



**T**odas las actividades humanas que quieran ser reconocidas como profesiones deben cumplir una serie de requisitos, y entre ellos destacamos tres:

- **Único:** El servicio ha de ser único, en la medida en que los profesionales reclaman el derecho a prestarlo a la sociedad en exclusiva, considerando intruso a cualquiera que desee ejercerlo desde fuera de la profesión. Esto se da en la Enfermería, de modo que la propia organización colegial se ocupa de denunciar a los “intrusos”
- **Definido:** Las prestaciones que de él pueden obtenerse deben estar claramente definidas, de modo que el público sepa qué puede esperar de esos profesionales, cuáles son sus funciones y competencias. Las enfermeras prestan cuidados profesionales que se dirigen a mantener la salud o cooperar en su recuperación, a prevenir la enfermedad y a ayudar a bien morir
- **Esencial:** Ha de tratarse de una tarea esencial, indispensable, es decir, de un tipo de servicio del que la sociedad no pueda prescindir sin perder una cuota de algo que le resulta funda-

mental, y que en nuestro caso es la salud, o el bienestar. La actividad que se califica como profesional es esencial hasta el punto de que en la actualidad, la mayor parte de las profesiones se encuentran en cierto modo intervenidas por el Estado, es decir, sufren una cierta presión institucional dirigida a hacer llegar los servicios profesionales a todos aquellos sectores de población donde se puedan necesitar.

El tipo de servicio que hace de la práctica de la Enfermería una actividad profesional es, como hemos dicho, el cuidado. La profesión enfermera tiene como acción y valor centrales el cuidado de la salud de las personas, en sus propias circunstancias y contextos y a lo largo de toda la vida. Éste es el valor que la enfermera proyecta a la sociedad o comunidad en la que radica y es el que da legitimidad a su actividad.

En el caso de la enfermera cristiana podríamos añadir algo más:

El servicio que prestamos es **único** porque tal vez la persona a la que atendamos no tendrá la oportunidad de encontrar en su camino a otro Hijo de Dios, que no sólo se preocupe por su

salud física o mental, sino también muestre interés por su salud espiritual. Muchos de nosotros conocemos el modelo de Virginia Henderson y sabemos que entre las catorce necesidades (adaptadas de la Pirámide de Maslow) que deben ser valoradas para planificar la intervención enfermera, se encuentra la de vivir de acuerdo a las propias creencias. Sin embargo, en muchas ocasiones, las más, este aspecto queda totalmente descuidado y nos limitamos a aceptar los deseos de los pacientes de ver a un sacerdote, si lo solicitan, o indicarles dónde está la capilla...

También es un servicio **definido** porque las personas pueden saber que esperar de nosotros y también nuestros compañeros. ¿Somos Hijos de Dios, o espías de Dios?. Muchas veces esto es una fuente de conflicto: ¿Es positivo que mis compañeros o las personas a las que atiendo sepan que soy cristiana?. Hebreo 13:15 nos exhorta a hacerlo: Así que, ofrezcamos siempre a Dios, por medio de Él, sacrificio de alabanza, es decir, fruto de labios que confiesan su nombre. Pero eso nos obliga aún más porque nos exige cuidar extremadamente nuestro testimonio, no para ser perfectos, sino para ser íntegros, y que esa integridad sea vista por todos.

Es un servicio **esencial** porque la sociedad, las personas, no pueden prescindir de lo que ofrecemos: vida eterna, libertad del pecado. Desde el momento en que asumimos que todos somos pecadores, estamos en condiciones de entender que todos necesitamos a Cristo, también nuestros pacientes.

El cuidado enfermero ha sido definido de múltiples formas, especialmente a partir de la segunda mitad de pasado siglo, pero una cosa en la que parecen coincidir todas las teóricas es que, frente al cuidado natural, que es el que de modo instintivo prestan los seres vivos, el cuidado del otro es un cuidado ético, que surge de un cierto sentido de responsabilidad por el otro. Y si esto es cierto para el cuidado informal, aún lo es más en el profesional.

