

# L'autonomia del pacient

## La autonomía en el cuidado de la salud

**Montserrat Busquets Surribas** / Profesora titular de Enfermería. Universidad de Barcelona

Las normativas éticas y jurídicas, los códigos éticos profesionales y la legislación vigente en nuestro país claramente defienden, en el ámbito de la salud, la autonomía y la libre elección de las personas. Sin embargo, todavía en ocasiones ello choca con una cultura profesional que, tanto a nivel individual como organizativo, convive aún con planteamientos autoritarios y paternalistas. Para situar la autonomía como uno de los vectores principales de la atención sanitaria, la legislación y las normas de conducta profesional son importantes, pero no lo es menos reformular los supuestos base de la cultura profesional. En este artículo vamos a tratar de analizar algunos de estos aspectos utilizando conocimientos y experiencia de las enfermeras tanto en su vertiente teórica como en la asistencial. En primer lugar analizaremos el sentido ético de la afirmación de que «la salud es más que la ausencia de enfermedad», posteriormente se profundiza en el aspecto ético del cuidado y por último trataremos de conceptualizar la autonomía de las personas de forma operativa planteando sus dimensiones y elementos que la favorecen.

### Consideraciones éticas sobre la noción de salud y de enfermedad

En las últimas décadas, en las sociedades democráticas se ha producido un importante cambio hacia la comprensión social del respeto por la persona y por las múltiples formas de vida, cambio que también ha llegado al sistema sanitario y a sus profesionales de la mano de normativas legales. Todo ello ha transcurrido al tiempo que el objetivo de la atención sanitaria ha ido desplazándose desde el combate a la enfermedad al cuidado de la persona enferma. Es en este sentido que vamos a analizar los conceptos de enfermedad y salud de forma que podemos entender su interrelación con la autonomía del sujeto enfermo o de la persona para mantener y llevar una vida saludable según ella misma lo entienda.

Las normas legales y éticas pueden intentar modificar la relación asistencial, pero no lo harán a menos que los supuestos sobre la salud y la enfermedad también sean revisados y analizados. Qué es salud, qué es enfermedad, cómo se interrelacionan, cómo se derivan de ello actitudes y conductas que o bien suponen la obediencia incondicional al experto y desarrollan y reproducen mecanismos de poder, o bien suponen la búsqueda particular de cada uno de vivir la enfermedad y la salud como parte inherente a la propia vida.

El concepto de autonomía moral de los pacientes, enfermos, usuarios, en la toma de decisiones de salud, también se explica entendiendo el concepto de salud como algo más que la ausencia de enfermedad. Los fenómenos que tienen lugar en las relaciones sanitarias, las acciones de profesionales y usuarios y las normativas que las regulan, tienen forzosamente un marco teórico que las sustenta, que en gran parte se

desarrolla sobre la idea de salud y de enfermedad. Ambos son dos conceptos nucleares de los que depende la participación activa de los usuarios, enfermos y sus familias. Podemos aventurarnos a pensar que depende de según cómo se entienda el significado de la salud, será menor o mayor el respeto y fomento de la autonomía moral de las personas sujetos de la atención.

Con frecuencia se alude que el objetivo básico de cualquier profesional sanitario es disminuir las causas de la enfermedad, intentar erradicarla, curarla y cuando no es posible ayudar a morir aliviando el dolor y el sufrimiento. Pero al mismo tiempo se comprende que más allá de la curación o no de la enfermedad, los profesionales deben velar por la salud de las personas y de la población en su conjunto. Así se introducen importantes cambios conceptuales ya que la salud implica, desde su aspecto subjetivo, trabajar considerando a la persona que se atiende como sujeto moralmente capaz, sujeto moralmente autónomo. Las decisiones y acciones sanitarias ya no dependen sólo del criterio profesional, sino también de las personas a las que se dirigen y de su entorno, frecuentemente la familia. Obviamente puede darse una tensión entre ellos: puede que lo que el paciente vive en sí mismo no sea lo que los otros perciben. Quizá el reto de nuestra sociedad hoy en día y concretamente del sistema sanitario y sus profesionales, sea hacer esta contradicción lo más gestionable posible, llevando a cabo estrategias que hagan de la contradicción un motivo para el diálogo, para la comunicación entre el que sufre, el paciente, y quienes le asisten y atienden, ya sean profesionales o no.

