

Lección inaugural

Cuidar

ANNA BONAFONT I CASTILLO

El diccionario del Institut d'Estudis Catalans nos dice que *cuidar* (en catalán *tenir cura*) significa asistir, ocuparse, preocuparse por alguien o por algo. Todos sabemos qué significa esto cuando nos referimos a cuidar de una planta o de nuestros hijos e, incluso, muchos de nosotros hemos pasado la experiencia de tener que ocuparnos de una persona enferma en algún momento de nuestra vida. Cuando se trata de los hijos, nos preocupa que tengan una buena alimentación o que adopten hábitos saludables, del mismo modo que nos preocupa que aprendan a comunicarse, a relacionarse con los demás o a encontrar satisfacción en aquello a lo que se dediquen. Podemos decir que los preparamos para que puedan desarrollar al máximo sus capacidades y potencialidades y para que puedan llegar a vivir de forma independiente. Deseamos que sean ellos mismos y que aprendan a desarrollar y a disfrutar su propia vida, aunque este camino hacia la independencia represente, simbólicamente o realmente, separarnos de ellos.

Ciertamente, los vínculos y los afectos que nos unen a nuestros hijos no son los mismos que se establecen en una situación de atención, con este ejemplo quería resaltar el hecho de que *cuidar* es un concepto más complejo que asegurar la comida o la ropa adecuada; se trata de crear las condiciones necesarias en el entorno, pero también adoptar actitudes de acompañamiento y de apoyo que faciliten el crecimiento físico y emocional del otro para que pueda conducir su vida de una manera saludable y según el propio criterio.

La expresión *cuidar* engloba actividades cotidianas como lavarse, alimentarse, vestirse o caminar, es decir, acciones que garantizan la satisfacción de las necesidades más básicas e indispensables para la vida, pero engloba también aquellas actividades que permiten vincularse a la vida, como mantener relaciones significativas y gratificantes, comunicarnos con los demás, disfrutar de las propias realizaciones o adecuar nuestro deseo y nuestras expectativas a la realidad. *Cuidar* es un hecho cotidiano que implica la globalidad del individuo y que cada uno aprende a aplicarse a sí mismo a medida que va adquiriendo autonomía para garantizar la propia supervivencia.

Sin embargo, *cuidarse* convierte en un acto de reciprocidad cuando, temporal o definitivamente, tenemos que recibir ayuda de otra persona para poder llevar a cabo las necesidades más básicas. En este caso, como pacientes, los cuidados nos ayudan y confortan en la medida en que tenemos a alguien que se preocupa por nosotros, que confía en nosotros y que nos ofrece atención y consuelo, esperanza y ayuda. Pero también, como profesionales, *cuidar* de alguien nos enriquece como personas

porque es en la relación de ayuda cuando mejor aprendemos a conocernos a nosotros mismos y a conocer nuestras fuerzas y nuestros límites

Hablamos de un principio de reciprocidad porque, si bien los profesionales ofrecen un servicio a la persona, es ésta quien, más que nadie, contribuye a la formación de estos profesionales. Cuidar es un acto de relación y tiene un requisito previo, conocer y comprender la situación tal como el otro la percibe y la vive. La situación objetiva es una información imprescindible, pero lo que se tendrá que trabajar en el marco de la relación asistencial es la subjetividad de la persona, es decir, su visión del mundo, a fin de despertar en ella la energía y la voluntad de superación. *Cuidar* es un acto de reciprocidad porque el usuario recibe un servicio y el profesional sanitario, a través de la relación, avanza un paso más en la comprensión de la persona y de las propias potencialidades.

Desde el principio de la humanidad, hombres y mujeres han tenido necesidad de cuidados para luchar contra el sufrimiento y la muerte, y son casi imprescindibles para que la vida pueda continuar. Durante miles de años los cuidados no fueron propios de un oficio o profesión. M.F. Collière¹ nos dice que la historia de los cuidados se perfila alrededor de dos grandes orientaciones. En primer lugar, aquellos cuidados que van destinados a asegurar el *mantenimiento* y la *continuidad* de la vida. Desde el principio, estos cuidados que sostienen la vida de cada día han estado vinculados fundamentalmente a las mujeres y se han construido alrededor de la fecundidad. Es la mujer quien da la vida y es ella quien se ocupa de todo lo que mantiene la vida en sus detalles cotidianos. Ciertamente, esto nos explica la inercia por la que estas profesiones (la enfermería, la terapia ocupacional y, con algunas diferencias, la fisioterapia) son profesiones predominantemente femeninas.