Tronto, distingue **cuatro dimensiones del cuidado**:

- 1 La primera es cuidar de: la preocupación por alguien o por algo, la inquietud, prestar atención. La preocupación acerca del estado en el que se encuentra otro ser humano sirve como punto de partida para el cuidado. La actitud ética correspondiente es estar atento. Las enfermeras con esta actitud adoptan una postura receptiva con respecto al paciente; se trata de ser capaces de entender mejor la situación real del paciente. Sin una actitud de estar atento no se perciben las demandas de cuidado (requiere de empatía).
- 2 La segunda dimensión del cuidado es la de proporcionar cuidados; cuidar solícitamente y vigilar. En esta dimensión se asume la responsabilidad de mejorar o contribuir a la mejora



- 3 La tercera dimensión del cuidado tienen que ver con una auténtica prestación del cuidado y exige poseer competencia técnica. Es decir, se debe contar con los recursos necesarios para prestar un cuidado eficaz [no basta con estar atento y asumir la responsabilidad].
- 4 Por último, esta la dimensión del cuidado recibido. Es el momento del feedback, de verificar que las necesidades de cuidado han sido realmente satisfechas.



No podemos olvidar que la práctica del cuidado siempre tiene lugar dentro del marco de una relación en la que se hallan implicados el cuidador y la persona cuidada. Solo puede empezarse a hablar de cuidado cuando uno y otro se lo facilitan mutuamente. Es decir, debe haber reciprocidad, entendida aquí como elemento que corrobora que el cuidado prestado satisface las necesidades de su destinatario, lo que significa que se le toma en cuenta como ser humano capaz de autogestionarse, siempre que ello sea posible, aún en las circunstancias de pérdida de bienestar por la que atraviesa. La reciprocidad resguarda al cuidado de cualquier uso con fines paternalistas y evita que los cuidadores abusen de su poder.

Pero además, hay un contexto más amplio en el que el cuidado se presta, que es el hospital, y aún

más, el sistema sanitario al que este pertenece, que tiene un objetivo compartido que es el de proporcionar asistencia sanitaria universal. En este entramado los cuidadores entablan relaciones no solo con las personas cuidadas, sino con otros elementos de la organización, que están mediatizadas por las normas y a la cultura de la organización. Todo ello va a condicionar de manera importante la prestación de cuidados. Por ejemplo, cuestiones como el coste de los servicios prestados podrían condicionar las decisiones a adoptar. En este sentido, podemos encontrar muchas veces obstáculos para el desarrollo de un ejercicio profesional acorde con nuestros valores.

Además, la relación profesional-enfermo no puede contemplarse como una forma de interacción aislada, sino que se encuentra ubicada dentro de un contexto más amplio que se concreta en el trabajo en equipo, que forma parte de una institución sanitaria, que se caracterizará por una política determinada de cuidados, o por la ausencia de esta política. En ambos casos, las implicaciones éticas van a ser altas, ya que condicionan las decisiones de cuidados que deban adoptarse.

Continuando con nuestro análisis de la dimensión ética de la práctica del cuidado y siguiendo a Gastan, el análisis de la actividad de cuidar nos permite distinguir en ella componentes cognitivos, afectivos y motivacionales. Así, respecto de lo cognitivo, es indiscutible que el cuidado requiere conocimiento; no hay cuidado profesional, ni bueno ni malo desde la ignorancia, porque sería contrario a su propia esencia. Alguien que no cuenta con la necesaria capacitación no debería prestar cuidados. Probablemente, retomando los cuatro elementos del cuidado que vimos antes, ni siquiera estará en condiciones de identificar las necesidades de cuidado de la persona, y por supuesto, no podrá responsabilizarse de su bienestar.

