventajas del benchmarking

Sin embargo, existen aspectos que pueden convertir esta técnica en una práctica algo compleja. Tal es el caso de las siguientes dificultades:

1. Representa ciertos gastos inevitables

De manera general, este método es económico. Sin embargo, podría exigir una inversión forzosa al momento de hacer cambios internos. Por ejemplo, si se encontró un sistema digital o inteligente para incrementar la productividad, tu organización tendría que adoptar esta solución si lo que busca es obtener buenos resultados.

2. Pone en riesgo la identidad organizacional

Es importante fijar límites a la hora de implementar las prácticas de otras empresas. De lo contrario, podría resultar más una copia que una adaptación. Si bien la idea es mejorar procesos, estos siempre deben corresponder a la cultura e imagen de la organización objeto de estudio.

Tipos de benchmarking

1. Benchmarking interno

Esta clase de benchmarking no se enfoca en observar a tus competidores ni a otras organizaciones, sino que está centrada en comparar el trabajo de los distintos departamentos o áreas que conforman la organización objeto de estudio.

Por tanto, esta técnica es idónea para hallar puntos en común entre los equipos y enumerar los puntos fuertes y débiles de cada uno para encontrar oportunidades de mejora.

2. Benchmarking competitivo

Esta metodología es una de las más conocidas en el ámbito empresarial y sirve para conocer la posición que tiene una empresa respecto a la competencia. Es perfecta para determinar y profundizar procesos, estrategias y técnicas que sirvan para alcanzar objetivos comerciales.

Además, permite detectar a tiempo posibles fallas y ajustarlas a los resultados que se esperan, así como observar el funcionamiento de nuevas tecnologías o métodos de trabajo innovadores en otras organizaciones.

Para implementarla, se requieren pruebas de comparación y el análisis de las ventajas y desventajas del trabajo de los competidores directos. Gracias a esto, se pueden evaluar productos, servicios y procesos similares que sean

casos de éxito, lo que es útil si se busca ubicar un nuevo artículo en el mercado. Algunas formas de recopilar esta información son:

- Directa: con antiguos empleados, proveedores y clientes (suele ser una investigación más limitada).
- Indirecta: a través de vías indirectas como internet, publicaciones, catálogos, estudios de productos, entre otros.
- Cooperativa: a partir del intercambio de información entre las empresas competidoras.

3. Benchmarking funcional

Este tipo de metodología no implica únicamente observar cómo trabaja la competencia, sino ampliar el margen de búsqueda. Esto incluye a los competidores indirectos y a otras organizaciones que no disputan ningún lugar contigo en el mercado. Para conseguirlo, es importante encontrar corporaciones que sean excepcionales dentro del sector.

Preguntarse: ¿qué es lo que esas organizaciones de segmentos variados están haciendo para conseguir tan buenos resultados?

Lo importante es detectar estrategias efectivas y de larga duración.

4. Benchmarking genérico

Es parecido al funcional, ya que se concentra en el análisis de las operaciones de los comercios. La diferencia es que está enfocada en comparar los logros de la organización objeto de estudio con lo mejor que exista en la industria, como funciones o procesos afines. Esto significa ver las similitudes entre departamentos equiparables de las corporaciones de un mismo sector, lo que tiene como propósito adecuar los sistemas y las actividades de una organización.

Etapas del benchmarking

1. Planificar

En esta etapa, se trata de responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué es lo que se debería comparar?
- ¿Frente a quién debería compararse?

Puede parecer sencillo. No obstante, aquí es donde radica el inicio y el éxito de todo un proceso de benchmarking, ya que requiere de un análisis detallado que sirva para identificar las principales fallas en los procesos de un

negocio, así como determinar cómo pueden repararse gracias al estudio de una muestra interna o externa.

2. Hacer

Esta segunda fase se limita a contestar lo siguiente: ¿cuál es la información que debemos recolectar? Una vez se identifiquen las organizaciones que más se acercan a los modelos de negocio previstos, es vital saber cuáles son los datos que se estudiarán de esas organizaciones seleccionadas.

3. Controlar

Aquí es preciso analizar la información reunida, con el objetivo de encontrar las recomendaciones e identificar las mejores prácticas para replicarlas. Los dos aspectos más importantes a determinar son:

- Brechas de desempeño entre las compañías.
- Facilitadores para el mejoramiento de procesos.

Después de aterrizar esta información, debe servir para reconocer las prácticas que aventajan a otras corporaciones para que sea sencillo implementarlas en la organización.

4. Actuar

La etapa final se trata de la adaptación, mejoramiento e implementación de los facilitadores identificados. El propósito de este método siempre será introducir los cambios más adecuados, con el propósito de aumentar el desempeño de la organización y mejorar su productividad.

Importancia de la estrategia de benchmarking

- Permite identificar qué están haciendo bien otras empresas en el mismo sector o en áreas similares.
- Proporciona una base para establecer metas realistas y alcanzables para mejorar el desempeño.
- Ayuda a mantenerse al día con las tendencias del mercado y a diferenciarse de la competencia al adoptar prácticas exitosas.

Desarrollo de un benchmarking en 10 etapas

1. Planificar el proceso de benchmarking

El primer paso es determinar las acciones a evaluar y comparar para alcanzar tus objetivos. También es necesario definir en cuáles empresas enfocarse (o áreas, en caso de que sea análisis interno) y los métodos de recopilación.

ción de datos e información. Un buen planteamiento de este tipo de proyecto responde a las siguientes preguntas:

- ¿Qué se quiere medir?
- ¿A quién se va a medir?
- ¿Cómo se va a medir?

2. Determinar las metas y objetivos del proceso

Los tipos de metas que puede plantearse una organización son:

- Metas a corto plazo con mejoras puntuales.
- Metas de igualdad con los procesos de la otra área o empresa.
- Metas de liderazgo o de perfeccionamiento de los procesos encontrados.

Estas tienen que sustentarse en objetivos concretos, los cuales puedan medirse al final del proceso. Gracias a ello, se obtendrá un cuadro realista de cómo se reflejaría un cambio en la organización.

3. Identificar las áreas de la empresa que deberían mejorar

Un buen estudio comparativo debe tener una razón de ser, la cual tiene que relacionarse con el área que buscas mejorar. Luego de identificarla, se plantea qué tipo de benchmarking se seguirá (competitivo, funcional, interno o genérico). Este paso es vital para saber qué implicará la comparativa a realizar.

4. Crear un equipo de trabajo

Conformar un equipo de trabajo que sea el responsable de la organización y orquestar todas las etapas de este proyecto. Contar con miembros comprometidos beneficiará a la objetividad de sus resultados. Para garantizar su éxito, se recomienda:

- Determinar un sentido estratégico: establecer cuáles son las mejores cualidades y competencias que tienen como organización, hasta dónde llegan sus capacidades y cuáles procesos les han funcionado.
- Aplicar alguna herramienta de análisis de la calidad: evaluar y documentar todo el proceso. De lo contrario, podría perjudicar el estudio y a sus resultados.

5. Elegir los instrumentos y herramientas para realizar el benchmarking

Existen soluciones idóneas para problemas relacionados con la calidad de este proceso. Estas se contrastan con métodos estadísticos como muestreos de encuestas, aceptación de hipótesis, diseño de experimentos, análisis multivariados, entre otros. A continuación, se indican algunas de ellas:

- Diagrama causa-efecto: identificar causas posibles de un efecto o problema y clasifica las ideas en categorías útiles. Es perfecto para trazar el origen de una situación y sus causas.
- Diagrama de flujo: mostrar la secuencia de posibilidades que existen para un proceso. Indica actividades, puntos de decisión, ramificaciones, rutas paralelas y origen. Resulta útil para entender y estimar el precio de un procedimiento.
- Hojas de verificación o chequeo: sirven como una lista de comprobación a la hora de recoger datos, pues organizan hechos de manera sencilla para no perder de vista los datos más importantes.
- Diagrama de Pareto: es un gráfico de barras verticales que sirve para observar las pocas fuentes responsables de los problemas más recurrentes. Suele utilizarse para organizar por categorías de frecuencias o consecuencias.
- Histogramas: es una alternativa del anterior que se emplea para describir la tendencia central, dispersión y forma de una distribución estadística.
- Diagramas o gráfico de control: funciona para ver si un proceso es estable o tiene un comportamiento predecible. Refleja los valores máximos y mínimos permitidos. Busca mantener la estabilidad natural de un proceso eficaz.
- Diagramas de dispersión o diagramas de correlación: se representan por pares ordenados (X, Y) para explicar un cambio en la variable dependiente (Y), en relación con un cambio observado en la variable independiente (X).
- Selección de asociados: implica que tú y tú organización se acerquen a organizaciones que tengan una mentalidad positiva hacia la cooperación para crear un grupo de interés de calidad.

Realizar todas las preguntas que se necesiten, pues de ello dependerá un buen análisis que garantice los resultados esperados. Tu objetivo es lograr identificar el sentido empresarial, las competencias clave y capacidades de tu competencia.

6. Recolecta los datos

Establece de qué forma recolectarás tus datos. Se pueden utilizar cuestionarios telefónicos, correo electrónico o entrevistas personales. Considera cuál es el nivel de contacto que permite cada medio, tal vez algunas preguntas solo puedan hacerse en persona, por ejemplo.

Otra recomendación es que el que dirige el proceso y el equipo visiten las instalaciones de las organizaciones de su interés para tener una perspectiva más clara de sus procedimientos y analizar sus conductas. Los objetivos primarios de esta labor son:

- Recolectar datos internos de los procesos.
- Conseguir una cooperación integral con las empresas elegidas.
- Planificar y organizar la recolección de datos.
- Desarrollar un cuestionario final que sea apto para todos los canales de comunicación establecidos.
- Seguir y vigilar la recolección de datos.
- Observar y aclarar todo el proceso de recolección.
- Revisar la información obtenida con todo el equipo.

Se debe recordar responder las preguntas: ¿cómo hacemos nuestros procesos? y ¿cómo lo hacen otras organizaciones? Asegurarse de que toda la información recabada esté completa y sea clara.

7. Analiza los resultados

Es tiempo de proyectar los resultados. Esto requiere un profundo análisis de los datos recolectados que sirva para detectar causas fundamentales y los facilitadores del desarrollo de la organización, es decir, aquellos que resulten ideales para la misma. Es fundamental que se examine cada buena práctica para comprobar que resultará provechosa para tu organización.

Comenzar a representar los datos identificados de forma gráfica y verificar si existen brechas de desempeño. Algo importante es que todas las observaciones se realicen con objetividad, pues, de lo contrario, el resultado sería poco justo o funcional para tu organización.

Una vez que se obtengan los datos precisos, tendrán que comparar el desempeño actual frente al proyectado. De esta manera, identificarán dónde están las brechas internas y, por tanto, sus causas.

8. Estudia la viabilidad de los facilitadores

Por último, se debe evaluar la viabilidad de los facilitadores finales. A partir de esto, se obtendrá lo más destacado en las prácticas de negocio y se confirmará si sus procesos son mejores a los de tu negocio o si exceden la satisfacción o expectativas.

Para identificar los más sobresalientes y que mejor se ajustan a las características de la organización, se puede considerar lo siguiente:

- Determinar de qué manera cada facilitador ayudaría a las prácticas internas de tu empresa.
- Usarlo para crear tus propios objetivos de mejora.
- Clasificarlo en función de su potencial para solucionar las brechas detectadas en la organización.
- Resaltar aquellas prácticas que coincidan con tu cultura organizacional.
- Precisar cuáles se ajustan mejor a la situación actual de la organización objeto de estudio en materia de recursos, costes o aspectos organizacionales.
- Identificar los que afecten de manera más directa a los niveles de satisfacción de los usuarios.

9. Implementar los cambios en las áreas correspondientes

Implementar las mejoras que se seleccionaron, al aplicar todo el conocimiento aprendido durante este estudio. Se puede hacer de la siguiente manera:

- Seleccionar los proyectos de mejora.
- Establecer las metas de mejora.
- Desarrollar, aprobar y ejecutar los planes de acción.

Es importante que se tengan metas y objetivos concretos para ir tras los resultados esperados. Además, cerciorarse de que el equipo de trabajo esté motivado y tome los cambios de la mejor manera. Recuerda no exigir de más a la organización, pues la transformación es progresiva. Cualquier tecnología, sistema o método innovador se debe integrar sinérgicamente para que las modificaciones ocurran de forma ordenada. Si es necesario, se elige a alguien se encargue de administrar estas labores.

Al finalizar este procedimiento, algo que le dará significado es el reconocimiento y la premiación de los miembros que hicieron posibles los cambios. Esto hace que las personas se sientan valoradas y las invita a formar parte de otros estudios en el futuro.

10. Realiza un informe del proceso de benchmarking

Como paso adicional, se debe realizar un seguimiento de las mejoras. Se debe elaborar un informe con toda la información del procedimiento. Esto será de gran utilidad para proyectos posteriores que tengan el mismo o un propósito similar.

En conclusión, el benchmarking es una técnica avanzada de gestión de la calidad. Es un proceso en virtud del cual se identifican las mejores prácticas en un determinado proceso o actividad, se analizan y se incorporan a la operativa interna de la empresa.

Dentro de la definición de Benchmarking como proceso clave de gestión a aplicar en la organización para mejorar su posición de liderazgo se encuentran varios elementos clave:

- Competencia, que incluye un competidor interno, una organización admirada dentro del mismo sector o una organización admirada dentro de cualquier otro sector.
- Medición, tanto del funcionamiento de las propias operaciones como de la empresa Benchmark, o punto de referencia que vamos a tomar como organización que posee las mejores cualidades en un campo determinado.
- Representa mucho más que un Análisis de la Competencia, examinándose no sólo lo que se produce sino cómo se produce, o una Investigación de Mercado, estudiando no sólo la aceptación de la organización o el producto en el mercado sino las prácticas de negocio de grandes compañías que satisfacen las necesidades del cliente.

