

CUIDANDO: UN CONSTRUCTO FUNDAMENTAL DEL MARCO DISTINTIVO

ANNE BERIT PETERSEN¹
LESLY HERNÁNDEZ CORREDOR

La enfermería adventista definitivamente tiene un componente distintivo y deberíamos escribir acerca de eso para poder actuar de manera más efectiva. Así como los otros constructos del marco distintivo de la enfermería adventista (Conexión y Empoderamiento) (1), el de “Cuidando” empieza también en el punto de vista de una cosmovisión bíblica, cuyo centro es Dios. En los siguientes textos vemos el cuidado de Dios por nosotros: 1 de Pedro 5:7: “Echad toda vuestra ansiedad sobre él, porque él tiene cuidado de vosotros” (el subrayado es nuestro). Salmos 8:4: “¿Qué es el hombre para que de él te acuerdes y el hijo del hombre para que lo *cuides*?” (el subrayado es nuestro). Nahúm 1:7: “El Señor es bueno, es refugio en horas de angustia: protege (*cuida*) a los que en él confían” (el subrayado es nuestro). Aquí se utiliza la noción de que Dios cuida de sus hijos en cualquier momento y circunstancia, entonces después de experimentar el cuidado amoroso de Dios, como enfermeras tenemos la capacidad de poder cuidar de otros con el mismo amor y entrega.

Pero miremos más de cerca los datos que se recolectaron en el estudio cualitativo de la investigación “Un marco distintivo para la enfermería adventista”, con el fin de de-

¹ Profesora Asistente en el Programa de Posgrado de la Universidad de Loma Linda, California. Ha trabajado como educadora en Enfermería, en China, Tanzania, Etiopía y los Estados Unidos. Completó un título de grado en inglés, en la Universidad Adventista de Washington, un título de grado en Enfermería en la Universidad Andrews, maestrías en Enfermería y Salud Pública, en la Universidad de Loma Linda, y un doctorado y beca posdoctoral en la Universidad de California, en San Francisco.

terminar qué percibían los enfermeros y los educadores adventistas como distintivo en relación con el cuidado.

El cuidado ha sido por mucho tiempo el enfoque principal de la práctica de enfermería y ha sido descrito como la esencia de la enfermería. Aunque no se limita a una profesión o una cultura, es reconocido como el valor fundamental asociado a nuestra disciplina. El hecho de que los enfermeros adventistas se refirieran en repetidas ocasiones al cuidado como el concepto primordial que subyace a su práctica y educación, afirma la validez de la importancia de este en la profesión, y su centralidad en el ejercicio de nuestros profesionales. Los conceptos de empatía, compasión, sensibilidad a las necesidades de los demás, cuidado más allá de lo normal y servicio desinteresado, fueron algunos de los aspectos de la enfermería adventista mencionados con más frecuencia por las personas que participaron en el estudio.

Dentro de este marco, el constructo “cuidando” está descrito como: la capacidad del enfermero de poder cuidar. Eso incluye la forma cómo es y cómo actúa el enfermero en una situación de cuidado. Por lo tanto, se ha identificado que hay maneras de “ser” y maneras de “hacer” en el proceso del cuidado.

Si hablamos de “ser”, se podría por ejemplo mencionar el momento cuando un enfermero realiza la valoración al individuo; lo hace a través de valores, principios e inteligencia emocional. Eso incluye ser sensibles y empáticos con la persona que se está cuidando y a la vez nos ayuda a comprender la perspectiva de la otra persona. Ser compasivo es una cualidad afectiva y para ser compasivo necesitamos involucrarnos con la persona que estamos cuidando. Y si hablamos de “hacer”, nos referimos a la forma en que el enfermero realiza las cosas, incluyendo “ir una milla extra”, “cuidado más allá de lo normal”, es ir más allá de lo que se espera en una situación.

