

Profesor Titular de la Universidad Ramón Llull. Miembro Investigador del Institut Borja de Bioètica.

Correspondencia:
Francesc Torralba Roselló
Institut Borja de Bioètica
Llaseres, 30
08190 Sant Cugat del Vallés - Barcelona

Ethical guidelines for caregiving

¹ Conferencia pronunciada en el XXVI Congreso Nacional de la SEEIUC. Barcelona, 24-27 de junio de 2000.

El ejercicio del cuidar, como tal, es una acción compleja que requiere la articulación de distintos elementos fundantes. ¿Cuáles son los elementos constitutivos del cuidar? ¿Cuáles son los constructos éticos de la *praxis* del cuidar? Según Gosia Brykczynska, los puntos esenciales de la tarea de cuidar pueden sintetizarse en los siguientes: compasión, competencia, confianza y consciencia ⁽¹⁾. Estos constructos no se refieren al *ser* del cuidar, es decir, al cuidar tal y como se desarrolla en el mundo de la vida, sino que se refieren a su *deber ser*.

Los constructos éticos del cuidar son las virtudes básicas e ineludibles que se requieren para cuidar a un ser humano con excelencia profesional. No son principios, ni puntos de partida, sino hábitos personales y profesionales que se exigen en la tarea de cuidar. La integración completa de estos constructos éticos es fundamental para el óptimo desarrollo de la tarea de cuidar. Todos ellos son necesarios, pero ninguno de ellos es suficiente a título aislado. Se requieren mutuamente.

(1) Lo expresa de este modo en Brykczynska G, *Caring. Some philosophical and spiritual reflections*, en Moya J, Brykczynska G, eds. *Nursing Care*, Edward Arnold, London, 1992. p. 4: «Roach (1985) by closely examining the concept of caring has formulated a foundation for moral nursing practice based on five elements of caring behaviour; compassion, competence, confidence, conscience and commitment».

1. Compasión

El primer constructo de la tarea de cuidar, el más fundamental de todos, es la virtud de la compasión. Dificilmente se puede desarrollar la acción de cuidar sin la experiencia de la compasión, aunque la experiencia de la compasión no es suficiente para el desarrollo óptimo de los cuidados. La compasión es, pues, la condición necesaria, pero no suficiente.

Como dice G. Brykczynska, la raíz del cuidar es la compasión ⁽²⁾, o para decirlo con un término aristotélico, puede considerarse el primer motor inmóvil. Aunque pueden subsistir otro tipo de motivaciones en la *praxis* del cuidar, inclusive de tipo interesado, la

(2) Lo expresa en estos términos: «Professional compassion is a form of Amoderated love», a very powerful feeling which is of fundamental importance to the practitioner of nursing. It tends to propel the practitioner into a caring mode (Campbell, 1984).

Of all the constructs of caring, perhaps the one that most readily comes to mind is compassion. We feel that at a minimum, to care at some yet to be determined level, must involve compassion.

Compassion is seen to encompass more than just the notions of pity or concern; and certainly dictionary definitions imply that compassion is a shared attribute of caring, for to show or have compassion involves suffering with another» (Op. cit, p. 5).

verdad es que los seres humanos se cuidan unos a otros porque sienten compasión ajena.

La compasión es una virtud moral que no es exclusividad de ninguna religión y de ninguna filosofía moral, aunque está omnipresente en el pensamiento moral de todos los tiempos, sea en el Occidente griego, romano y cristiano, sea en el Oriente budista o confucionista. La compasión, como tal, consiste fundamentalmente, en percibir como propio el sufrimiento ajeno, es decir, en la capacidad de interiorizar el padecimiento de otro ser humano y de vivirlo como si se tratara de una experiencia propia. Compadecerse de alguien es un hábito del corazón que exige un movimiento extático, una salida de sí, para comprender al otro en su contexto y asumir en el propio pecho su pena.

La compasión no es la empatía, pues la empatía es espontánea, una especie de comunión anímica que se establece por casualidad entre dos seres humanos que comparten un mismo talante ⁽³⁾. La empatía, como tal, facilita extraordinariamente la relación entre profesional y paciente, pero no puede considerarse, con propiedad, virtud, pues la virtud es un hábito que requiere esfuerzo, trabajo del espíritu y del cuerpo ⁽⁴⁾. No resulta nada fácil ser paciente, ser tenaz, ser humilde o tener esperanza cuando todas las certidumbres se resquebrajan.