- Satisfacción de los clientes, entendiendo mejor sus necesidades al centrarnos en las mejores prácticas dentro del sector.
- Apertura a nuevas ideas, adoptando una perspectiva más amplia y comprendiendo que hay otras formas, y tal vez mejores, de realizar las cosas.
- Mejora continua: el Benchmarking es un proceso continuo de gestión y auto-mejora.

Existen varios tipos de Benchmarking: Interno (utilizando la propia organización como base de partida para compararla con otras), Competitivo (estudiando lo que la competencia hace y cómo lo hace), Fuera del sector (descubriendo formas más creativas de hacer las cosas), Funcional (comparando una función determinada entre dos o más organizaciones) y de Procesos de Negocio (centrándose en la mejora de los procesos críticos de la organización).

Un proyecto de Benchmarking suele seguir las siguientes etapas: Preparación (Identificación del objeto del estudio y medición propia), Descubrimiento de hechos (Investigación sobre las mejores prácticas), Desarrollo de acciones (Incorporación de las mejores prácticas a la operativa propia) y Monitorización y recalibración.

Implementación de mejoras basadas en indicadores: Cómo utilizar los resultados de la evaluación para diseñar e implementar estrategias de mejora en el cuidado

Una vez obtenido los resultados de una evolución organizacional generalmente la estrategia y en este caso si se ha realizado en el área del mejoramiento en el cuidado lo ideal sería implementar un plan de acción o proyecto basado en el estudio realizado para desarrollar las acciones a implementar y posteriormente evaluar los resultados a fin de tomar las correcciones en caso de que sean pertinentes sino se han cumplido las metas previstas.

En si, se estaría frente a la siguiente etapa: Implementar los cambios en las áreas correspondientes.

Implementar las mejoras que se seleccionaron, al aplicar todo el conocimiento aprendido durante este estudio. Se puede hacer de la siguiente manera:

- Seleccionar los proyectos de mejora.
- Establecer las metas de mejora.

- Desarrollar, aprobar y ejecutar los planes de acción.

Es importante que se tengan metas y objetivos concretos para ir tras los resultados esperados

A continuación, se presenta como elaborar un plan de acción general atendiendo por ejemplo que se haya detectado debilidades como lo serían:

a. La falta de colaboración intradisciplinaria. La colaboración intradisciplinaria puede tener un impacto importante en la continuidad y la calidad de los cuidados y es algo que poco realza el personal de enfermería. La identificación de personal de enfermería experto y las consultas entre colegas, los conocimientos compartidos, refuerzan el potencial y la competencia del grupo profesional, en tanto que los conocimientos celosamente guardados en un escritorio o en la mente de algún profesional del área experto no contribuyen a una práctica colaborativa del cuidado de calidad.

b. Carencia o falta de motivación del personal de enfermería. Lo ideal sería crear acciones que motiven al personal, la motivación se puede medir por el grado de autonomía que las enfermeras adquieren y su nivel de responsabilidad en el cuidado. Entre las acciones se propondrían generar un clima de trabajo favorable y participativo, incentivar la participación del personal en las decisiones, pedir la opinión del grupo, ser receptivo ante las demandas del personal, reconocer el trabajo, compartir la información, favorecer la creatividad, promover el espíritu de equipo, fomentar la autonomía y la capacitación de todos los miembros del grupo de cuidados. La motivación del personal responsable del cuidado es esencial a fin de lograr un entorno propicio para el cuidado.

En líneas generales, un plan de acción es una herramienta de gestión o administrativa que establece el camino para conseguir las metas de una organización. Fija la ruta con una planificación exhaustiva por medio de un listado de actividades con los tiempos y responsables de la ejecución; además, marca el progreso en cada componente.

Para elaborar un plan básico de acción que sea efectivo, es importante considerar varios aspectos claves que garantizarán su éxito y relevancia para la organización y sus objetivos específicos. Aquí hay algunas pautas importantes a tener en cuenta:

- 1. Objetivos claros y medibles:** Es fundamental definir objetivos concretos que sean alcanzables y estén alineados con la visión y misión de la organización. Estos objetivos deben ser específicos, medibles,

alcanzables, relevantes y en tiempo para poder evaluar su progreso de manera efectiva.

- 2. Análisis exhaustivo de la situación actual:** Antes de diseñar el plan de acción, es crucial realizar un análisis detallado de la situación actual de la organización. Esto implica identificar los desafíos, evaluar las fortalezas y debilidades internas, así como identificar las oportunidades y amenazas externas. Este análisis proporcionará la base necesaria para desarrollar estrategias efectivas.
- 3. Identificación de recursos necesarios:** Para implementar el plan de acción con éxito, es importante identificar y asegurar los recursos necesarios, ya sean financieros, humanos, tecnológicos o materiales con los que cuenta la empresa. La falta de recursos adecuados puede obstaculizar el progreso del plan, por lo que es esencial garantizar su disponibilidad.
- 4. Asignación de responsabilidades claras:** Cada acción y tarea dentro del plan debe tener un responsable designado. Esto garantizará una claridad absoluta sobre quién es responsable de qué tarea y quién debe rendir cuentas por los resultados. Asignar responsabilidades claras promueve la eficiencia y el compromiso con el plan.
- 5. Establecimiento de líneas de tiempo y mecanismos de seguimiento:** Es esencial establecer líneas de tiempo realistas para cada acción y tarea dentro del plan. Además, se deben implementar mecanismos de seguimiento y evaluación periódicos para monitorear el progreso y realizar ajustes si es necesario. Esto garantizará que el plan avance de manera efectiva hacia sus objetivos.
- 6. Implementación de una estrategia de comunicación efectiva:** Se debe desarrollar una estrategia de comunicación clara y efectiva para informar a todas las partes interesadas sobre el plan, sus objetivos, acciones y progreso. La comunicación transparente fomentará la alineación, el compromiso y la colaboración entre todos los involucrados en la ejecución del plan.
- 7. Flexibilidad y adaptabilidad:** A medida que se implementa el plan de acción, es importante ser flexible y estar dispuesto a realizar ajustes según sea necesario. Las circunstancias pueden cambiar, pueden surgir nuevos desafíos o puede ser necesario modificar las estrategias. La capacidad de adaptación es fundamental para garantizar la

relevancia y efectividad continua del plan en un entorno empresarial dinámico.

La estructura y contenido de la tabla de tareas de un plan de acción varían en función de la naturaleza del proyecto que representa. En términos prácticos, esta tabla ofrece una estructura general y funcional que puede ser adaptada según las necesidades específicas:

- 1. Nombre de la organización.** Lo primero que se debe indicar es el nombre de la organización; incluso se puede incluir el logo para darle mayor formalidad a la tabla. Agrégalo al principio para presentar el plan de acción.
- 2. Objetivo.** Enseguida describe de manera breve el propósito que busca cumplir el plan de acción, ya sea para fines de rendimiento, financieros, de capacitación, de optimización, Plan de acción para mejorar el clima laboral, Plan de acción para mantener comunicados a los colaboradores del equipo de trabajo, entre otros.
- 3. Actividades.** Corresponde a la primera columna de la tabla de un plan de acción; en ella pon la serie de tareas necesarias para concretar tu proyecto; igualmente, es indispensable que la redacción sea breve y clara. En algunos casos se suma otra columna al lado para describir cómo se desarrollará cada actividad.
- 4. Duración.** En esta parte establece la fecha de inicio y de cierre de cada actividad; puedes usar diferentes parámetros de medición del tiempo, como minutos, horas, días, semanas, meses o incluso años.
- 5. Responsable.** Aquí es donde se indica la persona o el área de la empresa que se hará cargo de realizar las tareas listadas. Una opción es añadir su nombre; otra más visual sería poner una fotografía con el rostro de los o las responsables.
- 6. Ejecución o progreso.** Generalmente, se usa un porcentaje para ir midiendo cuánto ha avanzado un plan de acción. Este sirve a los colaboradores para saber en qué punto se encuentran e indica a los gerentes de área qué tan productivo está siendo el equipo de acuerdo con las fechas establecidas.

Estándares de calidad

Los estándares de calidad tienen como fin principal la auditoría externa de las organizaciones. Frente a la evaluación de los modelos (que implica la valoración

de los diferentes aspectos de la gestión de una organización, asignando puntuaciones para determinar el nivel de la misma), la auditoría establece requerimientos sin cuyo cumplimiento no puede obtenerse la certificación correspondiente. La obtención de una certificación externa constituye una garantía hacia terceros del adecuado funcionamiento del sistema de calidad de la organización o unidad.

Para realizar y adaptar un modelo de calidad se hace necesario seguir un conjunto de sistemas de normas, lo cual permitirá conseguir una mayor efectividad a la hora de aplicarlo en una organización.

En este sentido, se podría hablar de las Normas ISO⁽⁵²⁾ “es una red mundial que identifica cuáles normas internacionales son requeridas por el comercio, los gobiernos y la sociedad; las desarrolla conjuntamente con los sectores que las van a utilizar; las adopta por medio de procedimientos transparentes basados en contribuciones nacionales proveniente de múltiples partes interesadas; y las ofrece para ser utilizadas a nivel mundial.

Las normas ISO están basadas en un consenso internacional conseguido de la base más amplia de grupos de partes interesadas”.

La familia de estándares de calidad más utilizada en las Administraciones públicas es la de las normas ISO 9000, que incluye las siguientes:

- **ISO 9000:2015 que comprende:** Sistemas de gestión de la calidad, Fundamentos y vocabulario
- **ISO 9001:2015.** Comprende Sistemas de gestión de la calidad y Requisitos.
- **ISO 9002:2016.** Sistemas de gestión de la calidad y Directrices para la aplicación de la Norma ISO 9001:2015
- **ISO 9004:2018.** Gestión de la calidad, Calidad de una organización y Orientación para lograr el éxito sostenido.

Entre otras normas ISO, se identifican las siguientes:

- **Norma ISO 9001:2015.** Esta norma regula los sistemas de gestión de calidad realizando un enfoque dirigido a los procesos realizados por la empresa.
- **ISO 9000.** Se basan en las normas de control y gestión de calidad establecida por la Organización Internacional de Normalización, esta norma es aplicable a cualquier tipo de organización o actividad enfocada a la producción.

- **ISO/IEC 25010.** Dirigida al uso que determina las características que se deben tomar en cuenta a la hora de evaluar las propiedades de un producto de software finalizado.

Auditoría del cuidado humanizado

Auditar proviene del verbo oír. Se trata de una confrontación entre una situación observada y el marco referencial normado técnica y administrativa-mente a través de parámetros e indicadores preestablecidos.

En líneas generales, una auditoría es una revisión de los procedimientos que se llevan en una empresa a nivel contable o laboral entre otros, para comprobar que se reúne una serie de requisitos establecidos. Puede ser interna o externa, en función de si la realiza la propia empresa, o una entidad externa a la misma.

La auditoría constituye un proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias a través de registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría.

El objetivo principal de la auditoría no es detectar fraudes, aunque se suele pensar que es así, sino revisar los protocolos que se utilizan las organizaciones para encontrar posibles errores e implantar las mejoras que correspondan. No obstante, puede ocurrir que durante la auditoría se descubra alguna irregularidad legal.

Es objetivo de la auditoría apoyar y orientar a los miembros de la organización en el desempeño de sus actividades. Hacer análisis, evaluaciones, recomendaciones, asesorías y brindar información concerniente a las actividades objeto de revisión.

Auditoría en Salud

Lograr calidad y excelencia en los servicios asistenciales implica contar con herramientas para mejorar la gestión y el desempeño de los procesos. En vista de estos, utilizar la auditoría para obtener resultados satisfactorios en la calidad de la atención y la reducción de los costos en la actualidad constituye una prioridad para las instituciones de salud.

Al auditar la calidad de los servicios efectuamos un diagnóstico que permite mostrar planes y sugerencias para mejorarlos. Ayuda a conocer las condiciones en que se desarrolla el trabajo profesional.

En este sentido el auditor debe desarrollar un perfil ético, actuar siempre con lealtad, sinceridad y buena fe, además de actualizarse respecto a los avances científicos y tecnológicos para llevar a cabo el proceso de auditoría en los servicios de salud.

Los autores coinciden en considerar que la auditoría no solo permite evaluar la eficiencia y eficacia de los procesos, sino que debe ser usada para promover la calidad y la mejora continua en los procesos docentes - asistenciales.

La auditoría en salud es la que aborda todo el conjunto de acciones derivadas de la estructura, proceso, resultado e impactos de equipos multidisciplinario de salud.

Está orientada a diseñar implantar y desarrollar sistema de garantía de calidad, establecer criterios de acreditación de hospitales, diseñar indicadores y estándares de calidad, evaluar eficiencia, eficacia y efectividad de la administración, evaluar calidad de la atención médica y sus impactos. En ese sentido, esta auditoría debe ser abordada por un equipo de auditores que incluya: médicos, enfermeras, tecnólogos médicos obstetras, nutricionistas, odontólogos y administradores.

Auditoría de la Calidad de Atención en Salud

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios, la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada. La cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas, y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos. El resultado final de la evaluación realizada se comunica en el denominado "Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud"⁽⁸⁵⁾.

La auditoría en salud se encamina a: implementar y desarrollar el sistema de garantía de calidad en hospitales, establecer criterios de acreditación, diseñar indicadores y estándares de calidad, evaluar eficiencia y efectividad de la administración.

La auditoría en salud debe ser entendida como un ciclo que incluye la auditoría médica, la clínica y la de enfermería.

1. La auditoría médica es un proceso evaluativo del acto médico realizada por médicos, sobre la base de los datos suministrados por la historia clínica con fines específicos. Estos fines pueden ser evaluación de la calidad,

educación continua, corrección de errores, evaluación y optimización de costos, medición de participación, responsabilidad profesional y para fines de peritaje médico legal.¹⁸ Su origen data del siglo XIX, cuando la enfermera Florence Nightingale comparó la mortalidad en los hospitales de Crimea y Londres donde estableció el primer reporte sobre calidad del cuidado lo que ilustra algunos rasgos básicos de la auditoría.