En este apartado vamos a analizar los conceptos de salud y enfermedad, con la intención de comparar la toma de decisiones y la participación e implicación de profesionales, usuarios, pacientes y familias, cuando la idea de curación de enfermedad rige las relaciones o bien cuando las rige el cuidado de la salud. Hoy en día comprendemos que la enfermedad es un estado que impide o dificulta que las personas puedan realizar sus actividades cotidianas y satisfacer sus necesidades. Por ello sabemos que la enfermedad disminuye la posibilidad de autocuidarse y hace que la persona requiera ayuda. A veces produce y a veces es causa de la disminución en las posibilidades de alimentarse, descansar, procurarse seguridad, aprender o relacionarse satisfactoriamente. La enfermedad surge cuando con los mecanismos y formas de adaptación habituales no se puede hacer frente a la nueva situación y la persona no puede cuidar de sí misma, ni dispone o no sabe utilizar los recursos necesarios para ello.

La salud se define como una armonía de la persona consigo misma, con los demás y con su entorno. La salud es tomar decisiones responsables hacia uno mismo, es medio e instrumento para la calidad de vida.

La salud implica algo más que una «situación de bienestar», el concepto se extiende hacia el desarrollo de un concepto global de la vida. Concepto que incluye cubrir las necesidades fundamentales para el mantenimiento de la vida, para el ocio y el desarrollo intelectual, la pertenencia y aceptación en el grupo determinado de convivencia, la vinculación a causas consideradas buenas por la persona y el desarrollo de la capacidad de optar y decidir lo que uno quiere para sí mismo y llevarlo a cabo. Supone desde la óptica profesional el trabajo de prevención y promoción de conductas, hábitos y entornos lo más favorecedores posibles para poder optar al máximo nivel de salud posible. Es ahí donde radica la importancia del cuidado y de que la relación con el paciente sea terapéutica y la importancia de la consideración del

paciente como agente moral, capaz de desarrollarse y de tomar decisiones sobre su vida. De ello depende que una situación de enfermedad pueda ser vivida lo más saludablemente posible, e incluso sea una situación de aprendizaje que ayude al paciente a desarrollar cotas de autonomía superiores.

En resumen podemos enunciar cinco elementos clave relativos al concepto de salud:

- El concepto de calidad de vida; como atención y ayuda a las necesidades fundamentales para la supervivencia y desarrollo de las personas: vivienda y medio ambiente saludable y un nivel de recursos económicos que permita la obtención de los medios necesarios. La calidad de vida es un concepto subjetivo; por ello la calidad de vida precisa del nivel de autonomía personal que permita la opción deseada.
- El concepto de felicidad; como el sentirse bien con uno mismo, la capacidad de poder ser uno mismo optando las diversas alternativas posibles. La felicidad ligada al bienestar. Es también una noción muy personal que requiere un bagaje psicológico de autoanálisis que permite el autocontrol y puesta en marcha y búsqueda de recursos.
- El concepto de utilidad; como la idea de pertenecer y ser aceptado por el grupo social en el que se vive. La posibilidad de intervenir que infiere importancia a la persona en tanto que agente que participa activamente en su grupo o comunidad.
- El concepto de ocio y de tiempo libre; como la capacidad de pasarlo bien desde el desarrollo artístico, de los sentidos, de la palabra, de las acciones que no tiene una productividad directa, sino que lo que persiguen es el placer de los que las disfrutan.
- El control de la enfermedad y sus secuelas, que comprende desarrollar y llevar a cabo las máximas posibilidades terapéuticas y de ponerlas al servicio de quienes lo necesiten.

De igual manera podemos esquematizar el significado de la enfermedad en estos cuatro puntos:

- El significado del dolor; no sólo como la recepción y percepción de estímulos dolorosos, sino en una dimensión más amplia que contempla el dolor emocional y el dolor de la pérdida como elementos de la existencia humana.
- El significado de la incapacidad y la dependencia; la vivencia de necesidad de los demás y de imposibilidad o dificultad en obtener la ayuda adecuada. No poder desarrollar la vida tal y como uno es capaz de concebir por carecer de ayuda o de posibilidades de obtenerla.
- Carecer de la red social y sanitaria que ayude a buscar soluciones y hacer frente a las situaciones de necesidad. Al mismo tiempo, el no disponer de información acerca de los recursos, posibilidades, ofertas, o tener una información sesgada o no veraz.
- Dificultad de poner en marcha posibilidades personales de actualizarse y adaptarse a los cambios que la vida conlleva relacionados con el ciclo vital, los imprevistos, las limitaciones personales.