(3) G. Brykczynska distingue entre empatía y compasión en estos términos: «Empathy as a construct of compassion is seen to be freely given and possessing generative powers. It is not imposed from outside and does not play older sister to pity or even self-contempt, denial or least of all projected protection or paternalism. One of the central characteristics of compassion is that it empowers and promotes freedom and the joy of solidarity with the stranger. This is in contrast to pity, which is a feeling of non-productive sorrow, a wasted grief, for compassion» (Op. cit. pp. 10-11).

(4) Sobre la cuestión de la empatía, ver: Gadow SA, *Nurse and patient: The caring Relationship*, Bishop AH, Scudder JR, *Caring nurse curing physician coping patient*, University of Alabama, Alabama: 1985. pp. 31-44; Swaby-Ellis ED, *The Caring Physician: Balancing the Three Es: Effectiveness, Efficiency, and Empathy*, 83-94, en Phillips SS, Benner P, eds. *The crisis of care*, Georgetown University, Washington, DC, 1994.

Sin embargo, la compasión es virtud, pues es un hábito cuyo ejercicio perfecciona moralmente a la persona que lo cultiva, le aproxima al otro y esta proximidad al sufrimiento ajeno es requisito indispensable para la conducta ética. Sin embargo, hay varias formas de compasión. La compasión estática es una falsa compasión, pues en este caso quien se compadece se recrea en el sufrimiento ajeno, se lamenta de su situación, pero no interioriza su dolor y por ello esta compasión no se traduce en acción solidaria. Mientras que la compasión dinámica, que es la auténtica compasión, se traduce en un movimiento solidario hacia el otro, precisamente porque en este caso se integra plenamente el padecimiento ajeno.

Quien se compadece del sufrimiento ajeno no puede quedarse quieto e impertérrito frente a la situación del otro, sino que trata de hacer todo lo que está a su alcance para mejorar dicha situación. Cuando hay movimiento solidario, entonces la compasión es real, entonces hay verdadera interiorización del sufrimiento ajeno. La garantía de autenticidad de la compasión no son las lágrimas, precisamente, sino la acción solidaria. Las lágrimas, como dice A. Schopenhauer, son el lenguaje universal del sufrimiento, pero la acción transformadora constituye la prueba de oro de la auténtica compasión.

La virtud de la compasión se relaciona directamente con la virtud medieval de la misericordia. No puede definirse, propiamente, como un mero sentimiento, pues la compasión es más que sentimiento, pero tampoco puede definirse como un deber de tipo racional, pues la experiencia de la compasión no puede parangonarse con un deber de tipo personal, profesional, cívico o religioso. Uno *siente* la compasión frente a alguien, pero la *siente* por unas determinadas razones objetivas que puede analizar, explorar y tratar de explicar. Por lo tanto, no es un sentir gratuito y arbitrario, sino un sentir que se relaciona con un pensar.

En la compasión hay, pues, muchos elementos de emotividad, hay algo que toca el corazón, si puede expresarse de este modo, pero la razón práctica es básica para dilucidar las razones de dicha compasión y las prioridades que deben tenerse respecto a las miserias ajenas. La compasión se relaciona con la experiencia de la alteridad y con la experiencia de su

138 vulnerabilidad. El requisito indispensable para la compasión es la percepción de la vulnerabilidad ajena, consiste en *darse cuenta* de la situación de sufrimiento en que viven otros seres humanos. Precisamente por ello, la compasión no sólo tiene sentido en el ámbito de la salud, sino en cualquier ámbito social, donde las condiciones de vida y de desarrollo humano sean deficientes (pobreza, paro, ignorancia, impotencia, abusos...).

En el ámbito de la salud, la experiencia de la compasión se relaciona directamente con la percepción de la enfermedad ajena. El profesional sanitario cuida a un ser que padece una alteración global de su ser y ello le conlleva sufrimiento. Cuando interioriza ese mal ajeno, esa enfermedad, entonces practica la virtud de la compasión. La masificación, la especialización, la atención virtual y la burocratización fomentan la distancia entre profesional y enfermo y esta distancia también se produce en la experiencia de la compasión, pues la compasión requiere el rostro a rostro, el encuentro interpersonal. W. T. Reich considera que en la ética médica, la virtud de la compasión debe ocupar un lugar central y debe ser el verdadero motor de la acción terapéutica.

También en la ética del cuidar, la compasión debe ser el vector fundamental de la acción. La práctica de la compasión no debe contraponerse, de ningún modo, a la autonomía del paciente, ni a su capacidad para decidir responsablemente sobre su futuro personal. La virtud de la compasión no debe limitar la libertad ajena, sino que, precisamente debe desarrollarla en su grado óptimo. Compadecerse de alguien no significa sustituirle o decidir por él. Significa ponerse en su piel, pero sin robarle su identidad, sin invadir su mismidad. La auténtica compasión busca el desarrollo de la autonomía ajena y no su dependencia y servidumbre.