2. La auditoría clínica es la revisión de todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes, realizado por profesionales de la salud (médico o no médico), cuya finalidad es mejorar la calidad de atención con la participación de los diversos grupos de profesionales.
3. La auditoría en enfermería se visualiza como la evaluación de las actividades relacionadas con la calidad del cuidado que se brinda a los pacientes, verificada a través de las anotaciones de enfermería, el control y manejo de los costos.

Auditoría en Enfermería

Disciplina que se ocupa de la revisión sistemática y evaluación técnica de la práctica de enfermería mediante un proceso planificado y sistemático, llevado a cabo por las enfermeras, para controlar la calidad del cuidado prestado al paciente con el propósito de descubrir y resolver los problemas más importantes. Es la investigación concienzuda diseñada para identificar, examinar y comprobar la realización de determinados aspectos de los cuidados de enfermería mediante criterios establecidos⁽⁸⁶⁾.

La auditoría de enfermería presupone la evaluación y revisión detallada de los registros clínicos seleccionados por profesionales cualificados para la verificación de la calidad de la asistencia, siendo, por lo tanto, una actividad dedicada a la eficacia de servicios, que utiliza como instrumentos el control y análisis de registros⁽⁸⁷⁾.

La auditoría de la enfermería, según Araújo, en Martins, Amanda Juliana López; et.al.⁽⁸⁸⁾, es el proceso donde se realiza una evaluación de las actividades realizadas por la enfermería, disfrute de una investigación rigurosa de la calidad de los cuidados de enfermería prestada a los pacientes.

Según Scarparo et al.⁽⁸⁹⁾ algunos autores definen la auditoría de la enfermería como una herramienta de naturaleza administrativa, que tiene como objetivo evaluar la calidad de la atención, procesos y costos.

Tipos de Auditoría en Enfermería.

Ticopa Lange⁽⁸⁶⁾, menciona los tipos de auditoría en enfermería más relevantes, los cuales son:

- 1. Auditoría de Resultado del Cuidado:** Evalúa el producto de la salud del paciente, puede ser concurrente o retrospectiva, mide el impacto de las acciones de salud, de todo el equipo de salud que participó en la atención.
- 2. Auditoría de Enfermería Concurrente:** Es la que se realiza sobre los cuidados de enfermería que se realizan en el momento, o bien los que están puesto en marcha.
- 3. Auditoría de Enfermería Retrospectiva:** Se realiza una vez es dado de alta al paciente de la institución de salud, en base al expediente de historia clínica. Se realiza en varias fases que establecen un procedimiento para evaluar la eficacia de los cuidados prestados y corregir cualquier deficiencia detectada en la revisión de la historia clínica.
- 4. Auditorías de Ejecución:** Evalúa el grado de cumplimiento de los planes, sistemas y procedimientos establecidos en un proceso concreto. Es la medida de adhesión a los métodos y procedimientos de la calidad de un proceso en concreto.
- 5. Auditoría de Proceso:** Evalúa la viabilidad del producto con relación al proceso, la documentación y la comprensión la mejora del producto que va a sustituir, el sistema de información y de control. Juzga el proceso en sí mismo. Ejemplo: cuando se analiza si el protocolo de un procedimiento es el adecuado para producir un resultado concreto.
- 6. Auditoría de Departamento:** Centra su atención en la actividad global de una unidad para determinar el grado de cumplimiento de los procedimientos establecidos y la eficacia de los controles internos.
- 7. Auditoría del Producto o Conformidad:** Constata el cumplimiento de las especificaciones y la adecuación del producto al uso.

La auditoría en enfermería contribuye a que los equipos multidisciplinarios efectúen una revisión crítica de las prácticas de enfermería, la actualización de procedimientos, técnicas de diagnóstico- terapéutica y promueve el uso de protocolos e intervenciones educativas con el propósito de mejorar la calidad en la atención que brindan a sus pacientes.

El cumplimiento de Auditorías en Enfermería comprende algunas áreas clave que son cruciales para cualquier práctica de enfermería. Aquí tienes una breve descripción de lo que implica:

- Calidad de los cuidados
- Seguridad del paciente
- Conducta profesional
- Ética en enfermería
- Documentación de enfermería

Los autores consideran que la auditoría en enfermería no solo debe limitarse a evaluar la calidad de los cuidados de enfermería, debe además valorar la integralidad de las funciones profesionales (asistenciales, docentes, administrativas e investigativas) que realiza el profesional de esta disciplina y que se refleja en la calidad de la atención al paciente, la familia y la comunidad. Además, representa una herramienta de educación formativa que transforma el proceso de trabajo, aumenta la satisfacción de los pacientes, estandariza el uso de protocolos, apoya la práctica profesional y eleva los estándares de calidad para enfrentar los procesos de acreditación.

Por el papel que juega la enfermería desde la propia evolución conceptual los autores afirman que la auditoría en enfermería puede mejorar el uso de los recursos disponibles en salud, el desarrollo profesional y como proceso educativo visualiza la formación teórico-práctica de estudiantes y profesionales en el pregrado y postgrado en su conjunto, además contribuye a la gestión de una atención de calidad hacia el paciente y su familia la cual garantiza la excelencia en los servicios que se prestan.

La importancia del cumplimiento de las auditorías en la práctica enfermera radica en:

- Garantizar el cumplimiento de las directrices de auditoría no es un mero protocolo, sino que está estrechamente relacionado con la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente.
- El cumplimiento de las auditorías también es crucial desde el punto de vista legal. El incumplimiento puede dar lugar a sanciones y acciones legales contra los enfermeros o la institución a la que representan. Las auditorías exhaustivas pueden ayudar a identificar áreas de incumplimiento, que pueden abordarse y corregirse con prontitud.

- Ayuda a fomentar la confianza entre el personal de enfermería, los pacientes y sus familias, y contribuye a mantener la reputación de un sistema sanitario.
- Ayuda al personal de enfermería en su desarrollo profesional continuo, poniendo de relieve las áreas de mejora.

Tabla 3.

Principios clave para mantener el cumplimiento de las auditorías en enfermería.

Coherencia	Auditorías regulares y sistematizadas
Transparencia	Procesos de auditoría justos e imparciales
Documentación	Registro meticuloso
Mejora continua	Utilización de los resultados de las auditorías para la mejora continua

Nota: Elaboración propia basada en diversos autores.

En resumen, cumplir las normas de auditoría es parte integrante de la enfermería. Ayuda a mantener los más altos niveles de atención, tranquiliza a los pacientes y a sus familias, protege la profesión enfermera y refuerza el sistema sanitario en general.

Auditoria del cuidado humanizado

La enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos; así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar. Afirman que, el ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona.

La enfermería fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de la ciencia biológica, social y humanística y en sus propias teorías y tecnologías. Tiene como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida.

La necesidad de los cuidados humanizados de enfermería es universal, contempla el respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano lo cual constituye condiciones esenciales de esta profesión en la que no se hace distinción alguna de nacionalidad, religión, color de la piel, edad, sexo, opinión política o posición social. La primera responsabilidad del profesional de enfermería es la consideración a las personas que necesitan su atención profesional, al proporcionarles el cuidado requerido y crear un medio en el que se respetan sus valores, gustos, costumbres y preocupaciones.

Al ejercer la auditoría para el cuidado humanizado se debe tener en cuenta también que los profesionales de enfermería fundamentan su ejercicio a partir de la motivación, sentimientos, principios y valores, además del aspecto técnico que aparece regulado en las funciones de enfermería.

Cuestionario y Actividades

1. ¿Cómo se pueden utilizar los indicadores de calidad para mejorar la atención humanizada en el cuidado de enfermería?

2. Según Donabedian, ¿cuáles son las tres propiedades de la calidad que pueden ser medidas?

- a) Eficiencia, efectividad y calidad directa
- b) Eficiencia, efectividad y optimalidad
- c) Estructura, proceso y resultado
- d) Eficiencia, efectividad y satisfacción del paciente

3. ¿Qué tipo de indicador evalúa eventos deseables asociados a la buena calidad?

- a) Indicador centinela
- b) Indicador trazador
- c) Indicador negativo
- d) Indicador positivo

4. **¿Cuál de las siguientes es una ventaja de la autoevaluación en la gestión de calidad?**

- a) Es más costosa que una auditoría externa
- b) Depende completamente de evaluadores externos
- c) Aumenta la conciencia de calidad en la organización
- d) Limita la participación de los empleados en la gestión

1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO:
**LA ESENCIA DE
LA ENFERMERÍA**

Capítulo

XI

**Resiliencia y autocuidado del
profesional de enfermería en
el entorno paliativo:
clave para un cuidado eficaz**



Objetivos del Capítulo

- Fomentar la resiliencia y la implementación de prácticas de autocuidado para mejorar la satisfacción laboral y la calidad de la atención, asegurando que los profesionales mantengan su bienestar mientras enfrentan desafíos emocionales.

Generalidades

En el exigente campo de la enfermería, en particular en el ámbito de los cuidados paliativos, los conceptos duales de resiliencia y autocuidado surgen como determinantes críticos de la eficacia profesional y el bienestar personal.

Los cuidados paliativos, que se centran en aliviar los síntomas y el estrés de una enfermedad grave, requieren una fortaleza emocional y psicológica que a menudo puede resultar difícil de mantener ante la exposición frecuente a la muerte, la pérdida y el duelo, la capacidad de los profesionales de enfermería para cultivar la resiliencia (definida como la capacidad de recuperarse rápidamente de las dificultades) desempeña un papel fundamental no solo en su propia satisfacción laboral y salud mental, sino también en la calidad de la atención que brindan a sus pacientes.

Al mismo tiempo, las prácticas de autocuidado permiten a estos profesionales gestionar el costo emocional de su trabajo, reforzando así su resiliencia. Este ensayo explorará la importancia de la resiliencia en los profesionales de enfermería, examinará las estrategias esenciales de autocuidado empleadas en los cuidados paliativos y analizará la interacción entre la resiliencia, el autocuidado y la prestación eficaz de cuidados paliativos.

La importancia de la resiliencia en los profesionales de enfermería no se puede exagerar, especialmente en el contexto de los cuidados paliativos, donde las demandas emocionales son particularmente altas. La resiliencia debe verse como un proceso dinámico y fluido que requiere un cuidado y un compromiso continuos; no es un rasgo estático, sino más bien una habilidad que se desarrolla a través de la experiencia y el esfuerzo consciente⁽⁹⁰⁾. Una mayor resiliencia entre las enfermeras se ha asociado con una mejor retención en la profesión, lo que sugiere que las enfermeras resilientes tienen más probabilidades de permanecer en sus funciones durante períodos prolongados, esta estabilidad es crucial para la continuidad de la atención, que en última instancia mejora la calidad de la atención recibida por los pacientes⁽⁹¹⁾.

Desarrollar la resiliencia personal es esencial para hacer frente al estrés y la adversidad inevitables para los que se encuentran en esta línea de trabajo.

Las investigaciones indican que las enfermeras resilientes tienden a experimentar niveles más altos de satisfacción laboral, lo que afecta significativamente su compromiso con los pacientes y sus colegas⁽⁹⁰⁾. Al fomentar la resiliencia, los profesionales de enfermería no solo protegen su propia salud mental, sino que también contribuyen a un entorno de atención médica más solidario y eficaz.

En los entornos de cuidados paliativos, los desafíos que enfrentan los profesionales de la salud (incluido el manejo de la pérdida, el duelo, la agonía y la muerte) subrayan la necesidad de prácticas de autocuidado efectivas⁽⁹²⁾.

El autocuidado es un enfoque proactivo para mantener la salud y el bienestar, que permite a las enfermeras recargarse emocional y físicamente. Se han documentado varias estrategias de autocuidado, siendo las prácticas de autocuidado físico las más comúnmente reportadas. Estas estrategias incluyen ejercicio, nutrición y sueño adecuados, que son fundamentales para mantener la salud general⁽⁹³⁾, el autocuidado social (como buscar el apoyo de colegas o participar en actividades comunitarias) y las prácticas de autocuidado interno, como la atención plena y la meditación, desempeñan un papel crucial en la promoción de la resiliencia emocional. A pesar del reconocimiento de la importancia del autocuidado, muchos profesionales de enfermería han notado que a menudo descuidan sus necesidades de autocuidado debido a los exigentes horarios de trabajo y las altas cargas de pacientes. Un estudio destinado a examinar las percepciones, la educación y las prácticas relacionadas con el autocuidado entre los profesionales médicos y de enfermería de cuidados paliativos reveló que, si bien existe una conciencia de la necesidad del autocuidado, la implementación de planes de autocuidado personalizados sigue siendo limitada⁽⁹³⁾. Esta brecha entre el conocimiento y la práctica enfatiza la necesidad de apoyo institucional y educación que fomente prácticas de autocuidado entre los proveedores de atención médica.

La interacción entre resiliencia, autocuidado y cuidados paliativos efectivos es una relación compleja pero crítica que justifica una mayor exploración. La evidencia sugiere que los proveedores de cuidados paliativos que muestran mayores niveles de autocompasión también son más resilientes, demostrando mayores niveles de autocuidado consciente⁽⁹⁴⁾. Esta correlación indica que a medida que las enfermeras se involucran en el autocuidado, su resiliencia se refuerza, creando un ciclo de retroalimentación positiva que mejora su capacidad para hacer frente a las demandas de su profesión, los estudios han demostrado que las prácticas de autocuidado pueden mediar la relación entre la resiliencia y el agotamiento, lo que sugiere que el manejo eficaz del

estrés y las relaciones interpersonales son componentes vitales para prevenir el agotamiento entre los profesionales de enfermería⁽⁹⁵⁾.