La maternidad, el parto y el cuidado de los recién nacidos designaban e iniciaban a la mujer en los cuidados corporales y, en la medida en que limitaban sus desplazamientos, la ayudaban a descubrir el secreto de las plantas, la higiene del habitáculo o la elaboración de los alimentos. A lo largo del tiempo las mujeres aprendieron que los cuidados podían ser una fuente de satisfacción y de placer, que podían calmar el sufrimiento y, en cualquier caso, que vehiculaban una relación. Así fue como el cuidado de los niños, de los más débiles, de los enfermos o de los ancianos ha estado, en casi todas las culturas, a cargo de las mujeres. A lo largo de los siglos el aumento de la complejidad social desarrolló la especialización y aparecieron las comadronas, las curanderas y más adelante las órdenes religiosas hospitalarias y las enfermeras.

La segunda orientación que M.F. Collière² identifica se inscribe en la lucha de los hombres contra las fuerzas maléficas, portadoras del mal y, por tanto, de la enfermedad y la muerte. A medida que se descubre un entorno no visible, desconocido, amenazador, aparecen los especialistas que procuran conciliar las fuerzas benéficas y maléficas: los chamanes, los barberos, los quiroprácticos, los cirujanos y, con el paso del tiempo, los médicos. Los cuidados del cuerpo herido lo asumieron principalmente los hombres ya que requería fuerza física y el uso de instrumentos, cosa que ellos dominaban por la práctica que adquirían en las actividades de la caza y la guerra. Es en esta orientación donde se inscriben los *cuidados de curación*, que guardan relación con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza el fluir de la vida.

1. COLLIÈRE, M.F. *Promover la vida*. Madrid: Interamericana, 1993, pp. 233-238.

2. COLLIÈRE, M.F. *op. cit.* pp. 11-17.

Por más que enfermeras, fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales compartan los cuidados de curación con otros profesionales de la salud, la esencia de sus competencias está fuertemente vinculada con los cuidados que permiten que la vida continúe y se desarrolle con armonía, teniendo en cuenta que cada una de estas disciplinas tiene unas características particulares en función de su especificidad.

En esta inauguración del curso en que destaca el inicio de una nueva etapa de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, quiero resaltar este hilo de unión entre las tres diplomaturas: el objetivo común de *cuidar*.

Cuando un fisioterapeuta consigue que una persona vuelva a mantener el equilibrio y consiga dar unos pasos por la habitación después de muchos días de guardar cama por una enfermedad incapacitante, siente que ha trabajado para la continuidad de la vida. Su función no ha sido curar la enfermedad, sino ayudar a que la persona encuentre su fuerza y desarrolle nuevamente las capacidades para recuperar su cotidianidad. De todos modos, esto no es sólo fruto de un procedimiento sistemático o del uso de una tecnología específica. El fisioterapeuta, con su actitud, con su gesto, ayuda a la persona a encontrar la confianza en sí misma y la fuerza necesaria para comprometerse en el esfuerzo. La está ayudando a movilizar la energía suficiente para volver a caminar. No serviría de mucho que se esforzase para que el paciente intentase subir una escalera si éste no tuviese previamente el deseo y el coraje de volverlo a intentar.

El terapeuta ocupacional también contribuye a promover la vida cuando, ante una persona con las manos deformadas por la artritis y el dolor, la enseña y la acompaña en el esfuerzo de encontrar un gesto nuevo o una nueva manera de actuar que le permita continuar desarrollando aquella actividad que ya parecía imposible que pudiese volver a practicar por sí misma.

Cuando una persona con el cuerpo envarado por la inmovilidad y próxima a morir se relaja por unos instantes para poder recibir unos suaves masajes en la espalda dolorida, o se la acompaña a tomar un baño relajante que le debe permitir disfrutar de unos momentos de bienestar y de confort, la enfermera colabora para que la vida continúe.

Marie de Hennezel³ dice: «Hay una manera de cuidar un cuerpo que hace que olvide que es un cuerpo achacoso: cuando es a la persona entera a quien se envuelve con ternura. Hay una manera de cuidar de un moribundo que le permite sentirse vivo hasta el final».