El elemento afectivo nos habla de empatía. Tradicionalmente se ha enseñado a las enfermeras a no implicarse emocionalmente, y es cierto que debemos cuidarnos para que nuestro ejercicio profesional no convierta nuestra vida en una agonía; pero cuidarnos no es lo mismo que protegernos del contacto con el dolor del otro. Si no somos capaces de ponernos en sus zapatos, difícilmente podremos atender adecuadamente sus necesidades menos evidentes.

Por último, el cuidado entraña una motivación: querer ayudar a otra persona; el deseo del bien del otro es un rasgo común a todo cuidado. No es suficiente prestar cuidados “porque deben ser prestados”, o “porque ese es el trabajo por el que me pagan”, sino que el buen cuidado, el cuidado ético requiere como motivación el interés por el otro, la preocupación por su bienestar.

Este cuidado es el que vemos en la parábola del buen samaritano (Lc. 10: 30-35). Como enfermeras

cristianas, esa motivación crece exponencialmente cuando somos conscientes que más allá de las necesidades del cuerpo o de la mente, están las del alma. Nuestra motivación debe ser servir a los que nos necesitan, pero también, y como parte de lo mismo, alcanzar vidas para Cristo. Es la compasión, la misma que sintió el samaritano, por las personas necesitadas de sanidad para sus cuerpos y sus almas —de hecho, en varios lugares de la Biblia, el término usada para salvar y para sanar es el mismo— las que nos debe motivar en nuestro quehacer diario

El cuidado engloba todos los aspectos del ser humano, y su práctica requiere de los profesionales de enfermería una predisposición a actuar siempre de una determinada forma: preocupados, responsables, actuantes y evaluadores frente al otro necesitado. En ese sentido debemos desarrollar la virtud del cuidado.

La virtud del cuidado que nos motiva a adoptar conductas cuidadosas no es fugaz, ni está ligada a una emoción pasajera, sino que es un verdadero hábito, algo que, a fuerza de practicarlo, nace de manera espontánea —que no irreflexiva—, con cada oportunidad de cuidado profesional.

En definitiva, el cuidado como virtud es capaz de englobar todos los aspectos del comportamiento moral del profesional, es decir, penetra en los elementos cognitivos, afectivos y motivacionales de la prestación de cuidados.

Pero la virtud, y nos separamos aquí del concepto aristotélico de la misma, según sabemos, sólo

podemos alcanzarla apegados a Cristo: **“Yo soy la vid; ustedes son las ramas. Los que permanecen en mí y yo en ellos producirán mucho fruto porque, separados de mí, no pueden hacer nada”** (Jn 15:5)

Como hemos visto, más que en las decisiones sobre la vida y la muerte que acaparan un interés tan grande en la bioética clínica, las enfermeras deben dirigir su atención hacia el proceso de cuidados visto en su integridad. Una ética del cuidado que haga hincapié en la responsabilidad hacia el otro, en la relación, en la implicación y la comunicación parece muy adecuada para interpretar y aportar soluciones a los problemas éticos que aparecen en el ejercicio de la enfermería.

La práctica de la Enfermería es una de las actividades profesionales más satisfactorias que pueden existir, porque podemos experimentar que somos útiles para las personas, que podemos ayudarlas a mejorar sus condiciones de vida, pero ello sólo será posible desde el conocimiento y el deseo de ayudar a los otros vulnerables y necesitados, como nosotros mismos lo estuvimos, de salvación:

**“Algunos de ustedes eran antes así; pero fueron limpiados; fueron hechos santos; fueron hechos justos ante Dios al invocar el nombre del Señor Jesucristo y por el Espíritu de nuestro Dios”** (1ª Cor. 6: 11)

*Carmen Medina*

*Universidad de Las Palmas*



Para contactar con ENFERMERIA CRISTIANA escribenos a  
Roni Deelen ,Avda. de Viena 20-5-O , 28822 COSLADA. MADRID.  
Teléfono 91 673 02 94. Correo electrónico ncfspain@ya.com