Los hallazgos subrayan la noción de que la resiliencia no es simplemente un rasgo individual, sino que se puede cultivar a través de prácticas y entornos de apoyo. En particular, fomentar la resiliencia puede alentar conductas de autocuidado que contrarresten las dimensiones negativas del agotamiento, mejorando en última instancia tanto el bienestar personal como los resultados de la atención al paciente⁽⁹⁵⁾. Como tal, los sistemas de atención médica deben priorizar el desarrollo de marcos de resiliencia y autocuidado para garantizar que los profesionales de enfermería puedan prosperar en sus funciones y al mismo tiempo brindar atención compasiva a quienes la necesitan.

Los conceptos de resiliencia y autocuidado están intrínsecamente vinculados a la eficacia de los profesionales de enfermería en el entorno de los cuidados paliativos. El desarrollo de la resiliencia permite a las enfermeras mantener su pasión y compromiso con el cuidado del paciente, mientras que las prácticas de autocuidado eficaces sirven como herramientas esenciales para gestionar las demandas emocionales y psicológicas de sus funciones.

El reconocimiento de la interacción dinámica entre estos dos elementos es crucial para mejorar la retención, la satisfacción laboral y la calidad general de la atención brindada a los pacientes que enfrentan enfermedades graves. Por lo tanto, es imperativo que las organizaciones de atención médica fomenten entornos que respalden tanto la resiliencia como el autocuidado, asegurando que los profesionales de enfermería estén equipados para enfrentar los desafíos de su exigente trabajo con fortaleza y compasión.

Impacto emocional del trabajo en cuidados paliativos

El ámbito de los cuidados paliativos es un campo único e intrincado que profundiza en las dimensiones emocionales y psicológicas de la atención médica, a medida que los profesionales navegan por el delicado equilibrio entre brindar atención y enfrentar las duras realidades de la enfermedad terminal, a menudo se encuentran atravesando un paisaje emocional plagado de desafíos y recompensas.

El panorama emocional del trabajo de cuidados paliativos es un tapiz complejo tejido a partir de hilos de experiencias personales, crecimiento profesional y las duras realidades de cuidar a pacientes que enfrentan enfermedades que limitan la vida. Existen estudios que exploran la calidad de vida profesional de los cuidadores en Ecuador que revela cómo este desafiante campo afecta el bienestar emocional, los cuidadores a menudo experimentan

un espectro de emociones que van desde un profundo dolor hasta una profunda satisfacción al interactuar con los pacientes y sus familias durante algunos de los momentos más vulnerables de sus vidas, estas experiencias abarcan el crecimiento personal, ya que los cuidadores a menudo se encuentran reflexionando sobre sus propios valores y creencias mientras brindan atención.

La oportunidad de ofrecer apoyo compasivo fomenta un sentido de trabajo en equipo, ya que los profesionales de la salud colaboran para crear un entorno enriquecedor para sus pacientes, sin embargo, estas experiencias positivas a menudo se yuxtaponen con problemas relacionados con la muerte que pueden generar sentimientos de impotencia y dolor. La incapacidad de lidiar con el estrés relacionado con el trabajo puede complicar aún más su panorama emocional, ya que los cuidadores lidian con el peso de sus responsabilidades y el costo emocional de perder pacientes. Esta dualidad de experiencias subraya la naturaleza intrincada del trabajo de cuidados paliativos, donde cada interacción puede evocar una miríada de emociones, moldeando tanto las identidades personales como profesionales de maneras profundas⁽⁹⁶⁾.

A pesar de los desafíos inherentes a los cuidados paliativos, muchos profesionales informan de importantes impactos emocionales positivos de su trabajo. El más importante de ellos es el profundo sentido de propósito y satisfacción que surge de ayudar a quienes están al final de la vida, los cuidadores a menudo descubren que sus relaciones con los pacientes y sus familias se profundizan, fortaleciendo su capacidad de empatía y compasión, esta mejora de la conexión emocional no solo beneficia a los pacientes, sino que también enriquece la vida emocional de los propios cuidadores.

Muchos profesionales describen una experiencia transformadora, donde su trabajo fomenta una renovada apreciación por la vida y las relaciones que aprecian. Los pacientes con frecuencia expresan gratitud y un deseo de compartir amor con sus familias y amigos, lo que refuerza la importancia de estas conexiones, tales interacciones brindan a los cuidadores una sensación de logro y significado, ya que presencian de primera mano el impacto de sus esfuerzos en el bienestar emocional y espiritual de sus pacientes, también se ha demostrado que las derivaciones oportunas a cuidados paliativos mejoran las experiencias al final de la vida, creando una atmósfera más cómoda tanto para los cuidadores como para los pacientes. Esta sinergia de cuidados promueve emociones positivas dentro del entorno de atención médica, destacando el papel esencial que desempeñan los cuidados paliativos en el tejido emocional tanto de los cuidadores como de las personas a las que sirven⁽⁹⁶⁾.

Sin embargo, las demandas de los cuidados paliativos pueden ser abrumadoras, lo que lleva a los profesionales a enfrentar desafíos emocionales que requieren estrategias de afrontamiento efectivas. Los mecanismos de afrontamiento pueden variar ampliamente, desde técnicas de afrontamiento proactivas hasta prácticas de autocuidado que priorizan la salud mental y el bienestar, los profesionales a menudo encuentran consuelo en estrategias de afrontamiento que los transforman a sí mismos, que les permiten derivar un significado más profundo de sus experiencias, fomentando así la resiliencia frente a la adversidad.

El agotamiento emocional que puede acompañar al cuidado es sustancial, lo que hace imperativo que los profesionales implementen estrategias que los ayuden a manejar el estrés y prevenir el agotamiento. La participación regular en actividades de autocuidado (como prácticas de atención plena, ejercicio físico o búsqueda de apoyo de pares) puede ayudar a los cuidadores a recuperar una sensación de equilibrio, alegría y esperanza en medio de la agitación emocional, comprender la importancia de su función y el impacto positivo que tienen en la vida de los pacientes puede servir como un poderoso motivador, reforzando su compromiso de brindar una atención compasiva. A medida que este estudio destaca las experiencias de enfermeras geriátricas en cuidados paliativos, se hace evidente que, si bien el camino puede estar plagado de desafíos, el cultivo de estrategias de afrontamiento efectivas es esencial para garantizar el bienestar emocional y mantener un sentido de propósito en su trabajo crítico⁽⁹⁷⁾.

El impacto emocional del trabajo en cuidados paliativos es una experiencia multifacética que abarca tanto grandes recompensas como enormes desafíos. Los cuidadores se desenvuelven en un panorama emocional complejo, donde el crecimiento personal y el fortalecimiento de las relaciones coexisten con el dolor de la pérdida y las cargas del cuidado. Si bien los impactos emocionales positivos de los cuidados paliativos brindan una sensación de propósito y satisfacción, es fundamental que los profesionales desarrollen estrategias de afrontamiento para mitigar el costo emocional de su trabajo.

El desgaste emocional que conlleva estar constantemente expuesto a la muerte y al sufrimiento.

Se hace necesario entender el desgaste emocional de los profesionales asistentes a las situaciones de esfuerzo vital, en concreto con la actividad del personal asistencial al trauma y esfuerzo extraordinario, así como emergencias y urgencias. La asistencia sanitaria en estas situaciones lleva implícita la

presencia de graves eventos relacionados con el ciclo vital: la confrontación directa y originaria con la vida y la muerte, lo que sin duda exige un elevado equilibrio emocional y profesional.

Es precisamente cuando este equilibrio se rompe cuando aparece el fenómeno del desgaste emocional, que generalmente va acompañado del síndrome de burnout, aunque destaca por inmediatez y por el franco deterioro del estado del profesional afectado, el burnout no muestra propiedades suficientes para predecir consecuencias irremediables para el trabajador; en cambio, el desgaste emocional sí.

El desgaste emocional que conlleva estar constantemente expuesto a la muerte y al sufrimiento, la experiencia de estar expuesto de forma persistente a la muerte y al sufrimiento puede afectar profundamente la psique de una persona. Este desgaste emocional es particularmente pronunciado en aquellas personas cuyas profesiones o circunstancias de vida las ponen en contacto regularmente con la tragedia, como los trabajadores de la salud, los socorristas o incluso las personas que viven en entornos plagados de violencia y pérdida. Las ramificaciones psicológicas de dicha exposición pueden ser profundas y dar lugar a una variedad de desafíos emocionales, como ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT).

La interacción entre el estado emocional de una persona y sus mecanismos de afrontamiento puede complicar aún más sus experiencias, lo que a menudo conduce a un ciclo de angustia que es difícil de romper. Al explorar el impacto psicológico de la exposición constante a la muerte, el costo emocional de presenciar el sufrimiento y la eficacia de varios mecanismos de afrontamiento, podemos comprender mejor la pesada carga que tales experiencias imponen a las personas.

El impacto psicológico de la exposición constante a la muerte es un fenómeno complejo que puede moldear la identidad y el panorama emocional de una persona de maneras significativas. Por ejemplo, las personas que se encuentran en situaciones en las que la muerte es un hecho frecuente (ya sea por su trabajo o por experiencias personales) a menudo se enfrentan a sentimientos de vergüenza, desesperanza y una profunda sensación de fracaso.

Esto es particularmente cierto en el caso de los hombres desempleados o subempleados, que pueden sentir que su sentido de identidad masculina se ve desafiado ante tal adversidad. La naturaleza generalizada de estos sentimientos puede conducir a una percepción alterada de la autoestima y a una sensación abrumadora de desesperación, lo que hace cada vez más difícil desenvolverse en la vida diaria⁽⁹⁸⁾, las cicatrices psicológicas que deja

presenciar la muerte pueden manifestarse en síntomas de TEPT, en los que las personas sienten un estrés o miedo aumentados incluso en entornos seguros. Esta paradoja es preocupante; no todas las personas que sufren TEPT han experimentado un evento traumático singular, lo que indica que la exposición continua a la muerte puede ser en sí misma un catalizador de tal angustia psicológica⁽⁹⁹⁾, las actitudes ante la muerte pueden influir considerablemente en las opciones de estilo de vida, haciendo que las personas adopten conductas materialistas o hedonistas extremas como un intento equivocado de hacer frente a su agitación emocional.

La construcción consciente de significado a través de estos hábitos a menudo sirve como un mecanismo de afrontamiento, aunque sea un mecanismo desadaptativo, que en última instancia puede conducir a un mayor sufrimiento emocional⁽¹⁰⁰⁾.

El costo emocional de presenciar el sufrimiento es otro aspecto significativo de esta compleja cuestión. Las investigaciones han demostrado que la desensibilización emocional, en particular en la adolescencia temprana, puede conducir a un aumento de la conducta violenta en años posteriores, lo que destaca cómo la exposición continua al dolor y al sufrimiento puede dejar huella en la psique⁽¹⁰¹⁾.

Para los profesionales de la salud, la carga emocional es particularmente aguda, como se vio durante la pandemia de COVID-19, que impuso exigencias sin precedentes a las enfermeras que estuvieron constantemente expuestas al sufrimiento humano y la muerte. La tensión mental de cuidar a pacientes en condiciones críticas, a menudo sin los recursos o el apoyo adecuados, puede conducir al agotamiento y a una sensación de impotencia, esto ha sacado a la luz el delicado equilibrio entre la implicación emocional y el desapego profesional, especialmente en la práctica de enfermería, donde la necesidad de proporcionar cuidados a menudo entra en conflicto con la necesidad de mantener el propio bienestar emocional⁽¹⁰²⁾. Las cicatrices emocionales de tales experiencias pueden persistir mucho después de que haya pasado el sufrimiento inmediato, lo que lleva a un estado crónico de angustia que tiñe cada aspecto de la vida de una persona.

Frente a estos desafíos emocionales abrumadores, los mecanismos de afrontamiento se vuelven esenciales para mantener la salud psicológica, se han explorado varias estrategias para mitigar los efectos adversos de la exposición crónica a la muerte y el sufrimiento, los grupos de apoyo entre pares, por ejemplo, pueden proporcionar un apoyo psicosocial invaluable, reduciendo

do los sentimientos de aislamiento y mejorando las habilidades de autocuidado entre los afectados⁽¹⁰³⁾.

El entrenamiento de atención plena ha surgido como una herramienta potente para cultivar habilidades de afrontamiento orientadas a los problemas, y los estudios indican que dicho entrenamiento tiene un efecto positivo y significativo en la capacidad de las personas para manejar el estrés y la angustia emocional⁽¹⁰⁴⁾. Comprender las teorías psicológicas en torno al estrés y el afrontamiento también puede arrojar luz sobre la resiliencia que las personas pueden cultivar frente a la adversidad⁽¹⁰⁵⁾, estas estrategias de afrontamiento, cuando se implementan eficazmente, pueden alterar significativamente la trayectoria del bienestar emocional de un individuo, transformando la narrativa del sufrimiento en una de supervivencia y esperanza.

El desgaste emocional que resulta de la exposición constante a la muerte y al sufrimiento es un problema multifacético que afecta profundamente la salud psicológica de las personas. Los efectos psicológicos, desde sentimientos de desesperanza y trastorno de estrés postraumático hasta mecanismos de afrontamiento inadaptados, revelan las intrincadas formas en que tales experiencias pueden moldear la identidad y el panorama emocional de una persona. El costo emocional de presenciar el sufrimiento, en particular en profesiones con mucho estrés, subraya la necesidad urgente de estrategias de afrontamiento eficaces para fomentar la resiliencia y el bienestar psicológico. A medida que se profundiza en la comprensión de estas dinámicas, queda claro que abordar los desafíos emocionales que plantean la muerte y el sufrimiento es esencial para fomentar respuestas más saludables y apoyar a quienes soportan la carga de tales experiencias.

Cómo identificar signos de agotamiento emocional, fatiga por compasión y el síndrome de burnout

El síndrome de burnout se manifiesta como un agotamiento de energía a largo plazo en el que la persona se siente emocionalmente agotada y relativamente ineficaz, además de sentirse poco realizada personalmente, incompetencia y despersonalizada. La respuesta sintomática es similar a la depresión, en la que se manifiestan diversas molestias físicas, así como una menor motivación y participación en el trabajo⁽¹⁰⁶⁾.