En el libro de Gálatas 5:5, el apóstol Pablo dice que “[...] todo lo que importa es la fe expresada en el amor”. ¿No es algo que nos hace parar y pensar? Como cristianos, sabemos que eso solo es posible cuando estamos llenos del Espíritu Santo. Una vida llena del Espíritu Santo conduce a la producción de los frutos del Espíritu (**amor**, gozo, paz,

paciencia, benignidad, bondad, fe, mansedumbre, templanza, Gálatas 5:22-23). No soy teóloga, soy una enfermera cristiana; sin embargo, cuando pienso en estos conceptos, encuentro que tienen mucho significado para la enfermería. No obstante, este no es un concepto solo de los enfermeros adventistas, cuidar es la médula de enfermería. Existen más de 60 libros y más de 1.000 artículos a nivel mundial que han sido escritos sobre el cuidado de enfermería. Nuestra profesión ha reconocido que el cuidado es el centro de nuestro quehacer, y cuando lo perdemos de vista, perdemos el alma y la esencia de lo que es enfermería.

Por eso revisemos algunos conceptos de cuidado ofrecidos por grandes teóricos de enfermería. Es imposible leer lo que Florence Nightingale (pionera de la enfermería moderna) escribió sin notar que está lleno del concepto de cuidado. Ella dice que enfermería es una práctica espiritual (2). Entonces, el cuidado de enfermería emerge como un concepto central dentro de la profesión. Es así como *cuidado* y *cuidando* siempre han sido parte de nuestro vocabulario. Madeleine Lenninger (3) sostuvo que el *cuidado es la esencia de la enfermería*, es la práctica dominante, intelectual, teórica y el enfoque de la práctica profesional. Ninguna otra profesión está enfocada solamente en el cuidado, sus procesos y relaciones. Y Jean Watson en su teoría de cuidado humanizado (4) dice que enfermería está encajada dentro de otras ciencias sociales, permitiendo que su esencia esté en el relacionamiento.

En la época de 1970 emergieron con mucha fuerza los conceptos del metaparadigma de enfermería (cuidado, persona, salud y entorno). Incluso, durante ese tiempo hubo un debate acerca de si deberíamos en vez de haber utilizado la palabra “enfermería”, utilizar la palabra “cuidado”, para definir la profesión. Otros han construido sobre la teoría de Watson y otras teóricas, y lo que ha resultado es que el cuidado es la parte de un todo complejo. También hablamos mucho del cuidado intercultural y del cuidado interno y externo. Es algo distintivo de la profesión y también es nuestra meta desarrollar más en este aspecto de cuidado.

En inglés tenemos el conflicto de si usamos la palabra “cuidado” como un pronombre, un sustantivo o verbo, y también “cuidando”; son terminologías que utilizamos en

forma intercambiable. A partir de eso, Morse et al. (5) hicieron un análisis de concepto para definir la palabra “cuidado”. Lo que ellos lograron analizar fueron cinco categorías o conceptualidades de cuidado: 1) el cuidado como un rasgo humano: los humanos tienen el potencial de cuidar, el cual es modificado por la necesidad de que los enfermeros se profesionalicen al adquirir conocimientos y habilidades especiales para cuidar; 2) el cuidado como un imperativo o ideal moral: fundamentado en el valor de enfermería de preservar la dignidad y la integridad de los pacientes; 3) el cuidado como un sentimiento de afecto: corresponde a la emoción o sentimiento de empatía con la experiencia del paciente; 4) el cuidado como una relación interpersonal: relación entre enfermero- paciente como un medio por el cual se expresa el cuidado; y 5) el cuidado como una intervención terapéutica: acciones que capacitan o asisten al paciente.

Estos mismos investigadores también midieron los resultados del cuidado y lo caracterizaron en dos variables: 1) experiencia subjetiva del paciente (siente que lo están cuidando) y 2) una respuesta física (evidenciada a través de medidas fisiológicas o psicológicas tales como mortalidad, morbilidad, días de hospitalización, número de reportes de incidentes, lesiones en la piel y asuntos de calidad del cuidado).