2. Competencia

La competencia profesional constituye una virtud básica de la deontología. Ser competente en un determinado ámbito profesional significa estar capacitado para desarrollar la propia profesión de un modo óptimo.

La tarea de cuidar requiere como constructo básico la experiencia de la compasión, pero también la competencia profesional, pues sólo es posible cuidar adecuadamente a un ser humano desde la competencia, desde el conocimiento de dicho ser humano desde una perspectiva global. La competencia profesional exige, por parte del asistente o terapeuta, un hondo conocimiento de su feudo disciplinar y le obliga a formarse continuamente, pues en la sociedad del conocimiento, las técnicas y procedimientos se transforman aceleradamente y es un deber dominarlos y usarlos adecuadamente para atender al enfermo de un modo óptimo.

Constituye un reto secular formar profesionales competentes en el ejercicio del cuidar y es fundamental analizar, a fondo, los procesos formativos de dichos profesionales, pues el deterioro del cuidar, lo que en el contexto norteamericano se denomina la crisis del *caring*, no sólo se debe relacionar con la lógica de las instituciones y las presiones de orden económico, sino también con una deficitaria formación del profesional sanitario, particularmente en el ámbito de las ciencias humanas, de la psicología, de la ética y de prácticas comunicativas. Según G. Bryckzyska, la tarea de cuidar requiere conocimientos de orden espiritual y psicológico, y ello resulta mucho más arduo y difícil de integrar en la actividad profesional que las habilidades y procedimientos de orden técnico ⁽⁵⁾.

3. Confidencialidad

El tercer constructo ético del arte de cuidar es la confidencialidad. El enfermo, en determinadas cir-

(5) Así lo expresa G. Bryckzyska en Op cit, p. 19: «Undoubtedly, it is more difficult to care spiritually and psychologically for patients than to develop expertise in a technical area of care. Moments of truly integrated, holistic caring are like precious jewels, difficult to attain but beautiful when they are found. Nonetheless, it is part of the power of professional insight and empathy to understand when technical expertise is needed in addition to psycho-social skills. Often it is expertise in both domains that is required, and caring is most likely to occur when the balance of psycho-social, spiritual and technical expertise is felt to be just right».

cunstances de vulnerabilidad, necesita un confidente. Uno de los rasgos característicos de la figura del confidente es su capacidad de escuchar y su discreción, esto es, su capacidad de guardar secretos, de callar para sí los mensajes que el otro vulnerable le ha comunicado en una situación límite ⁽⁶⁾.

La confidencialidad se relaciona con la buena educación, con el respeto y con la práctica del silencio, pero sobre todo, se caracteriza por la capacidad de preservar la vida íntima del otro, es decir, su privacidad, su universo interior. El paciente, precisamente porque se halla en una situación vulnerable, se ve obligado, en determinadas circunstancias, a exponer su corporeidad y su intimidad al otro. Exponerse consiste en poner fuera de sí lo que uno es y es una tarea que, por lo general, produce vergüenza y sonrojo.

El cuidador, en dichas circunstancias, debe caracterizarse por un trato delicado y confidencial, debe dar garantías al enfermo de que aquello que ha expuesto no será objeto de exhibición. La confidencialidad es, precisamente, la virtud que protege al enfermo de su exhibición, la virtud que permite al profesional guardar el secreto o los secretos, tan íntimos y escondidos, que el enfermo ha revelado al cuidador ⁽⁷⁾.

El cuidador debe practicar la virtud de la confidencialidad no sólo en relación al paciente, sino también en relación consigo mismo y con su arte. La con-

fidencialidad perfecta sólo es posible después de un largo trabajo de autoaceptación ⁽⁸⁾. Cuando el cuidador tiene conciencia de quién es y de cuáles son sus límites, entonces está en condiciones de comunicar a alguien sus carencias y sus deseos. Pero, por otro lado, si el cuidador no reconoce sus fronteras, entonces tampoco está capacitado para comunicar a alguien su estado imperfecto. El ser humano, cuanto cruza experiencias de dolor y desamparo, necesita un confidente, alguien a quien poder comunicar lo que uno se atreve decir en la vía pública.

139

4. Confianza

La confianza constituye un elemento central en el arte de cuidar. Sólo es posible cuidar a un ser humano vulnerable si entre el agente cuidador y el sujeto cuidado se establece una relación de confianza, un vínculo presidido por la fidelidad, es decir, de fe (*fides*) en la persona que interviene, en su acción y en el dominio que tiene de dicho arte. Confiar en alguien es creer en él, es ponerse en sus manos, es ponerse a su disposición. Y sólo es posible ponerse en las manos de otro, si uno se fía del otro y le reconoce una autoridad no sólo profesional, sino también moral ⁽⁹⁾.