El burnout guarda relación con la depresión no solo respecto a la presentación clínica⁽¹⁰⁷⁾, sino también en términos psicométricos⁽¹⁰⁸⁾, no obstante, Según los resultados de la investigación, el burnout debe considerarse como un diagnóstico separado, ya que tiene asociaciones y es específico de la si-

tuación laboral; la depresión, por otro lado, al ser un síndrome psiquiátrico más general, no depende del contexto⁽¹⁰⁹⁾.

El burnout es un síndrome compuesto por tres dimensiones: 1) sentimientos de agotamiento o falta de energía; 2) mayor distancia mental con el trabajo o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados con el trabajo; y 3) reducción de la eficacia profesional, que consiste en actitudes negativas o inadecuadas hacia el receptor de servicios, así como irritabilidad, pérdida de idealismo y conducta de evitación interpersonal⁽¹⁰⁹⁾. Otras definiciones, sin embargo, relacionan generalmente el síndrome con la dimensión del agotamiento, como por ejemplo la propuesta de Shirom y Melamed⁽¹¹⁰⁾ de que el burnout está constituido por la fatiga física, el agotamiento emocional y el desgaste cognitivo. Otra contribución esencial desarrollada durante el mismo período es el constructor de engagement, que desde el enfoque más común se considera la antítesis positiva del síndrome, un estado de alta energía, fuerte compromiso y sentido de eficacia personal⁽¹¹¹⁾. A la fecha, la relación entre burnout e involucramiento continúa siendo tema de debate⁽¹⁰⁹⁾.

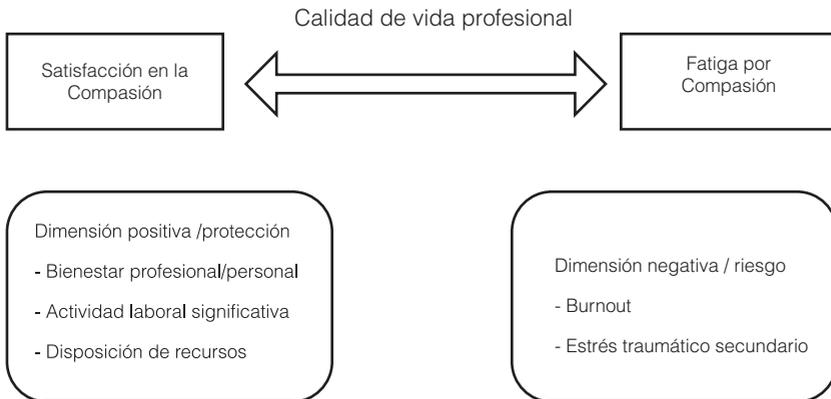
En la actualidad, el burnout se define como las reacciones físicas y psicológicas a las condiciones de trabajo que provocan estrés crónico, una condición que es mucho más genérica en su ámbito profesional y no exclusiva de los trabajos orientados a las personas⁽¹⁰⁶⁾. Al mismo tiempo, en las últimas décadas, es precisamente este ámbito de trabajo con poblaciones vulnerables y/o víctimas de trauma el que ha atraído el interés de los investigadores, ya que el trabajo implica impactos negativos verdaderamente complejos y amplios para el proveedor de cuidados⁽¹¹²⁾. Continuamente se desarrollan nuevos modelos y constructos que pueden facilitar la comprensión, medición e incluso prevención de las consecuencias psicoemocionales en este grupo profesional.

Las primeras aportaciones a esta temática se remontan a la década de los 80 a través de publicaciones muy influyentes realizadas por Pearlman y McLan⁽¹¹³⁾, Figley⁽¹¹⁴⁾ y Stamm⁽¹¹⁵⁾. Aunque cada autor formuló un concepto diferente, lo cierto es que todos ellos hacían referencia al mismo proceso de cansancio que genera trabajar con personas víctimas de experiencias traumáticas: trauma vicario (VT), fatiga por compasión (CF) y estrés traumático secundario (STD), respectivamente. De hecho, los tres son aceptados por la comunidad científica. Más recientemente, Stamm⁽¹¹⁶⁾ introdujo la calidad de vida profesional como una de las propuestas teóricas con mayor respaldo empírico, en la que su utilidad radica en integrar los dispares conceptos en un modelo general; QOL significa calidad de las emociones relacionadas con las

actividades profesionales que implican ayudar a los demás, por tanto, dependientes de entornos de trabajo positivos y negativos.

Stamm⁽¹¹⁶⁾ describe el modelo como una distribución dentro de un continuo en extremos polares. En los perímetros más alejados se encuentra el concepto de satisfacción por compasión (CS), más comúnmente descrito como la realización personal derivada de ayudar a quienes se encuentran en situaciones estresantes y que implica un excelente entorno de trabajo donde las personas pueden sentirse profesionalmente competentes y hábiles para contribuir al bienestar social general⁽¹¹⁷⁾. CS es la dimensión positiva de CVP y, por lo tanto, ayuda a amortiguar algunos de los efectos nocivos de ayudar en las funciones laborales en quienes reciben ayuda⁽¹¹⁸⁾. En este sentido, se ha postulado que cada individuo que realiza este tipo de trabajo inevitablemente desarrolla un estado de agotamiento físico, emocional y mental como tal, en el extremo más alejado del continuo hipotético encontramos CF, que es una función del estrés de la asistencia a personas vulnerables y/o víctimas de trauma, se considera un síndrome de burnout más complejo que comprende burnout y ETS como constructos distintos y convergentes⁽¹¹⁹⁾; Por lo tanto, CF no tiene una única terminología o proceso⁽¹²⁰⁾.

Figura 1.
Componentes de la calidad de vida profesional.



Nota: Extraído de Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal⁽¹²¹⁾.

Otros factores que contribuyen al desarrollo de la fatiga por compasión incluyen los siguientes:

- Ausencia de conocimiento sobre la fatiga por compasión
- Apoyo inadecuado de los pares
- Falta de tiempo y habilidades en la atención al paciente
- Sobreimplicación del profesional sanitario, tanto emocional como mental

De igual forma, se postula que los problemas físicos y psicológicos del personal, como la presencia de depresión o una propensión preexistente a la misma; pérdida de sueño por la naturaleza de la condición de los pacientes; estrés o ansiedad se relacionaron directamente con una mayor manifestación del síndrome de burnout. La salud del trabajador, el autocuidado y las condiciones del puesto de trabajo también inciden en su posible aparición (122).

Cuestionario y actividades

1. ¿Cómo puede el personal de enfermería desarrollar y mantener la resiliencia en el contexto de los cuidados paliativos para mejorar su bienestar y la calidad de atención a los pacientes?

2. ¿Qué estrategias de afrontamiento son más efectivas para prevenir el agotamiento emocional entre los profesionales de enfermería en cuidados paliativos?

3. ¿Cuáles son los principales signos de agotamiento emocional en los profesionales de la salud expuestos a la muerte y el sufrimiento?

4. ¿Cuáles son las tres dimensiones principales que caracterizan el síndrome de burnout en los profesionales de la salud?



5. ¿Cuáles son algunos de los factores que contribuyen al desarrollo de la fatiga por compasión?

1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO:
**LA ESENCIA DE
LA ENFERMERÍA**

Capítulo

XII

**Enfoque Holístico en la
Muerte Digna**



Objetivo del Capítulo

- Fortalecer el rol del profesional de enfermería como defensor de los derechos del paciente al final de la vida, incluyendo el respeto por su autonomía, decisiones y valores personales.
- Promover el respeto a una muerte digna mediante el cuidado integral, ético y humanizado proporcionado por los profesionales de enfermería.
- Diseñar e implementar planes de cuidado individualizados, centrados en garantizar el confort físico, emocional, social y espiritual del paciente durante el proceso de muerte ofrecer el acompañamiento de la familia en la fase duelo.

Generalidades

El concepto de muerte digna ha ganado cada vez más atención en los últimos años, a medida que la sociedad comienza a reconocer la importancia de una atención al final de la vida que respete los valores y preferencias del individuo. Un enfoque holístico de la muerte digna abarca no solo los aspectos físicos de la muerte, sino también las dimensiones emocionales, sociales y espirituales que contribuyen al bienestar general de una persona, este enfoque prioriza la comodidad del paciente y el apoyo de sus seres queridos, asegurando una transición compasiva de la vida a la muerte.

Al integrar varias facetas de la atención, el modelo holístico proporciona un marco integral que puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes que enfrentan enfermedades terminales, al mismo tiempo que aborda las necesidades de sus familias. Este ensayo explorará la definición de un enfoque holístico de la muerte digna, los componentes que conforman la atención holística en situaciones de fin de vida y los numerosos beneficios asociados con este modelo de atención.

Un enfoque holístico de la muerte digna se basa fundamentalmente en la comprensión de que la atención sanitaria se extiende más allá del mero tratamiento físico. Se reconoce al paciente como una persona completa, que abarca sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

La atención holística tiene como objetivo crear un entorno en el que los pacientes puedan morir sin sufrimiento, rodeados del amor y el apoyo de sus familias. Morir con dignidad implica la ausencia de dolor físico y malestar, que se logra mediante estrategias eficaces de manejo del dolor y el apoyo emocional de los cuidadores y los familiares⁽¹²³⁾.

Se enfatiza la importancia de los planes de atención personalizados; tiene en cuenta la historia clínica y las circunstancias únicas de cada paciente para adaptar un plan de tratamiento que se alinee con sus valores y deseos⁽¹²⁴⁾. Al centrarse en la totalidad de la experiencia del paciente, un enfoque holístico fomenta una comprensión más profunda de lo que constituye la dignidad en la muerte, lo que la convierte en una consideración vital tanto para los proveedores de atención médica como para las familias.

Los componentes de la atención holística en situaciones de fin de vida son diversos y están interconectados, y los cuidados paliativos son una piedra angular de este enfoque. El objetivo principal de los cuidados paliativos es aliviar el sufrimiento de los pacientes y sus familias a través de evaluaciones integrales y tratamientos personalizados que aborden diversos síntomas y desafíos emocionales⁽¹²⁵⁾. Este tipo de atención a menudo incluye una combinación de intervenciones médicas, asesoramiento psicológico, atención de relevo y terapias alternativas diseñadas para satisfacer las necesidades únicas de cada paciente.

Investigaciones han identificado seis elementos esenciales de la atención paliativa domiciliar de calidad que son fundamentales para una atención eficaz al final de la vida: trabajo en equipo integrado, manejo del dolor y los síntomas físicos, apoyo emocional, atención espiritual, participación familiar y continuidad de la atención. Estos componentes funcionan sinérgicamente para garantizar que los pacientes reciban una atención coordinada que respete sus preferencias y, al mismo tiempo, aborde la dinámica compleja de la participación familiar durante este momento desafiante⁽¹²⁶⁾. Al centrarse en estos elementos esenciales, la atención holística tiene como objetivo crear un entorno de apoyo que mejore la calidad de vida incluso ante una enfermedad terminal.

Los beneficios de un enfoque holístico para una muerte digna son múltiples, en particular cuando se compara con los cuidados paliativos estándar. Los pacientes que participan en la terapia de dignidad (un componente de la atención holística) informan mejoras significativas en su calidad de vida, un mayor sentimiento de dignidad y una mayor sensación de control sobre su proceso de muerte⁽¹²⁷⁾, este enfoque no solo reconoce las necesidades físicas del paciente, sino que también reconoce las dimensiones emocionales y espirituales que contribuyen a su bienestar general.

Al cuidar tanto al paciente moribundo como a su familia, un enfoque holístico fomenta una sensación de presencia y conexión que puede ser profun-

damente reconfortante durante el viaje del final de la vida⁽¹²³⁾, este enfoque es vital para preservar la identidad humana, aliviar el sufrimiento y respetar los valores culturales, lo que permite a los pacientes experimentar una muerte lo más libre de dolor y con el menor apoyo posible⁽¹²³⁾. En última instancia, un enfoque holístico fomenta un entorno en el que los pacientes se sienten valorados y cuidados, lo que refuerza la importancia de la atención compasiva en las etapas finales de la vida.

El enfoque holístico de la muerte digna ofrece un marco integral y compasivo para la atención al final de la vida que aborda las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de los pacientes. Al integrar varios componentes de la atención, como los cuidados paliativos y la terapia de la dignidad, este modelo mejora la calidad de vida de los pacientes y garantiza que su transición de la vida a la muerte se caracterice por la comodidad y el respeto. Los beneficios de este enfoque se extienden más allá del individuo, abarcando las necesidades de las familias y preservando la dignidad del proceso de morir.

A medida que la sociedad continúa lidiando con las complejidades de la muerte y el morir, adoptar una perspectiva holística será crucial para fomentar la dignidad y la compasión en la atención al final de la vida.

Dignidad y Respeto al Final de la Vida

El final de la vida es un viaje profundo que plantea importantes cuestiones éticas y morales sobre cómo se debe tratar a las personas a medida que se acercan a sus últimos días. En el centro de este discurso están los conceptos de dignidad y respeto, que desempeñan un papel crucial en la configuración de las experiencias de los pacientes que reciben cuidados paliativos. La dignidad abarca la percepción de la autoestima y el valor de un individuo durante sus momentos finales, mientras que el respeto implica reconocer sus elecciones, preferencias y derechos inherentes como seres humanos.

El concepto de dignidad al final de la vida es multifacético y profundamente personal, la dignidad suele entenderse de manera individualista, lo que significa la perspectiva única de cada persona sobre el valor de su vida y sus experiencias, se extiende más allá de la mera comodidad física; abarca dimensiones psicológicas, emocionales y sociales que contribuyen al sentido de autoestima de una persona.