El diseño del futuro sanitario deseable va de la mano de la concreción de los ideales sociales de libertad y autonomía, igualdad y justicia en el ámbito de la salud.

Ello significaría trabajar en nuevas definiciones de salud, de bienestar, de desarrollo humano, de vida buena y tratar de saber llevarlas a cabo en el trabajo cotidiano. Cumplir con los preceptos bioéticos significa ayudar a las personas a desarrollar su salud según ellas mismas, su entorno, cultura, posibilidades y voluntad. La cantidad de salud de la que podremos disponer no sólo se ve influenciada por factores hereditarios y ambientales, sino también por las oportunidades de que disponemos a lo largo de la vida para desarrollarnos y eso está relacionado con la voluntad y libertad individuales.

### **Consideraciones sobre el cuidar**

El segundo aspecto a tratar en este artículo es el que se refiere al cuidado profesional y a la ética que de él se deriva. Partimos de la premisa de que el buen cuidado intenta ayudar a mantener la salud y a mejorar la calidad de vida desde la perspectiva particular de cada persona. Al entender que la necesidad de cuidados surge cuando uno no puede hacerse cargo de sí mismo, el cuidado trata de restablecer o incrementar el grado de capacidad de la persona en relación a su salud. Cualquier cuidado contempla la realidad vista desde quien vive la situación y considera que las relaciones humanas son el vehículo y la forma de poder comprenderla, al tiempo que vehículo para poder transmitir la propia visión que de ella se tiene. Dado que la salud es un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona, cuidar significa ayudar al bienestar y a la realización del potencial de creación de la persona. En este sentido quien cuida entiende que la experiencia de enfermedad forma parte de la experiencia de salud, siendo un aspecto significativo del proceso de cambio, desarrollo y evolución de la persona que atiende. La enfermedad y la muerte como última experiencia no son un fracaso, ambas son parte de la vida al igual que lo son el nacimiento y el desarrollo. Cuidar significará ayudar en la vida cotidiana, hacer posible que la situación de enfermedad, de dolor o pérdida pueda ser vivida de la mejor forma posible.

Cuidar es acompañar a la persona en sus experiencias de vida. Contempla la dignidad de la persona como algo siempre compatible con las técnicas y medios terapéuticos, rompe la dicotomía entre técnica y humanismo: ambos coexisten. El cuidado es un acto que prioritariamente debe respetar a la persona que lo necesita. Su autonomía y la participación activa es una noción clave. El cuidado profesional supone ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades cuando ellas no pueden hacerlo por sí mismas. La cualidad ética del cuidado se plasma en la realización de cuidados según lo haría la misma persona y/o considerando sus valores y creencias; por ello el respeto por las múltiples formas de vida es esencial para el trabajo de los profesionales sanitarios. Tratar de hacer evidente la dignidad en las actitudes y acciones profesionales concretas es tan importante como cualquier otro medio terapéutico. Cuidar implica cuidar humanamente, planteando alternativas a la cosificación del paciente y a entender su situación como un problema a resolver.

El cuidado es medio e instrumento para la calidad de vida. Concreta las necesidades humanas en torno a la vida cotidiana y cambia la dirección de las profesiones sanitarias hacia la ayuda necesaria para poderla llevar a cabo. Las experiencias de enfermedad o afrontar la muerte son parte de la vida, la salud en estas situaciones significa poder desarrollar el máximo potencial de la persona que las vive; el médico, la enfermera, la medicación, los tratamientos, cuidados y la tecnología no

son los sanadores o agentes de cambio, son instrumentos o medios: el agente de cambio y el principal recurso es la propia persona y su mundo.

En resumen:

El cuidado enfermero se plantea desde la comprensión de las experiencias de vida de las personas que hacen frente a momentos de vida difíciles como la enfermedad o la muerte.

El cuidado se define como la ayuda a las personas que en interacción con su entorno viven experiencias de salud, mereciendo especial relevancia el contexto, las vivencias, creencias, valores personales... El respeto por las ideas, creencias, formas de vida es parte del cuidado.