(6) G. Brykczynska relaciona la confidencialidad con la responsabilidad: «Confidence, however, should also never be associated with boisterousness or a notion of being opinionated. Neither should assertiveness be confused with aggressiveness and anger. To possess and to exude confidence can only be manifested if the nurse is in authority and responsibility to nurse to the best of her ability» (Op cit. p. 20).

(7) G. Brykczynska lo expresa en estos términos: «Confidence is rarely thought of as a sub-construct of caring. Indeed, there is at least one image of the caring nurse where she appears, superficially to be quiet, gentle and almost timorous. It is possible that this particular portrait of the caring nurse owes its origin to the mistaken notion that quietness and gentleness (which may *almost* verge on timidity) are present in caring nurses. So often nurses that care are indeed gentle and quiet, and appear to approach the patient or client with an air of apology for intruding into the patient's private world» (Op. cit., p. 20).

(8) G. Brykczynska lo expresa así: «Perfect confidence can only come as a result of deep self-awareness and self-acceptance, warts and all, and a deliberate attempt at continual self-growth. Nursing, as an interpersonal art requires many skills that call for tempered self-disclosure, which in turns requires much self-awareness; to be comfortable with oneself is not easy, and it is this personal comfortableness that is perceived by «the other» as confidence» (Op cit. p. 21).

(9) G. Brykczynska lo expresa en Op cit. p. 37, así: «Commitment can be said to be a form of engagement, an undertaking or even obligation to be with a patient, not to abandon a patient bliterally or figuratively. This commitment, however, like interpersonal commitments among friends or family members, does not come automatically. It is not an added, superfluous attribute of a qualified nurse. Unfortunately, there are only too many examples of nurses who have broken their pledge and therefore abandoned their commitment to patients by overtly or indirectly abusing and neglecting them».

140

En el seno del acto terapéutico hay mucho de confianza, de beneficencia, como diría P. Laín Entralgo, pero también en el acto educativo es fundamental la confianza, pues si el educando no confía en el educador, en la institución donde se forma y en la materia que recibe diariamente, difícilmente puede desarrollarse la acción educativa.

La confianza, es decir, la fe en otra persona, es clave en el arte del cuidar. Para ello, es fundamental que el profesional sepa dar pruebas y garantías de confianza, no sólo por sus palabras, por su gestualidad, sino por la eficiencia y eficacia de la acción que desarrolla. La profesionalidad ejercida de un modo excelente es motivo de confianza para el usuario, por ello la confianza no sólo es virtud personal, sino virtud profesional ⁽¹⁰⁾. Cuando el paciente sabe que el profesional no le va a abandonar, no le va a dejar en la estacada, asume con tranquilidad su situación y acepta los riesgos y problemas que conlleve la intervención. La confianza sólo puede cultivarse en el tiempo y requiere un espacio determinado.

La confianza, sin embargo, no es la fe absoluta en el profesional y en su capacidad de sanar o de cuidar, pues la confianza, como cualquier otra virtud, debe partir del carácter vulnerable y limítrofe de la condición humana. También el profesional y el arte que desempeña es finito y debe contarse con ello. Reconocer esta limitación no niega autoridad moral, sino precisamente lo contrario. Esto significa que confiar en alguien no significa proyectar en él todas las certidumbres, pues también el otro puede fallar. Confiar en alguien es saber que el otro hará lo posible por salvarme.

(10) Así lo expresa G. Bryczynska en op cit. pp. 34-35: «There is a form of caring, indeed some would argue a basic component of caring, that assumes a certain degree of commitment by the care-giver to the care-receiver (Roach, 1985), The commitment that the care-giver needs in order to demonstrate optimally her ability and desire to care, is commitment above all to the patient, that she, the nurse, *will care*, and that she will undertake to look out for the best interests of her patients. The caring commitment involves a form of promise or pledge; a professional assurance that the nurse will engage herself in the interests of the patient».

En el arte de cuidar, es básico dar motivos y razones, aunque no sean verbalizadas, para que el paciente tenga confianza. En un clima de confianza personal, profesional o institucional, el proceso de curar y de cuidar es mucho más eficaz que en un contexto de desconfianza básica. La desconfianza se relaciona directamente con la pérdida de la fe en alguien y esta pérdida puede ser motivada por el engaño, la extorsión o el abandono. El arte de cuidar requiere el constructo ético de la confianza, pero también el arte de ser cuidado, pues quien desconfía de todo y de todos no se deja cuidar y quien no se deja cuidar, imposibilita la intervención ⁽¹¹⁾.