Cuidar significa crear las condiciones necesarias para ayudar a vivir hasta el último momento. Significa asegurar la satisfacción de un conjunto de necesidades que son comunes a todos los individuos, pero que cada persona satisface de manera diferente según su subjetividad, que viene determinada por la experiencia, las costumbres, los valores o la cultura. Del mismo modo que con frecuencia afirmamos que no hay enfermedades, sino enfermos, podemos decir que no hay cuidados estandarizados, sino que se individualizan en función de la persona a quien van dirigidos. No hay una única manera de cuidar, ya que en el marco relacional que acompaña a los cuidados, cada relación es diferente porque los protagonistas son diferentes.

La finalidad última de los cuidados es conseguir que la persona recupere su independencia,

3. HENNEZEL, M. *La mort íntima*. Barcelona: Columna, 1995, p. 18.

y en el caso de los cuidados de enfermería, significa también, cuando la vida ya se acaba, acompañarla a una muerte digna.

Desde una óptica de enfermería, recuperar la independencia no significa que la persona pueda llegar a una plena autonomía funcional, es decir, que la persona pueda llevar a cabo por sí misma o con el apoyo de alguna ayuda técnica actividades de su vida diaria como lavarse, vestirse o alimentarse, sino que significa que la persona pueda, por sí misma o con el apoyo humano o técnico que necesite, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer de forma óptima sus necesidades específicas de acuerdo con la edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de salud. Es decir, consideramos a la persona desde su globalidad. No hacemos distinción entre las necesidades físicas, psíquicas y sociales ya que todas ellas están profundamente imbricadas y se interrelacionan. No podemos decir que vestirnos satisfaga solamente la necesidad fisiológica de proteger la piel o de mantener la temperatura del cuerpo; vestirnos es también una manera de comunicarnos con los demás, de preservar y proyectar nuestra identidad y nuestra imagen.

Promover la independencia significa, pues, aumentar, reforzar o suplir, cuando sea necesario, la motivación o los conocimientos de la persona para que pueda satisfacer sus necesidades, cuidar de su salud y afrontar o compensar la enfermedad o la discapacidad cuando se presenten.

Este concepto de independencia tiene una estrecha relación con el concepto de salud que, el año 1977 adoptó el X Congreso de Médicos y Biólogos en Lengua Catalana: «La salud es una forma de vivir autónoma, solidaria y gozosa».

Jordi Gol⁴, uno de los médicos impulsores de la reforma sanitaria, decía a propósito de esta definición «La salud es una forma de vivir que se da cuando la persona asume la propia realización, es un proceso dinámico que se desarrolla a partir de las propias capacidades en relación constante con el entorno».

A la luz de esta definición, la salud no se considera un estado contrapuesto a la enfermedad, es una experiencia que se vive según la perspectiva de cada persona, y ésta es considerada un ser único e irrepetible que busca su realización.

Analizando cada uno de los elementos de esta definición, el concepto de autonomía que propugna es muy próximo al que entendemos por independencia y hace referencia a la responsabilidad y al derecho que cada persona tiene a hacerse cargo de su propia vida, a su capacidad de escoger, de tomar decisiones respecto a su salud o a los cuidados que debe recibir y de participar activamente en el proceso de realización personal.

La salud no es una responsabilidad exclusiva de los profesionales de la salud, sino que lo es también de cada uno de nosotros.

Una forma de vivir solidaria es aquella que nos permite establecer relaciones significativas y satisfactorias con los demás. Significa conocerse a uno mismo y aceptar las propias diferencias y singularidades para poder reconocer y aceptar las de los demás. En otras palabras, para poder disfrutar de la propia vida hay que amar y aceptar ser amado.

Finalmente, una manera de vivir gozosa implica la armonía entre todos estos elementos y, al

4. GOL, J. "Ideologia i actituds predominants en el nostre sistema sanitari. Bases conceptuals per a un canvi", en *Salut, sanitat i serveis socials*. Barcelona: Publicacions de l'Escola de Treball Social, 1984, p. 168.

mismo tiempo, ser capaz de gozar y experimentar satisfacción según el significado que estos términos tengan para cada uno.

Aunque esta manera de concebir la salud parte de una perspectiva ideológica y representa un modelo ideal, señala una direccionalidad personal y profesional que nos debe permitir avanzar hacia cotas más altas.

De todos modos, la experiencia de enfermar despierta a la realidad de la condición humana y sus limitaciones. Es esta experiencia, tal como es vivida por la persona, la repercusión que tiene en su vida diaria, en su entorno familiar o de relación, la que sirve como punto de referencia para adecuar la intervenciones de las profesiones vinculadas con los cuidados.