El principal protagonista es el paciente. La valoración, planificación, actuación y evaluación se lleva a cabo desde su perspectiva.

Se trata de ayudar a que la persona movilice sus propios recursos. Ayudarla a poder adaptarse lo mejor y más saludablemente posible a su nueva situación, o bien ayudarla a comprenderla mejor y adoptar conductas más saludables.

El cuidado hace participar a las personas, familias, grupos, a partir de su propio saber, su cultura, sus medios en la búsqueda y puesta en marcha de los mejores medios para vivir saludablemente o morir dignamente.

El cuidado se amplía a la familia y allegados, así como al contexto.

El cuidado busca el acuerdo entre el profesional y el paciente. Aún en situaciones de restricción de libertad o de falta de competencia, el acuerdo sigue siendo el objetivo de la relación y no la imposición autoritaria del planteamiento profesional.

## **Factores, formas y componentes de la autonomía**

### **Factores**

Hay factores que apoyan y fomentan la autonomía y factores que la restringen. Poder evidenciarlos es importante, pues permitirá modificar los aspectos necesarios en la cultura profesional y en la cultura del «enfermo» y familia en aras de normalizar las cotas de autonomía en la salud al mismo nivel que la autonomía en la vida diaria. El abandono y crítica del paternalismo pasa por la detección de los factores que influyen y fomentan la capacidad de tomar decisiones y su consideración como buena praxis profesional. En los párrafos siguientes vamos a intentar describir esos factores.

La información, la comunicación y la toma de decisiones.- Operativamente se puede decir que la capacidad de llevar a cabo acciones autónomas es la capacidad de pensar, decidir y de actuar basada en la decisión y la capacidad de comunicarse con otras personas. La autonomía tiene dos elementos cruciales en su puesta en práctica: la información y la intimidad. Puede parecer que la información es lo más importante. Si bien ésta es imprescindible para poder tomar decisiones, también lo es crear un ambiente donde puedan tomarse esas decisiones y donde la seguridad y la integridad

estén lo más aseguradas posibles. La protección de la intimidad surge del concepto y respeto por la autonomía y abarca todo el proceso sanitario, desde el manejo de historias, la confidencialidad y el secreto profesional, al respeto por la intimidad física y el cuidado en la manipulación del cuerpo.

Hay muchas maneras de fomentar la autonomía de las personas en el ámbito sanitario. Los profesionales pueden fomentar la autonomía del usuario-paciente defendiendo sus derechos de información, mejorando las técnicas de comunicación de malas noticias y su relación de ayuda. Las enfermeras, dada su proximidad y continuidad en la atención, tienen múltiples ocasiones de contacto con el paciente, ocasiones en las que pueden «traducir» las informaciones médicas, reformularlas y ayudar a su comprensión. Así mismo, incluir la autonomía en el cuidado y no tan solo en los tratamientos y procedimientos médicos, es otro factor nuclear que ayuda a la persona a comprender su situación y a situarse frente a ella con mayor capacidad para decidir y actuar autónomamente. Mantener la autodeterminación en lo posible y el máximo de tiempo posible, estableciendo relaciones de confianza, es una de las estrategias señaladas por numerosos autores. Por ejemplo, la autonomía en el aseo y cuidado personal en las personas ingresadas en centros sanitarios, o la información de todas las rutinas hospitalarias en un paciente en una unidad de pacientes psiquiátricos, pueden ayudar a fomentar el máximo nivel de autonomía posible incluso en situaciones en las que la propia supervivencia depende de los demás. La autonomía en el cuidado está relacionada con el bienestar de los usuarios-pacientes. Una persona enferma, puede tener un elevado nivel de dependencia pero, sin embargo, sentirse autónoma; ello aparece muy relacionado con la forma de llevar a cabo el cuidado de sus necesidades.