En los cuidados paliativos, el mantenimiento de la dignidad es primordial, ya que puede influir significativamente no solo en la calidad de la atención recibida, sino también en el bienestar emocional general del paciente y sus

seres queridos. Las investigaciones indican que los pacientes que perciben que se respeta su dignidad informan niveles más altos de satisfacción con su atención, lo que puede conducir a mejores resultados psicológicos y una experiencia más pacífica al final de la vida⁽¹²⁷⁾. El papel de los proveedores de atención médica en esta dinámica es fundamental, ya que sus prácticas e interacciones diarias pueden mejorar o socavar el sentido de dignidad de un paciente. Al fomentar un entorno que respete los valores y preferencias individuales, los profesionales pueden contribuir a una experiencia digna para quienes están al final de la vida. Esto implica no solo controlar los síntomas físicos, sino también escuchar activamente a los pacientes y respetar sus deseos, reforzando así su dignidad frente a una enfermedad terminal⁽¹²⁷⁾.

El respeto es otro pilar de una atención eficaz al final de la vida, ya que fomenta un entorno en el que los pacientes se sienten valorados y reconocidos por su valor intrínseco. Cuando los proveedores de atención médica demuestran respeto por sus pacientes, infunden un sentido de confianza que es vital para la comunicación abierta y la toma de decisiones compartida, esto es particularmente crucial en los entornos de cuidados paliativos, donde los pacientes a menudo se enfrentan a importantes desafíos emocionales y existenciales.

El respeto se manifiesta de diversas formas, incluido el respeto a la autonomía del paciente, que es el derecho de las personas a tomar decisiones informadas sobre su propia atención médica. Este principio es fundamental para la práctica médica ética y subraya la importancia de cumplir con los deberes del proveedor de atención médica para beneficiar al paciente y evitar dañarlo⁽¹²⁸⁾. Al involucrar activamente a los pacientes en sus planes de atención y respetar sus elecciones con respecto al tratamiento y las intervenciones, los proveedores de atención médica pueden empoderarlos para mantener el control sobre sus experiencias al final de la vida. Este empoderamiento no solo mejora su dignidad, sino que también refuerza su identidad como individuos con opiniones, preferencias y deseos que merecen reconocimiento y validación⁽¹²⁹⁾. En esencia, el respeto en los cuidados al final de la vida no es simplemente una obligación profesional, sino un profundo reconocimiento de la humanidad de cada paciente.

Las estrategias para garantizar la dignidad y el respeto en situaciones de fin de vida son esenciales para mejorar la calidad de la atención brindada a los pacientes. Un enfoque eficaz es la terapia de la dignidad, que se centra en tareas de conservación de la dignidad que permiten a los pacientes participar en conversaciones significativas sobre sus vidas, relaciones y legados, este

proceso terapéutico alienta a los pacientes a articular sus valores, creencias y deseos, fomentando un sentido de propósito y conexión incluso ante una enfermedad terminal.

Actividades como resolver relaciones, compartir palabras de amor y preparar un documento de legado para los seres queridos son componentes integrales de la terapia de la dignidad, ya que ayudan a los pacientes a reflexionar sobre sus vidas y encontrar el cierre⁽¹²⁷⁾. El sistema de salud puede implementar programas de capacitación que enfatizan la importancia de las habilidades de comunicación y el compromiso empático. Al dotar al personal de salud de las herramientas necesarias para comunicarse eficazmente con los pacientes y sus familias, los sistemas de atención sanitaria pueden crear un entorno más compasivo y respetuoso que priorice la dignidad del paciente⁽¹²⁷⁾ además, fomentar la colaboración interdisciplinaria entre los equipos de atención sanitaria puede garantizar un enfoque holístico de la atención, mediante el cual se aborden colectivamente las necesidades emocionales, espirituales y físicas de los pacientes, como tal, la integración de estas estrategias no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también refuerza las obligaciones éticas de los proveedores de atención sanitaria de defender la dignidad y el respeto al final de la vida⁽¹²⁷⁾.

No se puede restar la importancia que tiene la dignidad y el respeto en los cuidados al final de la vida, estos conceptos sirven como principios rectores que informan las prácticas de los proveedores de atención médica y dan forma a las experiencias de los pacientes a medida que transitan su último viaje. Al priorizar la dignidad, los profesionales de la salud pueden mejorar la calidad de la atención, promover el bienestar emocional y empoderar a los pacientes para que mantengan el control sobre sus decisiones. De manera similar, fomentar una cultura de respeto garantiza que se reconozca a los pacientes como individuos con necesidades y preferencias únicas. Implementar estrategias como la terapia de la dignidad y promover la comunicación respetuosa puede mejorar aún más la experiencia de fin de vida de los pacientes, lo que en última instancia conduce a un entorno de atención médica más compasivo y ético.

Aspectos Bioéticos en la Muerte Digna

El concepto de muerte digna ha surgido como un tema central en el campo de la bioética, en particular a medida que los avances en la tecnología médica prolongan la vida de maneras que a menudo prolongan el sufrimiento de los pacientes terminales. La muerte digna abarca el derecho a morir con

respeto, autonomía y un dolor mínimo, especialmente para quienes enfrentan enfermedades terminales, plantea importantes cuestiones éticas sobre el equilibrio entre preservar la vida y permitir a las personas la autonomía para elegir el momento y la forma de su muerte, al examinar estas dimensiones, podemos comprender mejor la compleja interacción de la ética, la ley y los valores sociales en la búsqueda de una muerte digna.

Los principios éticos que rodean la muerte digna son fundamentales para comprender los debates actuales sobre la eutanasia y el suicidio asistido, en el centro de este discurso se encuentra el derecho a una muerte digna, que enfatiza que la solicitud de dicha muerte no debe ser simplemente el derecho a que un paciente muera, sino más bien el derecho de las personas a tomar decisiones informadas sobre su propia atención al final de la vida en una etapa terminal o durante los últimos días de vida. Esta perspectiva está profundamente arraigada en el principio de autonomía, que subraya la importancia de la toma de decisiones individual y el respeto por los valores y preferencias personales en la ética médica. Beauchamp y Childress articularon cuatro principios básicos para la bioética: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia⁽¹³⁰⁾. Estos principios proporcionan un marco para evaluar la ética de la muerte digna; la autonomía respalda el derecho de los pacientes a tomar decisiones sobre sus propias vidas, incluido el derecho a elegir cuándo y cómo terminar con su sufrimiento. Por el contrario, los principios de beneficencia y no maleficencia enfatizan la obligación del proveedor de atención médica de actuar en el mejor interés del paciente y evitar causarle daño.

Sin embargo, el panorama ético se complica por el hecho de que una ligera mayoría de los médicos (56,8%) cree que la eutanasia activa es éticamente inaceptable, mientras que el 43,2% ve mérito en soluciones alternativas⁽¹³¹⁾. Esta división entre el sistema de salud refleja debates sociales más amplios sobre la moralidad y la ética de la eutanasia, destacando la tensión entre preservar la vida y el imperativo ético de aliviar el sufrimiento.

Los marcos legales y las políticas en torno a la muerte digna varían significativamente en diferentes jurisdicciones y son fundamentales para dar forma al panorama ético de la eutanasia y el suicidio asistido.

En países como Bélgica y Colombia, se han establecido regulaciones que despenalizan la eutanasia, lo que permite a las personas el derecho legal de elegir una muerte digna en circunstancias específicas⁽¹³²⁾. Por el contrario, en lugares como Suiza, el suicidio asistido es legal, lo que refleja un enfoque más permisivo hacia las opciones al final de la vida, estos estatutos legales no solo

proporcionan un marco para la práctica de la eutanasia, sino que también dan forma a las percepciones públicas y la aceptación de tales opciones.

Las directivas anticipadas juegan un papel crucial en este contexto, una directiva anticipada es un conjunto de instrucciones hechas por una persona competente sobre su tratamiento al final de la vida, que se activa cuando la persona ya no puede comunicar sus deseos⁽¹³³⁾. Este instrumento legal empodera a las personas para mantener la autonomía sobre sus decisiones de atención médica, reforzando el principio ético de la autodeterminación. Sin embargo, el examen de los argumentos éticos centrales a favor y en contra de la eutanasia y el suicidio asistido a menudo revela una compleja interacción de autonomía, beneficencia y no maleficencia, donde los beneficios percibidos de aliviar el sufrimiento deben sopesarse frente a las posibles implicaciones morales de acelerar la muerte⁽¹³⁴⁾. El panorama legal que rodea la muerte digna, por lo tanto, no solo tiene que ver con las leyes en sí mismas, sino también con la forma en que estas leyes interactúan con las consideraciones éticas y los valores sociales.

Las actitudes sociales y las perspectivas culturales influyen significativamente en el discurso en torno a la muerte digna, en particular en lo que respecta a la eutanasia y el suicidio asistido. En varias culturas, factores como el altruismo y la conciencia desempeñan un papel fundamental en la configuración de cómo las comunidades ven el acto de terminar la vida prematuramente, por ejemplo, en muchas culturas asiáticas, hay un fuerte énfasis en el altruismo, donde las personas pueden sentir una obligación moral de evitar causar daño a otros, incluso en el contexto de ayudar a una muerte digna⁽¹³⁵⁾. Este contexto cultural puede conducir a la resistencia contra la eutanasia, ya que las personas lidian con las implicaciones morales de asumir un papel activo en la muerte de otra persona.

A esto se le suma que las principales influencias en las actitudes hacia la muerte asistida por un médico a menudo tienen su raíz en creencias religiosas y espirituales, así como en la edad, más que en la etnia o el género⁽¹³⁶⁾. Esto sugiere que a medida que la sociedad evoluciona, también lo hacen las opiniones sobre las prácticas al final de la vida, influenciadas por el cambio generacional en valores y creencias. Además, los factores culturales en última instancia determinan los conceptos de muerte de los pacientes, sus preferencias sobre dónde morir y sus decisiones sobre las intervenciones de atención médica⁽¹³⁷⁾.

Comprender estos matices culturales es esencial para los sistemas de salud y los encargados de formular políticas a medida que navegan por las complejidades de la muerte digna, asegurando que sus enfoques sean sensibles a las diversas opiniones de las diferentes comunidades.

En el ámbito de la atención sanitaria, el bienestar holístico de los pacientes trasciende el mero tratamiento físico; abarca dimensiones emocionales, psicológicas y espirituales.

Es importante el respeto a las prácticas y creencias espirituales de los pacientes, ya que la espiritualidad desempeña un papel crucial en la forma en que las personas perciben la salud, la enfermedad y la curación. La espiritualidad puede entenderse en términos generales como una exploración personal del significado de la vida, a menudo entrelazada con creencias o prácticas religiosas.

Para comprender la importancia de respetar las prácticas y creencias espirituales, es esencial entender primero las definiciones y dimensiones de la espiritualidad dentro del contexto de la atención médica. La espiritualidad suele ser multifacética y abarca aspectos como el significado, el propósito, la interconexión y la trascendencia.

Según un marco propuesto en el campo de la atención médica, la espiritualidad incluye dimensiones como las creencias personales, las prácticas comunitarias y la relación con lo trascendente o divino⁽¹³⁸⁾. Un estudio que exploró las perspectivas sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual entre personas con enfermedades avanzadas reveló que los pacientes a menudo obtienen fortaleza y consuelo de sus creencias espirituales durante tiempos de crisis de salud⁽¹³⁹⁾ el mismo estudio destacó que el cuidado espiritual no es simplemente un complemento de la atención médica, sino que es integral para abordar las necesidades emocionales y existenciales de los pacientes. Al centrarse en estas dimensiones, los profesionales de la salud pueden fomentar un entorno que facilite debates abiertos sobre la espiritualidad, lo que en última instancia contribuye a una atención integral y compasiva.

El impacto de respetar las prácticas espirituales en la atención al paciente es profundo y puede influir significativamente en los resultados de salud, las investigaciones indican que las personas que se identifican como espirituales tienden a mostrar una perspectiva más positiva de la vida y reportan una mejor calidad de vida, particularmente en situaciones de salud desafiantes, como el cáncer avanzado⁽¹⁴⁰⁾.

Los beneficios psicológicos derivados de las prácticas espirituales pueden mejorar la resiliencia y los mecanismos de afrontamiento de los pacientes,

lo que lleva a una mejor adherencia a los regímenes de tratamiento y mejores resultados generales de salud, por ejemplo, los estudios han demostrado que las intervenciones espirituales, como la oración, la meditación y la participación en servicios religiosos, pueden afectar positivamente el bienestar emocional e incluso pueden promover la salud física, particularmente entre los pacientes con enfermedades crónicas, incluido el VIH/SIDA^[4]. Esta conexión subraya la necesidad de que los proveedores de atención médica reconozcan e integren la atención espiritual en sus planes de tratamiento, ya que puede conducir a un enfoque más holístico que aborde tanto las necesidades físicas como espirituales de los pacientes.

Para respetar e incorporar de manera efectiva las creencias espirituales de los pacientes en las prácticas de atención médica, los servicios de salud deben adoptar estrategias específicas que promuevan la evaluación y el cuidado espirituales. Una herramienta valiosa en este esfuerzo es el Cuestionario de Evaluación Espiritual de Enfermería (NSAQ), que fue diseñado para evaluar los niveles de comodidad de los profesionales de la salud al hablar de espiritualidad con los pacientes⁽¹⁴¹⁾.

Al utilizar estos instrumentos, los servicios de salud pueden obtener información crucial sobre las necesidades y preferencias espirituales de sus pacientes, mejorando así la calidad de la atención brindada. Además, realizar una historia espiritual durante las evaluaciones de los pacientes permite a los profesionales de la salud identificar cuándo derivar a los pacientes a capellanes o proveedores de atención espiritual, lo que fomenta un enfoque colaborativo para la atención al paciente⁽¹⁴⁰⁾.

Para promover esta integración, es esencial implementar una capacitación en competencia cultural que dote a los trabajadores de la salud de las habilidades necesarias para abordar las diversas creencias espirituales de sus pacientes. Las estrategias para promover estos objetivos pueden incluir el desarrollo de equipos interdisciplinarios que enfatizan la atención espiritual, creando así un sistema de apoyo integral que se alinee con los valores y creencias espirituales de los pacientes⁽¹⁴²⁾.