Todos estos tópicos son temas muy álgidos en la literatura de enfermería hoy en día; más aún cuando hablamos del cuidado basado en la evidencia y de cómo ese cuidado está impactando las partes psicológica y biológica del paciente. Por otro lado, Roach (6), investigadora y autora, describió la naturaleza dual en las dimensiones del cuidado (actitudes y acción), es decir, “ser” y “hacer”, y define que “el cuidado no es singular a la enfermería, pero sí es singular en la enfermería”. Así que los valores son los que fundamentan nuestro cuidado.

En el estudio “Un marco distintivo para la enfermería adventista” -que mencionamos anteriormente- los enfermeros entrevistados mencionaron los siguientes valores como fundamento del cuidado: Amor, empatía, excelencia, bondad, integridad, respeto, lealtad, esperanza, servicio, confiabilidad, equidad, justicia, derechos humanos y caridad. Esto no es solo como nuestros pacientes nos visualizan, es lo que queremos dar a nuestros pacientes, pero queremos que sea mutuo.

Roach también quiso hacer la siguiente pregunta: ¿Qué demuestra un enfermero cuando está cuidando? Entonces identificó las 6 “C” del cuidado (7): Compasión, competencia, confianza, consciencia, compromiso y comportamiento. **La compasión** entendida como la manera de vivir que se manifiesta a través de la relación de uno mismo con todas las criaturas vivientes, que genera una respuesta de participación en la experiencia de otro, es la sensibilidad al dolor y al quebrantamiento de otro y el sentido de presencia, que permiten que uno comparta y haga lugar para el otro. **La competencia** es el estado de tener el conocimiento, el juicio, la habilidad, la energía, la experiencia y la motivación requerida para responder adecuadamente a las demandas de la responsabilidad profesional.

Es interesante notar que este aspecto no estuvo dentro de los valores mencionados por los enfermeros adventistas de nuestro estudio; sin embargo, sabemos que un enfermero que sea compasivo pero que no sea competente, no puede brindar un cuidado adecuado. **La confianza** es la calidad que fomenta relaciones de seguridad en esa interacción enfermero-paciente. **La consciencia** es un estado moral de conocimiento, un compás que dirige nuestro comportamiento de acuerdo con la moral apropiada de las cosas. **El compromiso** es la respuesta afectiva compleja caracterizada por una convergencia entre el deseo y las obligaciones de uno con la decisión deliberada de actuar de acuerdo con las obligaciones. **El comportamiento** es concerniente a la manera de vestir, el lenguaje, el porte y la conducta, que debe armonizar con la presencia de cuidado; involucra también el componente espiritual. Es así como esta autora nos amplía el panorama acerca de lo que significan la palabra cuidado y las acciones que demuestra el enfermero cuando practica dicho cuidado.

A continuación, quiero presentarles una teoría que se alinea muy bien con el marco distintivo de la enfermería adventista. Es la teoría intercultural de cuidado caritativo expresada por Eriksson y Wikberg (8), la cual describe al ser humano como un ente religioso conformado por el cuerpo, el alma y el espíritu, y que el cuidado es un acto de compasión y amor en respuesta al sufrimiento humano. La misión del ser humano, según las autoras, es servir y existir por causa de los demás. La atención y el cuidado se

manifiestan en una relación con otro ser humano, y tales relaciones incluyen la ética, el respeto, y el interés en la dignidad y los derechos de los demás.

Esta teoría dice que la razón de cuidar es el sufrimiento, y el motivo de cuidar es aliviar ese sufrimiento; además, que el cuidar no es un comportamiento, es una manera de vivir o de “ser” que se revela a través de la relación entre el cuidador y el que recibe el cuidado. Jesús demostró esto de una manera poderosa cuando estuvo acá en la tierra.

Otro aspecto, según esta teoría, es cómo el cuidado se relaciona con la cultura. Sabemos que el cuidado se interpreta a través de la cultura. Lo que en mi cultura significa prestar cuidado, en otra cultura puede no significar lo mismo. Así que, según Eriksson y Wikberg existen factores culturales y sociales que tienen influencia sobre el cuidado, los valores, las creencias y la manera de vivir. Ellas sostienen que la esencia del cuidado es expresada y experimentada de maneras diferentes por culturas diferentes.