En relación a las limitaciones de la autonomía sabemos que, si bien es un derecho, no es absoluto. Si bien es un principio, puede no ser siempre prioritario. Una limitación importante viene de intentar minimizar el daño que la persona pueda hacerse a sí misma. Puede haber consenso en que la autonomía puede restringirse, sin embargo la defensa del mejor interés para el paciente lleva a que la restricción de información o la imposición de un cuidado o tratamiento debe ser la menor posible y durar el menor tiempo posible y que el respeto a la persona implica que siempre haya una información y acompañamiento y que en lo posible se le ayude a comprender los motivos profesionales de este tipo de actuación. Al mismo tiempo, el cuidado respetuoso puede ayudar a que estas situaciones de riesgo de lesión y que precisan medidas de contención o de incapacitación sean las mínimas, duren el menor tiempo posible y puedan ser vividas por el paciente de la mejor forma. Una posición profesional de ayuda activa puede ayudar al paciente a vivir la restricción de su libertad como una situación generadora de salud, a comprender mejor su problema y a encontrar formas más saludables de hacerle frente. También es importante señalar que un cuidado centrado en el paciente puede en muchas ocasiones incrementar su competencia, ya que el propio cuidado puede ayudar a prevenir situaciones de agitación y riesgo y puede ayudar a comprender en términos de vida cotidiana el alcance de las decisiones. Las limitaciones que provienen de los factores internos de la propia persona, como sus habilidades o capacidades, están ligadas a su experiencia vital y tienen que ver con su biografía y su experiencia personal en tomar decisiones, responsabilizarse de sí mismo, comunicarse y comprender. Por ello al cuidar no hay que olvidar que el objetivo es tratar de aumentar la autonomía y decisión de cada persona, sea cual sea su punto de partida, y no sólo evaluar su grado y nivel de competencia. Identificar sus limitaciones personales es más para tratar de subsanarlas que para delimitar su grado de participación.

La individualización del cuidado y la relación de ayuda.- Otro aspecto importante son las rutinas asistenciales y como éstas se imponen a la persona, que además de hacer frente a la enfermedad, tratamiento y cuidados, debe adaptar su vida cotidiana a las formas preestablecidas por el centro sanitario y/o sus profesionales. A menudo estas situaciones pueden provocar mayores cotas de dependencia. Las rutinas tienen que ver con las necesidades básicas, higiene, nutrición, eliminación, relaciones personales, visitas de familiares y amigos, reposo/sueño... Los aspectos derivados de la organización son cruciales, ya que es obvio que cuando alguien requiere hospitalización va a tener algunas restricciones y que en aras de la recuperación de su salud deberá atenerse a ellas. Es importante la actitud de «abogados» de los profesionales con respecto a los derechos de los pacientes. La individualización de la atención, que establece las medidas particulares en cada situación y la revisión periódica de que las rutinas tengan como objeto a la persona son aspectos cruciales. Esto es, la introducción de las preferencias del paciente-usuario, respetando sus propias formas de cubrir sus necesidades y cuando ello no es posible exponer los motivos. Los efectos de la imposición de las rutinas son más evidentes e incluso dramáticos conforme más institucionalizada sea la persona. Es decir, a mayor dependencia del sistema sanitario se corre el riesgo de mayor limitación de la autonomía. Incluso podemos encontrar en pacientes el temor a manifestar sus deseos o incluso a molestar con ellos a los profesionales.

Uno de los instrumentos clave para la operativización de la autonomía son las relaciones interpersonales que establecen los profesionales. Para ello parece clave reconvertir la relación interpersonal en relación de ayuda, centrándola en las necesidades del paciente y no en las necesidades de los profesionales. Es necesario retomar el conocimiento psicológico los factores y técnicas estudiadas en las relaciones humanas y contextualizarlas en las relaciones entre profesionales y usuarios, pacientes y sus familiares. La relación de ayuda supone ayudar a la persona a dirigir su vida. Mucho más que dirigirla desde fuera, la relación de ayuda implica que el profesional no adopte la postura de padre o madre, sino la postura de quien desde la persona que posee conocimientos y experiencias que son necesarias para resolver la situación. Se basa en el respeto de la persona y trata de trabajar desde ella. Ya hemos señalado anteriormente que la enfermedad y la salud se pueden considerar como procesos de aprendizaje y de vida en los que la persona desarrolla sus potencialidades. Al tratar de encontrar elementos que puedan ayudar a operativizar el concepto de autonomía, pueden ser de ayuda la calidad de las relaciones establecidas, es decir, como el usuario-paciente y su familia perciben las relaciones con los profesionales. Así vemos que la relación interpersonal se convierte en relación de ayuda y la persona que realiza el cuidado se convierte en elemento terapéutico. Las actitudes profesionales y personales pasan a tener una vertiente ética importante de la que depende muchas veces el éxito del cuidado y tratamiento. Sentir la presencia del o la profesional, sentirse sujeto y no objeto, sentir seguridad, seguir siendo uno mismo a pesar de depender de otros, etc. hacen participar de forma activa al paciente o usuario incluso en las ocasiones en las que no pueda realizar nada por sí solo. La denominada «presencia cuidadora» es una de las actitudes principales a través de la que se expresan el sentimiento de preocupación e interés por la vivencia y por la situación concreta del paciente, y puede ser uno de los factores clave de su participación activa.

