

Susan A. Salladay, PhD, RN

MALTRATO INFANTIL

Seguir una corazonada

Me encanta mi trabajo en una clínica de diálisis porque me permite conocer bien a mis pacientes. Una de mis pacientes tiene dos hijas, una de 13 y otra de 11 años. Recientemente, esta paciente me explicó que su novio “Juan” quería mudarse y ayudarla con las niñas. Parece intranquila y bromea afirmando que estos días él pasa más tiempo con las niñas que con ella. Cuando le pregunto cómo se siente al respecto, refiere que no están seguras de este paso en su relación con Juan. No estoy segura de si Juan podría estar abusando sexualmente de las niñas. Es solo una corazonada, por lo que me resisto a expresarla en público. ¿Cómo debo afrontar esta situación? —A.B., N.J.

Escuchar a los pacientes es un arte y no debería ignorar una corazonada sobre maltrato infantil. Plantee su preocupación a la supervisora y revise la normativa del centro sobre esta cuestión y el procedimiento para informar de una sospecha de maltrato, que debería ser congruente con la legislación estatal. En su estado, por ejemplo, “cualquier persona que tenga una causa razonable para creer que un niño está siendo objeto de maltrato o de actos de abuso deberá informar inmediatamente. El informante no tiene por qué aportar



pruebas de maltrato para presentar un alegato o informe y puede hacerlo de forma anónima”¹. Todos los estados ofrecen inmunidad a las personas que informan, de buena fe, de sospecha de maltrato infantil².

En este caso, ¿es razonable su preocupación? Puesto que usted tiene una relación terapéutica con esta paciente, puede intentar reunir más información haciéndole algunas preguntas y reflejando sus observaciones. Podría decir, por ejemplo, “Noto ciertas dudas en tu voz cuando hablas de Juan.

¿Cuánto hace que le conoces y qué sabes de su vida anterior?”.

También puede preguntar a la paciente lo que sabe sobre los abusos sexuales en general. Considere la posibilidad de que Juan esté abusando de ella también. Ofrezcale información sobre el abuso sexual y recursos específicos para que pueda conseguir ayuda si la precisa. Manteniendo una actitud y una voluntad de escucha, abierta y reflexiva, que permita afrontar los miedos que su paciente no puede expresar abiertamente, estará defendiendo a su paciente y a las niñas.

BIBLIOGRAFÍA

1. State of New Jersey. Department of children and families. How and when to report child abuse/neglect. <http://www.state.nj.us/dcf/reporting/how>
2. Child Welfare Information Gateway. The role of professional child care providers in preventing and responding to child abuse and neglect. <https://www.childwelfare.gov/pubs/usermanuals/childcare/chapterthree.cfm>

COMPORTAMIENTO POCO PROFESIONAL

Demasiado poco serio

Después de terminar un curso acreditado sobre heridas, empecé a trabajar en un nuevo hospital. Suelo admirar a los expertos con los que trabajo, pero a su vez estoy desilusionada con las conductas que a veces tienen. Por ejemplo, ayer durante un desbridamiento, la enfermera y el médico hacían bromas continuas sobre la profundidad de la úlcera. En un momento dado, la enfermera estrujó y sacudió el envoltorio vacío de un paquete de gasas en el campo estéril. Cuando se lo comenté, el médico me dijo que no me preocupara puesto que ya habían finalizado prácticamente el procedimiento. Parece que aquí se toman las cosas poco en serio. ¿Cómo puedo hablar de una conducta poco profesional sin parecer una sabelotodo?—P.E., MASS.

Aborde las situaciones delicadas como esta planteando una sencilla pregunta en lugar

de aseverar. Por ejemplo, en lugar de decir, “Has violado la esterilidad del campo” pregunte, ¿Podrías ayudarme a comprender la base científica que explica algo así? Plantear una pregunta esencial es menos agresivo y centra el foco en la responsabilidad en otros, al ofrecer la oportunidad de reflexionar sobre la cuestión.

A quién preguntar y en qué momento plantear la pregunta es también importante. Por ejemplo, en este caso, de forma idónea, debería trasladar la pregunta a su supervisora o tutora, para poder debatir las cuestiones de seguridad y de comportamiento poco profesional en profundidad y a solas.

En el futuro, informe de comportamientos poco profesionales o brechas en la seguridad de los pacientes a su supervisora y emita un informe según la normativa del centro. Ello llevará el debate de los eventos adversos y otras cuestiones de seguridad a la mesa de los gestores de calidad, seguridad y gestión del riesgo, activando acciones correctivas.

Entretanto, dese la oportunidad de conocer su trabajo y a sus compañeros un poco mejor. Las oportunidades están, y se sentirá menos intimidada si en el futuro tiene que plantear algún otro dilema ético.

RETRASO EN EL TRATAMIENTO

¿Solo curiosidad?

Mi paciente, de 44 años, tiene un cáncer de mama avanzado. Fue visitada por un oncólogo por primera vez la semana pasada. Me gustaría saber por qué negó sus síntomas durante tanto tiempo, puesto que ello puede ser un factor sobre el que pueda preparar el plan de cuidados. Pero no quisiera que pensara que la estoy juzgando o cuestionando. ¿Es esta una cuestión que puedo plantearle abiertamente?, Si es así, ¿cuál es la mejor forma de ganarme su confianza? —A.L., CALIF.