En las últimas décadas se ha producido una erosión en la confianza que el paciente depositaba en el médico y se ha generado una necesidad de buscar protección frente a los abusos que afectan al correcto desempeño del quehacer profesional. Entre los factores causantes de esta fractura de la confianza E. D. Pellegrino propone los siguientes: «En las últimas dos o tres décadas, estas causas de desconfianza se han reforzado y multiplicado debido al influjo de diversos factores internos y externos a la Medicina: las malas conductas, la comercialización de la Medicina por la publicidad y los afanes empresariales, los ingresos excesivos y la forma de vida lujosa de ciertos médicos, la política de 'pague antes de recibir tratamiento' de

(11) G. Bryczynska sintetiza este constructo así: «This particular construct of caring comes closest to examining the notion of fidelity, professional and interpersonal, within the context of caring.

To promise engage oneself on behalf of the patient, to be concerned with the inner world of the patient sufficiently and consistently enough to reassure the patient or client that their concerns are important and their needs will be addressed for as long as is necessary; this pledge is at the heart of nursing. Inherent somewhere in the idea of commitment is the notion of long-lasting faithfulness. Commitment is not a passing phenomena of emotion or manifestation of a moral virtue which we only have while the patient is present and «in our care». Commitment primarily addresses that aspect of caring which accepts timelessness as an integral element, indeed a vital part of the moral obligation. Thus, once a commitment is made to care for another, time and to some extent effort become immaterial» (Op cit. p. 35).

algunos hospitales y médicos, el trato tantas veces impersonal, la creciente tendencia de los médicos a trabajar de nueve a cinco y a pedir horas libres, el receso de la Medicina general frente a las especialidades, las jubilaciones anticipadas...

Estas tendencias destructoras que se encuentran en la Medicina actual han sido reforzadas por las fuerzas internas de la estructura social contemporánea. El poder de participación que da la democracia, la enseñanza pública, el interés por los 'mass media', la desconfianza en la autoridad y en los expertos en general... todos estos factores han debilitado las relaciones de confianza, aunque tienen un lado positivo: incitan a una mayor independencia en las decisiones de los pacientes y, por tanto, ayudan a neutralizar el tradicional paternalismo de las profesiones. Este es un paso positivo hacia la consecución de relaciones más maduras, abiertas y honestas»⁽¹²⁾.

5. Conciencia

El quinto constructo ético que enumera G. Brykczynska siguiendo a Roach es la conciencia. La conciencia es una instancia fundamental del ser humano, pertenece a su dimensión interior y tiene un valor integrador. Ser consciente de algo es asumirlo, es reflexionar en torno a sus consecuencias, es saber lo que se está llevando entre manos. La conciencia, entendida como virtud y no como atributo de la interioridad humana, significa reflexión, prudencia, cautela, conocimiento de la cosa. Cuando decimos que la conciencia es un constructo del cuidar, lo estamos diciendo en el sentido ético del término, pues la conciencia como tal pertenece a todo ser humano.

En el ejercicio del cuidar, es fundamental no perder de vista la conciencia de la profesionalidad, y esto supone mantener siempre la tensión, estar atento a lo que se está haciendo y no olvidar jamás que el otro vulnerable que está bajo *mis* cuidados es un ser humano que, como tal, tiene una dignidad intrínseca. Ser consciente de todos los factores que influyen el

ejercicio del cuidar y ser consciente de las dificultades que implica cuidar bien a un ser humano es una de las garantías fundamentales de la buena *praxis* profesional. Quien no es consciente de estas dificultades puede llegar a pensar que su modo de obrar es excelente y puede inclusive llegar a banalizar la ardua tarea de cuidar como si se tratara de una actividad mecánica⁽¹³⁾.

141

(12) E. D. Pellegrino, *Las relaciones entre médicos y enfermos*, en *Atlántida* 4 (1991) 44-51.

ç(13) G. Brykczynska concluye su reflexión en estos términos: «In conclusion, Roach's five behavioural elements of caring; compassion, competence, confidence, conscience and commitment although discreet entities, can be seen to overlap and at times to merge. The caring phenomena inevitably, is a far greater and awesome occurrence than any intellectual summation of its constituent parts. For purposes of professional progress however, such an analytical approach is essential. The most important and significant aspect of caring, however, is that delicate re-integration and synthesis of knowledge, skills, commitment, professional integrity and love manifested each time a professional nurse consciously undertakes to nurse a patient or client. This is done because the nurse cares» (Op cit. p. 40).