## Formas

A continuació planteamos tres diferentes formas que puede tener la autonomía. Puede ser importante conocerlas porque puede ayudarnos a trabajarla e identificarla mejor.

Proceso y grado.- La autonomía y también la libertad no deben entenderse como un todo o nada, más bien son un continuum íntimamente ligado con la biografía de cada ser humano. Más que un todo o nada, la autonomía es una cuestión de grado. Es decir, algo que se va adquiriendo con la edad y el proceso de maduración. Por tanto, la autonomía es el resultado de un aprendizaje y tiene que ver con la posibilidad de la persona de comprender su situación, establecer su propia escala de valores y actuar en consecuencia. Esta formulación nos permite entender dos supuestos: uno, aprendemos a ser autónomos y ello es a lo largo de toda la vida; y dos, podemos serlo para unas decisiones y no para otras. Nos permite comprender la autonomía como una noción ideal y considerar que la persona es agente autónomo, competente para unas cosas y no para otras, desde que nace hasta que muere.

Decisión y acción.- Es factible comprender que uno puede tomar decisiones pero que no pueda llevarlas a cabo, o bien que para poder decidir es necesario acudir a terceros. Esta idea rompe el supuesto de que para poder ser autónomo hay que ser independiente. Más al contrario se puede plantear que la autonomía es interdependencia. Una persona autónoma es la que establece sus propias redes de interdependencia de acuerdo a sus valores y principios. Es decir, podemos plantear que existe una autonomía de decisión y otra de acción. Podemos conjugar entre decidir y actuar como aspectos relacionados pero no obligadamente causa efecto.

Directa y delegada.- La autonomía puede ser llevada a cabo por uno mismo, es decir, la autonomía directa, pero también puede ser delegada. Alguien en quien yo confío decide por mí puesto que está en mejores condiciones que yo de hacerlo, y yo estoy de acuerdo con ello. En la autonomía delegada hay que discutir sobre la capacidad de representación y sobre si los representantes actúan en nombre de quien representan o de otros intereses. En el ámbito psiquiátrico es importante la cuestión del acuerdo como camino para que los profesionales se conviertan en verdaderos agentes en los que el paciente pueda realmente delegar su autonomía. La delegación supone para el que la ejerce una posición activa de defensa y garantía de la misma. En sanidad hay autores que consideran que las enfermeras ocupan un lugar preferente como defensoras del paciente, como si fueran las abogadas de sus intereses.

Inmediata y a largo plazo.- Por último podemos plantear la autonomía como la toma de decisiones inmediatas, las decisiones y acciones del hoy o del mañana próximo, frente a la autonomía a largo plazo, la posibilidad de proyectarse hacia el futuro y de decidir de antemano el curso de las acciones. Cuidar a un paciente implica ayudarlo a decidir por sí mismo, en las situaciones de cuidados concretas, pero también supone ayudarlo a tomar responsabilidad de sí mismo, sobre aquello que puede más o menos predecirse, para poder ser protagonista activo de los acontecimientos de su vida. Es decir, de una situación no autónoma, en la que han decidido profesionales o familiares por el paciente, porque se presenta de forma inesperada o urgente, podemos derivar a una situación en la que si bien la necesidad

de atención es la misma, la autonomía del paciente puede estar más asegurada, porque se ha trabajado en ello de antemano.