Antes de preguntar a su paciente por qué actuó de ese modo, tómese un tiempo para preguntarse a sí misma cómo se

siente acerca de la situación. ¿Enojada? ¿Frustrada? Si es así, ¿está segura de que estos sentimientos no emergerán cuando hable con ella? Al reconocer sus propios sentimientos y asunciones estará mejor preparada para afrontar la situación y actuar con profesionalidad en la realización de la valoración de la paciente. Si no se ve capaz de hacer esto, considere la posibilidad de que otra enfermera se haga cargo de esta paciente.

A continuación, considere lo que realmente quiere saber al preguntar a su paciente sobre el retraso en el tratamiento. Si es “solo curiosidad” o si ya ha identificado la causa y solo intenta confirmar que su hipótesis es correcta, por lo que preguntar a la paciente no sería procedente y sobrepasa los límites de su responsabilidad como enfermera. Estaría invadiendo la intimidad de su paciente, y al hacerlo actuaría de forma antiética y poco profesional. Pero si usted tiene una razón profesional válida para plantear esta pregunta, e intenta aclarar un aspecto necesario para la evaluación profesional de la situación, entonces esta pregunta forma parte de la valoración clínica y éticamente puede plantearla.

Una vez cuidé a una paciente en una situación parecida. Estaba preocupada por su negativa a hablar sobre los motivos del retraso en contactar para tratamiento, porque con solo mencionarlo, ella empezaba a llorar. Estaba claro que aquello la angustiaba. Estableciendo una comunicación terapéutica respetuosa para ganarme su confianza descubrí que su hermana había muerto de un cáncer de mama varias décadas antes y tuvo una muerte dolorosa. Entonces pude ayudarla a comprender que como los avances en salud a lo largo de los años habían sido múltiples, las cosas no tenían por qué ser igual. Hablar del tema la ayudó a superar parte de su sentimiento de culpa y la desconfianza en

los profesionales. Con todo ello, se sintió más capaz de cooperar con nosotros a lo largo de su tratamiento.

INTIMIDAD DEL PACIENTE

Salvar la diferencia cultural

Mi paciente, de 42 años, se recupera de una histerectomía. Tiene profundas creencias islámicas, incluido llevar el hijab (un vestido negro que cubre todo su cuerpo y un velo) durante todo el ingreso. De acuerdo con los deseos de su familia, la intervención había sido programada por una cirujana y todo el equipo quirúrgico eran mujeres. Pero debido a un problema de comunicación, uno de los miembros del equipo era un hombre. El error se comentó con su marido, el cual está comprensiblemente disgustado, y mi paciente también está angustiada. Esto ha hecho prácticamente imposible proporcionarles unos cuidados adecuados porque se resiste a que nadie “ni tan siquiera las enfermeras” le examine la herida o la toque. ¿Cómo podría recuperar su confianza y proporcionarles unos cuidados competentes, seguros, efectivos y éticos?—J.R., MICH.

La negativa de su paciente a aceptar los cuidados puede estar causada por la pérdida de confianza en los profesionales, tal y como usted misma sugiere, pero también puede ser un reflejo de su marco cultural. Las mujeres musulmanas que se adhieren a un código estricto de separación en relación al tacto pueden no aceptar desnudarse o ser tocadas por nadie, ni tan siquiera por otra mujer que no sea musulmana¹.

Si su hospital dispone de alguna enfermera o trabajadora social musulmana, ofrezca a la paciente un encuentro con ellas para compartir sus preocupaciones y hallar una solución cómoda para ella. Entre tanto, extreme las atenciones para mantener su

intimidad. Por ejemplo, ponga un cartel en la puerta indicando que debe llamarse y *esperar respuesta* antes de entrar para que la paciente tenga tiempo de cubrir su cuerpo y su cabello antes de que alguien entre en la habitación. Considere sus preferencias dietéticas, lo cual es un aspecto clave en la cultura musulmana. Al proporcionar los cuidados, evite exponer las partes que no sean absolutamente imprescindibles. Pregúntele si desea estar acompañada por una mujer de la familia durante los procedimientos enfermeros y médicos².

Conozca todo lo que pueda a su paciente y acerca de su fe y procure transmitir respeto por sus creencias. Si tiene una copia del Sagrado Corán en la mesilla, por ejemplo, procure no tocarlo ni colocar objetos sobre él.

Recuerde también que puede no compartir algunos valores sobre la autonomía de los pacientes y el consentimiento informado propios del sistema de salud norteamericano.

Por ejemplo, puede preferir que sea su esposo el que tome las decisiones por ella. Si este es el caso, el médico deberá pedir permiso a la paciente para hablar de estas cuestiones con el marido, y posteriormente registrar esta conversación en la historia clínica².

Al mostrar respeto a la paciente basado en la comprensión en profundidad de su fe, la ayudará a reconstruir la confianza y a aceptar mejor los cuidados enfermeros que necesita para su pronta recuperación. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Nursesaid's Blog (n.d.). Religion and Muslim culture on human beliefs. <http://nursesaid.wordpress.com/about>
2. Hammoud MM, White CB, Fetters MD. Opening cultural doors: providing culturally sensitive healthcare to Arab American and American Muslim patients. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(4):1307-1311. <http://coe.stanford.edu/courses/ethmedreadings07/em0703mahari2.pdf>

Susan A. Salladay es enfermera docente especialista en bioética y enfermería de salud mental y psiquiatría. Es profesora adjunta en el programa de Máster en la Liberty University Online. Dirección para el envío de preguntas: *Ethical Problems, Nursing2014*, 2001 Market Street, Philadelphia, PA. 19103 o por correo electrónico a PE-Nursing@wolterskluwer.com. Escriba “Ethical Problems” en la línea del asunto.