Lo que aprecio de esta teoría es que incluyeron el cuidado intercultural. Porque han diferenciado entre el cuidado interno y el cuidado externo, entendiendo el cuidado interno como una relación de conexión con el paciente, la familia, las comunidades y con Dios (Conectando). Y el cuidado externo tiene que ver con estructuras educacionales, administrativas, sociales, políticas y otras que pueden influenciar el cuidado (Empoderando).

Por último, la teoría sostiene que la meta de brindar cuidado es producir un cambio hacia la salud y el bienestar, o a una muerte pacífica, es decir, un bienestar integral.

Ahora bien, ¿existe diferencia entre teorías de cuidado profesional y enfermería cristiana basada en la Biblia? Hemos visto muchas ideas en las teorías de enfermería que concuerdan con el cuidado cristiano. Sin embargo, los orígenes del cuidado desde una perspectiva cristiana son diferentes de los de las otras teorías. Los cristianos descubren una teoría de cuidado a partir de conocer a la persona, el carácter y las enseñanzas de Jesucristo descritas en la Biblia. Esto extiende nuestro concepto de cuidado más allá de nuestras actitudes o experiencias transpersonales. Jesús ofreció un ejemplo tangible del cuidado al decir: “Les aseguro que todo lo que hicieron por uno de estos hermanos

míos más humildes, por mí mismo lo hicieron” (Mateo 25:40).

The Ritz-Carlton es un hotel cuyo lema es “Somos damas y caballeros sirviendo a damas y caballeros”; esta premisa está impresa en una tarjeta que los empleados portan. Este lema es muy bueno para esta empresa porque cambia la manera en que ellos se ven a sí mismos y la manera en que ven a sus clientes. Pero yo les diría que nosotros aquí en este congreso como cristianos tenemos un lema diferente: “Somos hijos e hijas de Dios, cuidando hijos e hijas de Dios”. Puede ser muy fácil para nosotros, aun como enfermeros ponerles una etiqueta a las personas y llamarlos “difícil” o “fastidioso”, pero si escogemos ponerles la etiqueta de “hijos o hijas de Dios”, aun cuando ese paciente esté poniendo a prueba nuestra paciencia, podemos parar un poco y pensar que tenemos el privilegio de servir a un hijo o hija de Dios y esto puede modificar la manera en que vemos a ese paciente y la manera en que nos vemos a nosotros mismos.

Una autora cristiana que aprecio mucho es Mary Elizabeth O’Brien (9); en su libro *La enfermera con un frasco de alabastro*, ella enfatiza la importancia del servicio y la humildad al brindar cuidado. Hace una comparación entre María, la mujer que quebró el frasco de alabastro para derramar su perfume a los pies de Jesús, y el trabajo de cuidado de la enfermera. A continuación, un párrafo de su escrito: “Cuando le damos la bienvenida a una nueva admisión, damos de beber a un sediento paciente pos operatorio, damos de comer a un frágil paciente anciano, o cuidamos de un paciente moribundo, lo estamos haciendo para Jesús. En estas acciones, nos tornamos cuidadores contemplativos; nos transformamos en enfermeros con frascos de alabastro”.

Pero, ¿qué más significa tener a Jesús como centro? Sabemos que Dios sana a las personas física, emocional y espiritualmente. Así que cuando nosotros proveemos cuidado espiritual, nos permite salir del enfoque tradicional y sumergirnos en el enfoque de Cristo. Brindar cuidado guiado por el Espíritu es un hecho de quitarse a uno mismo como fuerza impulsora y permitir que Cristo, en forma del Espíritu Santo, fluya a través de nosotros y guíe nuestra labor de cuidado.