La enfermedad, cuando es vivida como un castigo o una amenaza, cuando supone dolor, impotencia, ansiedad, inquietud o frustración, puede conllevar el hundimiento de los hábitos, de los proyectos y las esperanzas. En un momento dado nos puede obligar, ni que sea circunstancialmente, a depender de otro para llevar a cabo actos que hemos aprendido a realizar únicamente en la intimidad. Esta dependencia del otro puede significar una experiencia desagradable y, en cualquier caso, representa la cara oculta de la enfermedad, la que nos pone ante nuestra impotencia y limitación. Estas situaciones pueden despertar emociones negativas que, una vez restablecidos, en seguida queremos olvidar.

Cuando una enfermera lava a una persona inmovilizada, a través de su gesto puede contribuir a que el paciente viva el hecho como una ayuda que le proporciona una experiencia agradable y reconfortante o, al contrario, puede hacer que lo viva como una experiencia humillante de sometimiento a la voluntad del profesional.

En un artículo en el diario El País, en el año 1995, Fernando Savater decía: «El dolor implica una humillación porque nos pone en manos de los demás al tiempo que nos despersonaliza [...] Ayudar a quien sufre, pues, debe consistir en no aprovecharse de su desamparo para manipularle, aunque sea por su propio bien, a respetar la frágil dignidad envilecida por el sufrimiento y a sostener la personalidad irrepetible que, por inercia, le convierte en un simple caso clínico».

Según Savater esta forma de tratar el dolor no es solamente humanitaria, sino humanista, y reconoce que el humanismo de las enfermeras puede conservar la dignidad y la humanidad de nuestra vida durante el sufrimiento, al tiempo que nos ayuda a tolerar el dolor.

Acompañar forma parte de la naturaleza de los cuidados e implica reconocer y respetar los valores culturales, las creencias y las convicciones de cada persona y de su entorno, quiere decir manifestar disponibilidad en los momentos de crisis y contener las ansiedades que las situaciones pueden generar.

Significa también que cuando se lleva a cabo un determinado procedimiento, como puede ser la movilización de una extremidad, éste adquiere una dimensión diferente si está sostenido por una actitud de acompañamiento, de «hacer con el otro», y de respeto, «como lo quiere el otro», pero también y sobre todo, adquiere una dimensión diferente si se muestra, por parte del profesional, un interés auténtico por el otro.

A través de la relación y de la óptima utilización de los recursos del entorno, los profesionales ayudan a la persona a reencontrar las capacidades vitales que ha de movilizar para desarrollar su capacidad de vivir y para compensar la alteración de las funciones

corporales habituales buscando la manera más adecuada de suplir la disminución física, psíquica, afectiva y/o social que comporta la enfermedad o la incapacidad.

Hasta ahora hemos querido destacar el significado que para nosotros tiene *cuidar*, pero esta exposición sería incompleta si no hablásemos del apoyo relacional que lo acompaña. De hecho, *cuidar* de una persona desde esta orientación humanista sólo tiene sentido si este cuidado se integra en un proceso de relación. Como decíamos antes, es un acto de reciprocidad y hay que tener en cuenta las percepciones, las experiencias y los significados que genera en cada uno de los protagonistas.

Este enfoque relacional tiene una doble vertiente para el profesional: reconocer a la persona atendida como un sujeto y no como un objeto, y descubrir con ella el grado de conflicto, con frecuencia inconsciente, que despierta su situación, y al mismo tiempo, reconocer en uno mismo el grado de dificultad que genera tener que hacer frente diariamente al sufrimiento y a la muerte. Cuando experimentamos aburrimiento o enojo hacia una persona, sin advertirlo la comunicación se resiente y emitimos mensajes contradictorios.

Carl Rogers⁵ considera que para poder crear una relación de ayuda hay que establecerla primero con uno mismo. Si somos capaces de aceptar los propios sentimientos se puede establecer mucho más fácilmente una relación de ayuda con otra persona. En la medida en que podemos identificar las propias emociones y necesidades es más fácil no sentirse abatido por la depresión, presa del miedo o absorbido por la dependencia del otro y, a partir de aquí, también es más fácil proporcionar la ayuda necesaria sin confundirse con el otro. La interacción que se produce entre el profesional de los cuidados y la persona atendida condiciona la eficacia de la intervención.

Si una persona cae en un pozo y otra intenta ayudarla, no es necesario que se tire al pozo para solidarizarse, ni que se quede quieta llorando su desgracia, sino que tiene que encontrar el modo de ayudarla a salir.