### Componentes

La razón y la sensibilidad.- En las decisiones que tomamos los seres humanos, además de los conocimientos, los deseos y la voluntad juegan un papel importante y a menudo decisivo. Estos factores han sido, con frecuencia, desestimados e infravalorados por la posición paternalista, ligando la toma de decisiones tan sólo al aspecto cognoscitivo, es decir, al saber, olvidando el querer: las cuestiones de los deseos y de la voluntad. Para tomar decisiones la persona precisa información lo más ajustada a su realidad, que le ayude a decantarse por una u otra opción. Ahora bien, se pueden conocer las indicaciones de un tratamiento y no desear llevarlo a cabo sin que eso suponga que la persona está equivocada y no es autónoma. Y por el contrario, tampoco podemos pensar que el hecho de aceptar la propuesta profesional implique de forma directa que la decisión es fruto de la autonomía del paciente. También sabemos que si bien el saber es importante, no lo es menos el querer, las cuestiones de la voluntad, del estar dispuesto a hacer algo, a comprometerse con ello, a aceptar las consecuencias. En la toma de decisiones se conjuga de la vida valorativa y la cognoscitiva.

En definitiva podemos esquematizar los aspectos que pueden ayudar a mejorar la autonomía de la siguiente forma:

- Mejorar los sistemas y formas de comunicación
- Respetar la individualidad
- Establecer reciprocidad entre el profesional y el paciente-usuario
- Demostrar competencia profesional en el mantenimiento de la seguridad sin utilizar la jerarquía, ni relaciones de poder
- Reconocer los beneficios positivos de la participación activa
- Demostrar la intención de los profesionales de disminuir el poder y el control de la situación
- Proporcionar el acceso a una información y conocimientos adecuados y comprensibles
- Ayudar al paciente a la comprensión y conocimientos apropiados teniendo en cuenta sus propias formas

También podemos establecer que la mejora de la autonomía de los usuarios y pacientes puede suponerles:

- Sentimiento de contribución
- Mejora en la comunicación
- Disminución del número de quejas
- Retroalimentación relativa al cuidado y tratamientos
- Incremento del poder del paciente-usuario
- Compromiso en la toma de decisiones
- Mejora en la calidad de vida
- Mejor comprensión y mejor autocuidado
- Disminución de sentimientos de impotencia
- Disminución de dependencia de los profesionales
- Incremento de estrés emocional

## BIBLIOGRAFÍA

- Antón, P.; Busquets, M.: «Bioética y enfermería», en Casado, M. (ed) Materiales de bioética y derecho. Barcelona, Cedecs, 1996.
- Bilbeny, N.: La revolución en la ética. Hábitos y creencias en la sociedad digital. Anagrama, Barcelona, 1997, pp. 168-190.
- Buckman, R.: Com donar males notícies. Guies per els professionals de la salut. Eumo, Vic, 1998.
- Busquets, M.: «El consentiment informat: una visió infermera». Bioética & debat, Any IV n. 14.
- Codi d'Ètica d'Infermeria. Consell de Col·legis d'Infermeria de Catalunya.
- Código Deontológico de la Enfermería Española. Organización Colegial de Enfermería. Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería de España.
- Colliere, F.: Promover la vida. MacGraw Hill, Madrid, 1993.
- Davis, A.: La ética del cuidado. Enf. clinica vol. 9, n. 1 pp. 21-34.
- Drane, F.: «The many faces os competencie» The hasting center report. 1985.
- Henderson, V.: «Principios básicos de los cuidados de enfermería» Consejo Internacional de Enfermería. Ginebra. 1991.
- Kerouac, S.: El pensamiento enfermero. Masson, Barcelona, 1996.
- Leininger, M: «Cultura, care, diversity and universality». National Leage of Nursing. New York. 1991.
- Leino-Kilpi et al.: «Patient's autonomy, privacy and informed consent» Proyecto financiado por la European Commission, Directorate General XII, Science, Research and Developement y publicado en la colección Biomedical and Healt Research, en Netherlands por OIS Press, 2000.
- Mayeroff, M.: On caring. Harper and Row, New York, 1990.
- Nightingale, F.: Notes of nursing. Applenton&Co, New York, 1860.
- Orem, D.: Nursing, conceps and practice. Mosby company, Sant Louis, 1991.
- Tshudin, V.: Ethics in nursing. The caring relationship. Heinneman, Oxford, 2004.
- Tshudin, V.: Ethics, nurses and patients. Scutari Press, London, 1993.
- Watson, J.: Nursing: Human science and human care. A theory of nursing. National League of Nursing, New York, 1988.