Quiero contarles una anécdota de mi vida. Cuando estaba haciendo la transición hacia enfermera educadora de tiempo completo, seguía trabajando unos turnos en el

hospital, solo dos por mes. Apreciaba y valoraba mucho este tiempo con los pacientes porque me hacía falta estar al lado de ellos cuidándolos. Esto aumentó mi conciencia de cuán precioso es el tiempo que pasaba con el paciente y su familia. Vivo como a 10 minutos del hospital de Loma Linda, así que generalmente iba caminando al trabajo. En esos minutos oraba de manera intencional sobre la lista de pacientes que me iban a asignar para ese día. Pedía a Dios que me mostrara a quién puedo “hacer” hoy, le decía: “Abre mis ojos para que pueda ver lo que estás haciendo y permite que pueda ser usada por ti para traer esperanza y sanidad”. Les puedo decir que eso cambió mi práctica de enfermería, solo haciendo esa actividad. Cuando me asignaban a un paciente al que otros le habían puesto la etiqueta de “difícil”, cambiaba de actitud y me decía a mí misma: “¿Qué voy a hacer hoy para ayudar a este paciente?” Y sin duda hubo evidencia de que Dios estaba trabajando ahí porque estoy convencida de que la cama de un paciente es “tierra santa”. Y nosotros podemos recibir una bendición muy grande si abrimos los ojos y vemos lo que Dios hace al lado del paciente.

Siguiendo con la idea de los conceptos del cuidado cristiano, recordemos que estos los aprendemos de Jesús, de su esencia: Amoroso, compasivo, empático, paciente, perdonador, generoso, poderoso, etc. Cuando tomamos estos conceptos como un todo, se unen para aliviar el dolor y el sufrimiento a través de las manos y el corazón de los enfermeros. No podemos comprender el amor que Dios tiene hacia nosotros, ni tampoco el poder que tiene para cambiar la vida de los pacientes, pero sí podemos comprender que el compartir el amor de Dios impulsa nuestros resultados.

La siguiente es una cita poderosa de Elena White (10): “El amor que Cristo infunde en todo nuestro ser es un poder vivificante. Da salud a cada una de las partes vitales: el cerebro, el corazón y los nervios. Por su medio las energías más potentes de nuestro ser despiertan y entran en actividad. Libera al alma de culpa y tristeza, de la ansiedad y congoja que agotan las fuerzas de la vida. Con él vienen la serenidad y la calma. Implanta en el alma un gozo que nada en la tierra puede destruir: el gozo que hay en el Espíritu Santo, un gozo que da salud y vida”. Esto es algo en lo que debemos meditar con mucha oración.

Para resumir, quiero decirles que el cuidado realmente se trata de relaciones, relación con Dios, relación con los demás y relación con uno mismo. Así lo expresa la escritora Mary Koloruotis: “Cuando la compasión y el cuidado son expresados a través del tacto, de un acto bondadoso, de intervenciones clínicas competentes, o de escuchar y buscar entender la experiencia del otro, una relación sanadora es creada”.

Sin embargo, para tener una relación de sanación, debemos cuidar tres relaciones particularmente: 1) Relación con uno mismo, 2) relación con mi equipo de trabajo y 3) relación con el paciente, la familia o la comunidad.

La relación con uno mismo es la más importante y, sin embargo, es de la que menos se habla. Quiero hacerte una pregunta: ¿A dónde vas o a quién acudes para recargar tu batería, para llenar tu copa de tal manera que puedas servir a los demás? Definitivamente, necesitamos de una fuente donde podamos recoger agua diariamente para tener algo que brindar a los demás. El siguiente texto bíblico nos dice cómo podemos dar a los demás: “Bendito sea el Dios y Padre de nuestro Señor Jesucristo, Padre de misericordias y **Dios de toda consolación**, quien **nos consuela** en todas nuestras tribulaciones. De esta manera, con la **consolación con que nosotros mismos somos consolados por Dios**, también nosotros podemos consolar a los que están en cualquier tribulación. Porque de la manera que abundan a favor nuestro las aflicciones de Cristo, así abunda también **nuestra consolación** por el mismo Cristo” (el subrayado es nuestro, 2 Corintios 1:3-5). Pero, ¿cómo podemos recargarnos? Uno se conecta con los demás en la medida en que esté conectado con uno mismo y con Dios.