Respetar las prácticas y creencias espirituales de los pacientes es un componente vital de la atención médica holística, al comprender las dimensiones de la espiritualidad, reconocer su impacto en la atención al paciente y emplear enfoques estratégicos para integrar la atención espiritual en la práctica médica, los proveedores de atención médica pueden mejorar significativamente el bienestar general de sus pacientes, este respeto no solo promueve

una mejor calidad de vida, sino que también fomenta una alianza terapéutica que reconoce la intrincada relación entre la espiritualidad y la salud. En última instancia, el compromiso de honrar las creencias espirituales es esencial para brindar una atención compasiva y centrada en el paciente.

Involucrar a la familia en el proceso de cuidado y toma de decisiones

El papel de la familia en la atención médica se reconoce cada vez más como un aspecto fundamental de la atención eficaz al paciente y de la toma de decisiones, la participación de los miembros de la familia en el proceso de atención no solo mejora el apoyo emocional de los pacientes, sino que también mejora la comunicación, la comprensión de las afecciones médicas y los resultados generales de salud.

A medida que evolucionan los sistemas de atención médica, se vuelve esencial reconocer las contribuciones fundamentales que realizan los miembros de la familia en la gestión de las decisiones relacionadas con la salud, en particular para las personas que enfrentan situaciones médicas complejas. Al examinar estos aspectos, podemos apreciar mejor el papel integral que desempeñan las familias en la atención médica y cómo su participación puede conducir a una mejor experiencia de los pacientes.

Los miembros de la familia a menudo sirven como la principal fuente de consuelo en momentos de angustia, brindando apoyo emocional y tranquilidad a los pacientes que pueden sentirse abrumados por sus situaciones médicas. Cuando los servicios de salud comunican terminologías médicas complejas, los miembros de la familia pueden ayudar a cerrar la brecha entre el lenguaje clínico y la comprensión del paciente, traduciendo la jerga en información más accesible.

Este papel de apoyo se vuelve cada vez más vital ya que los pacientes con frecuencia pasan más tiempo con sus familias que con los proveedores de atención médica, lo que permite a los miembros de la familia observar cambios en el comportamiento, el estado de ánimo y la condición física que pueden ser cruciales para una planificación eficaz de la atención.

Las relaciones intergeneracionales que existen entre los pacientes y sus familias desempeñan un papel esencial y complejo en la toma de decisiones médicas, por ejemplo, los pacientes mayores pueden depender en gran medida de sus hijos o nietos para recibir orientación, mientras que los pacientes más jóvenes pueden buscar la aprobación de sus padres o tutores, las investigaciones han demostrado que la participación de los miembros de la

familia en el proceso de toma de decisiones conduce a mejores resultados de salud, como una reducción de las hospitalizaciones y los errores de salud, así como mejoras en la experiencia general de atención para los pacientes y sus seres queridos⁽¹⁴³⁾. Para involucrar de manera efectiva a las familias en la atención, los servicios médicos pueden implementar varias estrategias que promuevan la colaboración y la comunicación, uno de los pasos más críticos es programar reuniones familiares con los centros de atención, lo que permite que los miembros de la familia participen en las discusiones sobre la salud de su ser querido, antes de estas reuniones, es beneficioso que los miembros de la familia preparen sus pensamientos, anotando cualquier pregunta o actualización sobre la condición del paciente. Esta preparación puede facilitar conversaciones más productivas y garantizar que los miembros de la familia se sientan capacitados para contribuir a las discusiones sobre la atención.

El Marco Nacional de Calidad enfatizan la importancia de desarrollar entornos respetuosos, de apoyo y de colaboración dentro de los entornos de atención médica, reconociendo que un enfoque basado en el equipo puede mejorar significativamente la participación familiar, las intervenciones prácticas, como las listas de preguntas, pueden ayudar a los familiares a superar las barreras a la participación en la toma de decisiones al guiarlos sobre qué preguntar durante las reuniones. Al brindar apoyo estructurado, los servicios médicos pueden fomentar una cultura de colaboración que valore las ideas y las contribuciones de los miembros de la familia durante todo el proceso de atención⁽¹⁴⁴⁾.

A pesar de los claros beneficios de la participación familiar en la atención, varios desafíos pueden obstaculizar la participación efectiva, uno de estos desafíos es lograr el delicado equilibrio entre la autonomía del paciente y la motivación de la familia para participar en las decisiones de atención médica. Las familias pueden tener opiniones firmes sobre el mejor curso de acción, que a veces pueden entrar en conflicto con los deseos del paciente.

La resolución de desacuerdos entre pacientes y familiares puede generar tensión y estrés, lo que complica el proceso de toma de decisiones, también se identifica como un desafío para la participación familiar en la atención primaria, incluida la posibilidad de una autonomía reducida del paciente y desacuerdos dentro de la familia. Estos desafíos pueden verse exacerbados aún más por factores sociales como la raza, el nivel socioeconómico (SES) y el nivel de educación, que han demostrado tener un impacto en la dinámica de la comunicación, la asistencia a las reuniones y las preferencias en cuanto a la educación de los padres. Como estos factores varían ampliamente entre

las diferentes familias, los servicios médicos deben estar en sintonía con estos matices y esforzarse por crear entornos inclusivos que respeten las diversas perspectivas y promuevan la atención colaborativa⁽¹⁴⁵⁾.

La participación de los miembros de la familia en el proceso de atención y toma de decisiones es esencial para mejorar los resultados del paciente y la experiencia general de la atención médica. Reconocer la importancia de la participación de la familia, implementar estrategias efectivas de colaboración y abordar los desafíos que surgen puede conducir a una atención más informada y compasiva. A medida que la atención médica continúa evolucionando, fomentar un entorno de apoyo para la participación familiar será crucial para optimizar la atención al paciente y garantizar que se escuchen y valoren las voces de quienes mejor conocen al paciente.

A través de este enfoque colaborativo, los sistemas de atención médica pueden satisfacer mejor las necesidades de los pacientes y sus familias, lo que en última instancia conduce a resultados más saludables y una comprensión más integral de la atención.

Cuestionario y Actividades

CASO

María, una mujer de 68 años, fue diagnosticada con un cáncer avanzado de páncreas y vías biliares hace un año. Actualmente, está en fase terminal y recibe cuidados paliativos y terapia del dolor en su domicilio. Vive con su esposo, quien es su cuidador principal, y su hija, quien la visita esporádicamente. María ha expresado en varias ocasiones su deseo de morir en casa, rodeada de su familia y sin sufrir dolor. También ha dejado claras sus voluntades anticipadas, solicitando no ser sometida a medidas invasivas que prolonguen innecesariamente su vida.

Actualmente presenta: un deterioro significativo. Se encuentra en cama, con fatiga extrema, pérdida de apetito, confusión intermitente, dolor abdominal que requiere manejo constante con opioides. Además, su familia experimenta angustia emocional, especialmente su esposo, quien siente miedo de no saber cómo manejar adecuadamente la situación.

El equipo de cuidados paliativos, liderado por un profesional de enfermería, la que ha sido asignado para garantizar una muerte digna para María. La enfermera debe evaluar sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales, al tiempo que apoya a la familia en este proceso.

.....

Cuál debe ser el enfoque de la profesional de enfermería para los cuidados que requiere el paciente.

1.- ¿Qué intervenciones de enfermería garantizarán el alivio del dolor y otros síntomas?

2.- ¿Cómo se pueden prevenir complicaciones como úlceras por presión en la fase final?

3.- ¿Qué estrategias puede utilizar la enfermera para proporcionar apoyo emocional a María y su familia?

4.- ¿Cómo se puede manejar la confusión intermitente de María para garantizar su comodidad?

5.- ¿Cómo debe la enfermera actuar para respetar las voluntades anticipadas de María?

6.- ¿Cómo puede la enfermera facilitar la comunicación entre María y su familia para fortalecer los lazos en este momento crítico?

7.- ¿Qué recursos pueden incluirse en el plan de cuidados para brindar apoyo espiritual?

1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO:
**LA ESENCIA DE
LA ENFERMERÍA**

Referencias



1. Watson J. Ciencia Humana y cuidado humano: una teoría de enfermería New York: Nacional League for Nursing; 1988.
2. Hermosilla A, Mendoza R, Contreras S. Instrumento para valoración del cuidado humanizado por profesionales de enfermería en pacientes hospitalizados. *Index de enfermería*. 2016; 25(4).
3. Nightingale et al. *Notas de Enfermería: Qué es y qué no es* Barcelona: Masson; 1995.
4. Henderson V. *an Overview of Nursing Research: Nursing Research*; 1966.
5. Oliverira et al. Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. *Enfermería global*. 2006; 8.
6. Walker C. Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. *Journal of Advanced Nursing*. 1996; 24.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *La informática y la Telemática en el campo de la salud, Usos actuales y potenciales* Washington, DC: OPS; 1990.
8. Feito L. *Promoción Popular Cristiana*. Madrid; 2000.
9. Organización Mundial de la Salud. *Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer : informe de un Comité de Expertos de la OMS*. [Online].; 1990. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/41759>.
10. Vidal N. La gestión del cuidado humanizado de enfermería en la era digital. *Rev Cuba Enferm*. 2019.
11. Campiño, S et al. Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado brindado por estudiantes de enfermería. *Universidad y Salud*. 2019; 21(3).
12. Cruz C. La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería (Montev.)*. 2020; 9(1).
13. Maely et al. Contribución de la teoría entorno saludable de Florence Nightingale en la prevención de la leptospirosis. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2023; 27.
14. Cohen J. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *Journal of Advanced Nursing*. 1991; 16.

15. Watson J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería: Facultad de Enfermería y Nutriología. Semblanza_Jean_Watson; 1999.
16. Robby F. Los tres paradigmas de salud y nacimiento desde una perspectiva femenina. [Online].; 2017. Available from: https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/05_TRES_PARADIGMAS.pdf.
17. Sánchez J. La dignidad humana y derechos humanos: Universidad de San Buenaventura; 2017.
18. Baillie L. Patient dignity in an acute hospital setting: A case study. *International Journal of Nursing Studies*. 2009; 46(1).
19. Manthorpe et al. Dementia, dignity and quality of life: Nursing practice and its dilemmas. *International Journal of Older People Nursing*. 2010; 5(3).
20. Milton C. The ethics of respect in nursing. *Nursing Science Quarterly*. 2005; 18(1).
21. Borhani et al. Status of human dignity of adult patients admitted to hospitals of tehran. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2014; 7.
22. Chambers et al. The experiences of detained mental health service users: Issues of dignity in care. *BMC Medical Ethics*. 2014; 15.
23. López et al. Enfermería y derechos humanos: Una reflexión de pasado, presente y futuro. *Escritos de enfermería*. 2008.
24. Urra et al. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*. 2011; XVIII(3).
25. Guzzetta C. *Essential readings in holistic nursing Maryland*: ASPEN; 1998.
26. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). *Servir a la comunidad y garantizar la calidad: Las enfermeras al frente de la Atención Primaria de Salud Ginebra, Suiza*: CIE; 2008.
27. Gutiérrez R. La humanización de la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2017; 10(1).
28. De la Rica M. El sentido de la dignidad del paciente oncológico en el final de la vida: Universidad de Zaragoza; 2017.

29. Lin Y, Tsai Y. Maintaining patients dignity during clinical care. A qualitative interview study. *Journal Advanced Nursing*. 2011; 67(2).
30. Hsu et al. Healing in primary care: a vision shared by patients, physicians, nurses, and clinical staff. *The Annals of Family Medicine*. 2008; 6(4).
31. Cebrià J, Bosch J. ¿Seguro que se toma la medicación? FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria. [Online].; 2000. Available from: <https://www.fmc.es/es-seguro-que-se-toma-medicacion-articulo-13563>.
32. Subiela et al. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. [Online].; 2014. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200013.
33. Orbegozo A, Wilson A. *La Enfermería y la Filosofía de los Cuidados de la Vida: John Nash – Premio Nobel; 1994*.
34. Uribe S, Lagoueyte M. Estar ahí, significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería. *Av.enferm*. 2014; 32(2).
35. Medeiros de Brito et al. Espiritualidade na iminência da morte: estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. *Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro*. 2013; 21(4).
36. Beauchamp y Childress. *Ética Biomédica* Barcelona: Masson; 1999.
37. Insa F. *El debate sobre la futilidad médica: aportaciones de la moral cristiana* Roma, Italia; 2010.
38. Real Academia Española. *Calidad*. [Online].; 2024. Available from: <https://dle.rae.es/calidad>.
39. Center for the Study of Language and Information. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. [Online].; 2014. Available from: <http://plato.stanford.edu/>.
40. Díaz et al. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. [Online].; 2020. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000200020.
41. Watson J. *Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice*. *Texto contexto - enferm*. [Online].;

2007. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0104-07072007000100016&lng=en.
42. Villagra N, Ruoti M. Empoderamiento enfermero en las unidades de cuidados intensivos de adultos en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Mem. Inst. Invest. Cienc. Salud. 2018; 16(1).
 43. Wilson T. Manual de Empoderamiento: cómo conseguir lo mejor de sus colaboradores Reino Unido: Gestion2000; 1996.
 44. Mendoza et al. Adaptación al español del cuestionario de Condiciones de Efectividad en el Trabajo (CWEQII): Universitas Psychologica; 2014.
 45. Kanter R. Men and Women of the Corporation. 2nd ed New York, NY: Basic Books; 1993.
 46. Friend M, Sieloff C. Empowerment in Nursing Literature: An Update and Look to the Future. Nursing science quarterly. [Online].; 2018. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=30223743&lang=es&site=ehost-live>.
 47. Alles M. Nuevo enfoque diccionario de competencias La Trilogía Argentina: Granica; 2009.
 48. Spence L. Manual de Usuario Conditions for work effectiveness questionnaire I and II. Londres. [Online].; 2012. Available from: <https://www.uwo.ca/fhs/hkl/cweq.html>.
 49. Morales et al. Validación y estandarización del instrumento: Evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado en enfermeras mexicanas. Enferm. univ. 2016; 13(1).
 50. Concepción et al. La fenomenología, un método para el estudio del cuidado humanizado. Revista Cubana de Enfermería. 2019.
 51. Waldow V. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. Index Enferm. 2014; 23(4).
 52. Organización Mundial de la Salud. Consejo Internacional de Enfermeras. Formulación de Estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000: Ginebra; 1979.