El personal asistencial adopta actitudes defensivas para evitar la dificultad o el conflicto que representa el contacto con el sufrimiento humano. Estas actitudes pueden agudizar la ansiedad del profesional y el aislamiento de la persona atendida. Una de ellas es la rutinización de las tareas, que despersonaliza los cuidados y los acaba convirtiendo en un fin en sí mismos y no en el medio para satisfacer las necesidades del otro. Otra actitud defensiva consiste en la compartimentación de las tareas, que se fragmentan entre diversas personas de manera que el enfermo ya no sabe a quién debe pedir qué, y el profesional acaba perdiendo la visión global del enfermo.

El personal asistencial, y también los educadores, con frecuencia adoptamos una actitud de distanciamiento profesional que actúa como una coraza que nos protege de lo que puede significar un exceso de compromiso. Hay un temor considerable entre nuestros alumnos, pero también entre el personal asistencial, a experimentar actitudes positivas y naturales hacia la persona atendida. La calidez, el interés o la ternura despiertan inquietud por el temor a quedar preso de ellos y que, más pronto o más tarde, nos puedan plantear exigencias excesivas o decepcionarnos. No queremos correr ningún riesgo emocional y, como consecuencia, intentamos distanciarnos y generamos una postura profesional, una relación impersonal, a veces estandarizada a fuerza de repetirla.

5. ROGERS, C. *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós, 1982.

Los cuidados globales individualizados sólo son posibles cuando se establecen en un marco de relación en el que la comunicación sea una de las bases fundamentales, en la medida en que nos permite acercarnos a las expectativas o los deseos que cada persona tiene en relación con su bienestar.

De todos modos esta comunicación no siempre es posible a través de la palabra, entonces es cuando el lenguaje del cuerpo nos permite establecer una nueva forma de comunicación. El profesional puede descubrir a través de un gesto, de una mirada, o por la forma de caminar, el descontento, la tristeza o el malestar de un paciente. Pero también hay que tener en cuenta la otra vertiente, es decir, los mensajes que este profesional transmite con su manera de actuar: el desinterés, la prisa, la falta de atención o de coherencia entre lo que dice y lo que hace.

Si los ojos son el instrumento más significativo que los profesionales tienen para observar y detectar la comodidad o la incomodidad del otro, la comunicación a través del tacto también es una parte importante y valiosa de los cuidados. Nuestros estudiantes tendrán que descubrir durante su aprendizaje cuáles son las habilidades y las actitudes que transforman un gesto invasor o agresor en un gesto de acogida y de acompañamiento.

El tacto es una forma de comunicación elemental y directa, y en muchas ocasiones transmite mucho mejor que las palabras el mensaje que se quiere transmitir. Puesto que muchas de las atenciones que damos exigen alguna forma de contacto, hay que reconocer las sensaciones de comodidad, de afecto o, al contrario, de incomodidad o de agresión que pueden generar.

Si pretendemos humanizar los cuidados tenemos que asegurar el aprendizaje de habilidades y la adopción de actitudes de escucha y de empatía para poder comprender al otro, de respeto para poder reconocer y aceptar su diferencia y su capacidad para tomar decisiones. Estas actitudes y habilidades configuran un saber estar que, juntamente con la amabilidad, la disponibilidad, la coherencia y la confianza, facilitan la comunicación. Del mismo modo que dar órdenes, culpabilizar, amenazar, moralizar, juzgar o ridiculizar obstaculizan la comunicación y se alejan de una actitud facilitadora de los cuidados.

Cuidar, decía al principio, es algo que hombres y mujeres aprendieron a desarrollar por ellos mismos para garantizar la propia supervivencia. Ahora bien, con el tiempo, los adelantos de las ciencias médicas y de las ciencias humanas han dado una nueva dimensión al hecho de cuidar. La Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud pretende que la formación de los profesionales que salen de sus aulas se fundamente en la comprensión global de la persona, en el respeto por sus derechos fundamentales, en la comunicación como requisito indispensable en el ejercicio de las propias competencias y en el compromiso con la sociedad y la profesión.

Para terminar, quisiera cerrar mi exposición con unas palabras de Virginia Henderson⁶: «En último término y fundamentalmente, la calidad de los cuidados depende también de la calidad humana de aquellos que los proporcionan...»

Este es nuestro reto y nuestro impulso.

Anna Bonafont i Castillo
Vic, 30 de Septiembre de 1998

6. HENDERSON, V. *La naturaleza de enfermería: Reflexiones 25 años después*. Madrid: Interamericana-McGraw Hill, 1994, p. 98.