El siguiente tipo de relación es con el equipo de trabajo. Este aspecto está siendo muy reconocido actualmente en la literatura, especialmente en los temas de “bullying” y “burnout” en enfermería. Así que necesitamos cuidar y relacionarnos con nuestro equipo. Cuando los miembros de un equipo trabajan bien, los pacientes sienten seguridad y confianza, y los errores en la atención disminuyen. Así lo demostró un estudio realizado en los años 1980, donde el Instituto Picker encuestó a más de 8.000 personas que habían sido hospitalizados (11). Les preguntaron qué había sido lo más importante para ellos durante su estancia en el hospital. Sus respuestas se transformaron en las preguntas que

hoy en día se usan para encuestas sobre satisfacción hospitalaria. Los dos elementos más importantes resultan ser: **Escuchar activamente** -escuchar no solo para entender, sino escuchar para saber lo que es verdad para la otra persona sin juzgarla; y **Trabajo en equipo** -evidentemente, cuando un paciente siente miedo e inseguridad, si su equipo no aparenta apoyarse uno al otro, esto impacta el sentido de seguridad y confianza del paciente en el cuidado que le brindan.

El tercer tipo de relación es con nuestros pacientes y sus familias. Debemos estar seguros de que miramos a nuestros pacientes de manera integral, no solo por la situación que están atravesando en el momento cuando estamos con ellos. Quiero reforzar este concepto con la reflexión que hace Marcus Engel: *“Yo soy tu paciente. Soy una persona con familia, amigos, fe, esperanza, deseos, y planes para el futuro. Cada cosa que haces para ayudarme a sentir que me ves como una persona me mueve un paso más cerca de mi sanamiento [sic]. Cuando haces cosas que yo haría por mí mismo si lo pudiera, siento que me estás cuidando. Cada vez que ayudas a mi familia, me ayudas a mí. Cada vez que tomas mi mano me siento confortado. Cada vez que estás en mi cuarto y me ves – no como un diagnóstico sino por lo que realmente soy – me siento seguro”* (el subrayado es nuestro).

El enfoque está en el paciente, y nosotros tenemos la oportunidad de extender el cuidado y el amor de Dios hacia esa persona y su familia. Esto es un arte y es algo que vale la pena perseguir, así como cualquier otro tipo de arte.

Referencias

1. S., Jones Patricia JB. Un marco distintivo para la enfermería adventista. *Rev Educ Adventista*. 2018;44:1–12.
2. Barbara MD. *Florence Nigthingale: Mystic, Visionary, Healer*. 1st ed. Company FAD, editor. Springhouse Corporation; 2000. 448 p.
3. Madeleine L. Culture care theory. A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs*. 2002;13.
4. Watson Jean. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. *Nurs Adm Q*. 1979;3(4):86–7.
5. JM M. Concepts of caring and caring as a concept. *ANS Advances Nurs Sci*. 1990;13(1):1–14.
6. Roach MS. *Caring: The Human Mode of Being*. 2nd ed. Christine E Lynn, editor. Canada: CHA Press; 1984. 23–38 p.
7. Roach MS. *Caring: The Human Mode of Being*. 2nd ed. Christine E L, editor. Canada: CHA Press; 1984. 41–50 p.
8. E. E. Caring science in a new key. *Nurs Adm Q*. 2002;12(1):1–5.
9. O´Brien Mary Elizabeth. *The Nurse with an Alabaster Jar*. 1st ed. Allen SJ, editor. NCF Press; 2006. 226 p.
10. White EH. *El ministerio de curación*. Ellen G. White Estate I, editor. Ellen G. White Estate, Inc.; 1959. 78 p.
11. Picker Institute. # 1 [Internet]. Picker Institute. 2011 [cited 2019 Nov 28]. Available from: [http://www.ihl.org/education/conferences/Forum2011/Documents/1_FINAL Always Events Creating an Optimal Patient Experience.pdf](http://www.ihl.org/education/conferences/Forum2011/Documents/1_FINAL_Always_Events_Creating_an_Optimal_Patient_Experience.pdf)