53. Pérez E. Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. [Online].; 2016. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062016000200006.
54. Consejo Internacional de Enfermeras. Código de ética del cie para las enfermeras. [Online].; 2021. Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf.
55. Bartz et al. US Telenursing Collaborative Efforts to Achieve Goals. In Medetel Conference. Luxembourg: Consejo Internacional de Enfermeras; 2011. p. 1-15.
56. Sánchez T. Las lógicas del Telecuidado: La fabricación de la “autonomía conectada” en la teleasistencia para personas mayores Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Filosofía y Letras; 2012.
57. Arredondo C, Siles J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm. 2009.
58. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. [Online].; 2016. Available from: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>.
59. Perlasa J. Percepción de la Atención de Enfermería de los Pacientes sometidos a hemodiálisis Periódica frente a sus Reacciones Emocionales, Ecuador. [Online].; 2002. Available from: <http://usuarios.lycos.es/enfermeriapen/invesc/percepatención.htm>.
60. Gonzáles M. La Percepción; Mexico. [Online].; 2002. Available from: html.rincóndelvago.com/percepción_3html.
61. Day R. Psicología de la Percepción Humana D. F. México: Ed. Limusa Wiley S. A.; 1994.
62. Koziar B. Fundamentos de Enfermería España, Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 1999.
63. Whittaker J. Psicología México D.F.: Edición Interamericana; 1986.
64. Meroni J. Manual de Psicología Barcelona, España: Editorial Morata; 1985.

65. Universidad en Internet. La calidad en salud y la satisfacción del paciente. [Online].; 2024. Available from: <https://www.unir.net/revista/salud/calidad-en-salud/>.
66. Gutiérrez R. La Satisfacción del Paciente como medida de la Evaluación de la Calidad Percibida; Toledo. [Online].; 2003. Available from: www.uclm.es/area/fac/cursos/pcte/ponencias/rodrigo%20gutierrez.pdf. Buscador Google. Percepción de la Calidad de Atención.
67. Donabedian A. Garantía y Calidad de la Atención Médica México: Instituto Nacional de Salud Pública; 1990.
68. DU GAS, Beverly Witter. Tratado de Enfermería Práctica. 4th ed. México: Editorial Interamericana; 1998.
69. Leddy S, Pepper J. Bases Conceptuales de Enfermería Profesional New York: Editorial OPS J. B. Lippincott Company; 1989.
70. Secretaría de Salud. Evaluación sistematizada de la calidad de los servicios de enfermería: Comisión Interinstitucional de Enfermería; 2002.
71. Bustamante E. El Cuidado Profesional de Enfermería Trujillo, Perú: Interamericana S.A.; 1996.
72. Martínez A. El profesional de enfermería en su entorno de trabajo. Humanización de la asistencia. In Pastor L, León F. Manual de ética y legislación en enfermería. Madrid: Mosby/Doyma; 1997.
73. Jiménez P. Cuidados de la autoestima del paciente hospitalizado. Revista Sociedad de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. 2000; 2.
74. Salgueiro A. Indicadores de Gestión y Cuadro de Mando Madrid. España: Editorial Díaz de Santos; 2001.
75. Amat J. El Control de Gestión: Una perspectiva de Dirección Barcelona: Ed. Ediciones Gestión 2000. S.A.; 1992.
76. Chiavenato I. Administración. Introducción a la Teoría General de la Administración. Séptima Edición ed.: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
77. Morfi S. Gestión del cuidado en Enfermería. Nursing care management. Revista Cubana de Enfermería. 2010; 26(1).
78. Esfero S, Paravic T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. Ciencia y Enfermería. 2010; XVI(3).

79. Ortiz A. Gestión del cuidado en enfermería. Universidad de Antioquia. Investigación y Educación en Enfermería. 2000; XVIII(1).
80. Celma V. Tesis doctoral. Cultura, organización y desarrollo profesional de las enfermeras: Universidad de Granada. Departamento de antropología social; 2007.
81. Cortés J. Gestión clínica y medicina familiar. [Online].; 2003. Available from: <http://www.1nfodoctor.org/rafabravo/aLhathtml>.
82. Complejo Hospitalario Norte. Gestión de Cuidados de Enfermería. [Online].; 2005. Available from: www.enfermeriajw.cl./GESTION_CUIDADOS_ENFERMERIA_CHNorte2005-2006.doc.
83. Ibarra A. Una perspectiva sobre la evolución en la utilización de las razones financieras o ratios. Pensamiento & Gestión. 2006; 21.
84. International Council of Nursing (CIE). Declaración de posición del CIE: Gestión de los servicios de enfermería y atención de Salud. Ginebra: CIE. [Online].; 2000. Available from: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A08_Gestion_servicios_enfermeria_atencion_salud-Sp.pdf.
85. Ramírez et al. Evaluación de la calidad del cuidado de Enfermera en la unidad de cuidados intensivos. Avances en Enfermería. ; 31(1).
86. Tincopa J. Gestion y Auditoría en Enfermería. Universidad de Panamá. 2012; 53.
87. Camelo et al. Auditoría de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: urna reviso da literatura. Revista eletrónica de Enfermagem. 2009; 11(4).
88. Martins et al. Auditoría de enfermería de la Salud Pública atención de calidad. Revista Multidisciplinar Científica Centro del Conocimiento. Edición especial de la Salud. 2017; 4.
89. Scarparo A, Ferraz C. Auditoría em Enfermagem: identificando sua concepção e métodos. Revista Brasileira de Enfermagem. 2008; p2751.
90. Henshall et al. Nursing resilience interventions—A way forward in challenging healthcare territories. J Clin Nurs. 2020; 29(19).
91. Han et al. Experience in the development of nurses' personal resilience: A meta-synthesis. Nurs Open. 2022; 10(5).

92. Huggard P, Huggard J. Self-Care of Health Professionals in a Palliative Care Environment. [Online].; 2024. Available from: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-319-31738-0_44-2.
93. Mills et al. Self-Care in Palliative Care Nursing and Medical Professionals: A Cross-Sectional Survey. *J Palliat Med*. 2017; 20(6).
94. Mesquita et al. Mindful Self-Care, Self-Compassion, and Resilience Among Palliative Care Providers During the COVID-19 Pandemic. *J Pain Symptom Manage*. 2022; 64(1).
95. Michael et al. The associations between resilience, self-care, and burnout among medical students. *PLoS One*. 2024; 19(9).
96. Cañas et al. Emotional experiences in palliative care and professional quality of life: a qualitative approach. *Palliat Care Soc Pract*. 2024; 18.
97. Sapeta et al. Adaptation and continuous learning: integrative review of coping strategies of palliative care professionals. *Palliat Med*. 2021; 36(1).
98. Rehder et al. Deaths of Despair: Conceptual and Clinical Implications. *Cogn Behav Pract*. 2021; 28(1).
99. National Institute of Mental Health. Post-Traumatic Stress Disorder. [Online].; 2024. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd>.
100. Dursun et al. Meaning in life, psychological hardiness and death anxiety: individuals with or without generalized anxiety disorder (GAD). *Curr Psychol*. 2022; 41(6).
101. Mrug et al. Emotional Desensitization to Violence Contributes to Adolescents' Violent Behavior. *J Abnorm Child Psychol*. 2016; 44(1).
102. Oosterhuis H, de Stegge C. Between Emotional Involvement and Professional Detachment: The Challenges of Nursing in Dutch Mental Institutions (1880–1980). *Social History of Medicine*. 2021; 34(4).
103. Joo et al. The benefits and challenges of established peer support programmes for patients, informal caregivers, and healthcare providers. *Fam Pract*. 2022; 39(5).
104. Zandi et al. The effectiveness of mindfulness training on coping with stress, exam anxiety, and happiness to promote health. *J Educ Health Promot*. 2021; 10(1).

105. Booth J, Neill J. Coping strategies and the development of psychological resilience. *Journal of Outdoor and Environmental Education*. 2017; 20(1).
106. Bährer-Kohler S. Burnout for experts. Preventing in the context of living and working New York: Springer Press; 2013.
107. Ahola et al. Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. *Burnout Research*. 2014; 1.
108. Schonfeld I, Bianchi R. Burnout and depression: Two entities or one? *Journal of Clinical Psychology*. 2016; 72.
109. Maslach C, Leiter M. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016; 15.
110. Shirom A, Melamed S. A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*. 2006; 13.
111. Bakker A, Leiter M. Work engagement: A handbook of essential theory and research New York: Psychology Press; 2010.
112. Avieli et al. Predicting professional quality of life among professional and volunteer caregivers. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2016; 8.
113. Pearlman L, Mclan P. Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1995; 26.
114. Figley C. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized New York: Brunner-Routledge; 1996.
115. Sprang et al. Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*. 2007; 12.
116. Stamm B. *The Concise ProQOL Manual*. 2nd ed.: Pocatello, ID; 2010.
117. Stamm B. Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. C.R. Figley ed. New York: Brunner-Routledge; 2002.

118. Mathieu F. The compassion fatigue workbook. Creative tools for transforming compassion fatigue and vicarious traumatization New York: Taylor & Francis Group; 2012.
119. Cocker F, Joss N. Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2016; 13.
120. Barr P. Compassion fatigue and compassion satisfaction in neonatal intensive care unit nurses: Relationships with work stress and perceived social support. *Traumatology*. 2017; 23.
121. Marín M. Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 2017; 9(2).
122. UNIR La Universidad en Internet. ¿Qué es la fatiga por compasión y cómo afrontarla? [Online].; 2023. Available from: <https://www.unir.net/revista/salud/fatiga-por-compasion/>.
123. Raffi F, Abredari H. Death with Dignity in End-of-Life Nursing Care: Concept Analysis by Rodgers' Evolutionary Method. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2023; 28(2).
124. Arne Wellness Center. The Difference Between Holistic and Traditional Medicine. [Online].; 2024. Available from: <https://www.arnewellness-centercolorado.com/blog/the-difference-between-holistic-and-traditional-medicine/>.
125. Rome et al. The Role of Palliative Care at the End of Life. *Ochsner J*. 2011; 11(4).
126. Seow H, Bainbridge D. A Review of the Essential Components of Quality Palliative Care in the Home. *J Palliat Med*. 2017; 20(1).
127. Kennedy G. The Importance of Patient Dignity in Care at the End of Life. *Ulster Med J*. 2016; 85(1).
128. Four Oaks Healthcare. The Importance of Dignity and Respect in Care. [Online].; 2023. Available from: <https://www.fouroakshealthcare.co.uk/blog/dignity-and-respect-in-care/>.
129. Akdeniz et al. Ethical considerations at the end-of-life care. *SAGE Open Med*. 2021; 12(9).

130. Cheraghi et al. Clarification of ethical principle of the beneficence in nursing care: an integrative review. *BMC Nurs.* 2023; 22(1).
131. Banovi et al. An Ethical Review of Euthanasia and Physician-assisted Suicide. *Iran J Public Health.* 2017; 46(2).
132. Picón et al. Euthanasia and assisted suicide: An in-depth review of relevant historical aspects. *Ann Med Surg (Lond).* 2022; 75. ScienceDirect. Advance Directive. [Online].; 2016. Available from: <https://www.sciencedirect.com/topics/nursing-and-health-professions/advance-directive>.
133. Petra S. Investigation of the ethical and legal issues of euthanasia and assisted suicide. *Open Access J Sci.* 2024; 7(1).
134. Karumathill et al. Culture and Attitudes Towards Euthanasia: An Integrative Review. *OMEGA - Journal of Death and Dying.* 2022; 86(2).
135. Bloomer et al. Maybe for unbearable suffering: Diverse racial, ethnic and cultural perspectives of assisted dying. A scoping review. *Sage Journals.* 2024; 38(9).
136. Glyn et al. How do cultural factors influence the provision of end-of-life care? A narrative review. *Applied Nursing Research.* 2023; 73.
137. de Brito et al. Defining Spirituality in Healthcare: A Systematic Review and Conceptual Framework. *Front Psychol.* 2021; 12.
138. Fitch M, Bartlet R. Patient Perspectives about Spirituality and Spiritual Care. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2019; 6(2).
139. Puchalski C. The role of spirituality in health care. *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2001; 14(4).
140. Rachel et al. Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomed.* 2019; 90(4).
141. Swihart et al. *Cultural Religious Competence in Clinical Practice: StartPearls Publishing;* 2023.
142. Ambula. Benefits of Family Involvement in Patient Care. [Online].; 2024. Available from: <https://www.ambula.io/benefits-of-family-involvement-in-patient-care/#:~:text=By%20involving%20families%20in%20the,more%20patient%2Dcentered%20healthcare%20system>.

143. Anderson et al. Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: A systematic review of qualitative evidence. *Palliat Med.* 2019; 33(9).
144. Riffina et al. Challenges and Approaches to Involving Family Caregivers in Primary Care. *Patient Educ Couns.* 2022; 104(7).

1era Edición

CUIDADO HUMANIZADO: LA ESENCIA DE LA ENFERMERÍA



Publicado en Ecuador
Enero 2025

Edición realizada desde el mes de octubre del 2024 hasta
enero del año 2025, en los talleres Editoriales de MAWIL
publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 50, Ejemplares, A5, 4 colores; Offset MBO
Tipografía: Helvetica LT Std; Bebas Neue; Times New Roman.
Portada: Collage de figuras representadas y citadas en el libro.