

# **La ética del cuidar y la atención de enfermería**

Autora: Maria Gasull Vilella

Consultora: Laura Solanilla Demestre

Tutor: Àngel Puyol González

Enero 2005

C - Maria Gasull Vilella

Reservats tots els drets. Està prohibida la reproducció total o parcial d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment, compresos la impressió, la reprografia, el microfilm, el tractament informàtic o qualsevol altre sistema, així com la distribució d'exemplars mitjançant lloguer i préstec, sense l'autorització escrita de l'autor o dels límits que autoritzi la Llei de Propietat Intel:lectual

## **Agradecimientos**

A **Laura Solanilla**, consultora del TFC. Gracias a su entusiasmo, dedicación y soporte en los momentos difíciles de desanimo, ha hecho posible que el presente trabajo llegará a su fin.

A **Àngel Puyol**, tutor del presente TFC, por su orientación en la elección de la bibliografía y por la inestimable ayuda prestada como filósofo en el desarrollo del TFC.

A las **enfermeras** que amablemente y con gran interés permitieron que se les realizara una entrevista en profundidad. Sus aportaciones han sido de una gran utilidad por la información obtenida.

A la **Direcció d'Infermeria y Escola Univesitaria d'Infermeria** de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, por las facilidades prestadas para poder llevar a cabo este trabajo de investigación.

A mis **compañeras**, por su paciencia al escuchar mis dudas y por su aliento en los momentos difíciles.

## INDICE

<b>1. Introducción</b> .....	4
<b>2. Aspectos metodológicos</b> .....	6
<b>3. Antecedentes</b> .....	9
3.1 Orígenes del cuidar en Grecia y Roma.....	9
3.2 El cuidar desde la filosofía moderna.....	10
3.2.1 Goethe.	
3.2.2 Kierkegaard.	
3.2.3 Heidegger.	
3.2.4 Mayeroff	
3.3 El cuidar y el feminismo: Gilligan. Noddings.....	13
<b>4. El cuidar y la enfermería</b> .....	16
4.1 Ética de la responsabilidad.....	17
4.2 Modelos del cuidado de Enfermería: Watson. Roach.....	18
<b>5. Entrevistas</b> .....	26
<b>5.1 Participantes y método</b> .....	26
5.1.1 Desarrollo entrevistas	
5.1.2 Guión entrevistas	
5.1.3 Análisis entrevistas	
<b>5.2 Clasificación categorías descriptivas y subcategorías</b> .....	28
<b>6. Análisis entrevistas y discusión</b> .....	30
<b>6.1 Resultados</b> .....	30
6.1.1 El cuidar enfermero	
6.1.2 La relación del cuidar enfermera-paciente	
6.1.3 El principio de justicia y la ética de máximos y mínimos	
6.1.4 Las cinco características del cuidar de S. Roach	
6.1.5 de la condición femenina de las enfermeras	
<b>6.2 Discusión</b> .....	37
<b>7. Conclusiones</b> .....	44
<b>8. Bibliografía</b> .....	47
<b>9. Anexo : Categorías descriptivas y subcategorías de las entrevistas</b> .....	50

## 1. INTRODUCCIÓN

La afinidad existente entre el cuidar y la enfermería no es una idea moderna, ya la podemos encontrar en tiempos de Florence Nightingale<sup>1</sup>. A pesar de la estrecha relación existente entre enfermería y cuidar, poca atención se ha prestado al estudio del cuidar. Leininger<sup>2</sup> en 1984 nos dice que es paradójico que las enfermeras no hayan investigado sobre un término que ellas utilizan diariamente y que sobre el que basan sus actividades profesionales.

A pesar de que en las dos últimas décadas varias enfermeras como Benner, Leninger, Watson entre otras, han desarrollado diferentes teorías al respecto e insisten en que la ética de enfermería tenga voz propia circunscribiéndola en la ética del cuidado, en nuestro país, apenas existen trabajos que investiguen sobre la ética del cuidar, actividad esencial en enfermería. Dadas estas circunstancias se consideró oportuno iniciar una línea de trabajo que analizara los problemas y dificultades que presentaban las enfermeras en el desarrollo de sus responsabilidades profesionales. El presente trabajo intenta mostrar a través de tres entrevistas en profundidad las percepciones y sentimientos de las enfermeras respecto a las teorías de dos enfermeras sobre el cuidar.

El cuidado es visto por algunas personas como el factor más importante de la totalidad de la vida moral. De acuerdo con un filósofo inglés, la palabra cuidar tiene al menos cuatro acepciones<sup>3</sup>. En primer lugar, la palabra cuidar significa ansiedad, preocupación, angustia o sufrimiento mental. En segundo lugar también puede significar una preocupación o interés básico por las personas, las instituciones o las ideas que tienen importancia para uno mismo. En tercer lugar, el cuidar es la atención solícita y responsable ante el trabajo. Y por último, el cuidar implica tener un respeto y atender a las necesidades específicas de una persona en particular. Todos estos cuatro significados comparten al menos un elemento en común, y este es, una actitud de preocupación.

---

<sup>1</sup> Florence Nightingale. (1820-1910) Es considerada como la enfermera que inicio la profesionalización y modernización de la profesión de enfermería.

<sup>2</sup> Kyle, T.V. (1995) The concept of caring: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 21: 506-514

<sup>3</sup> Reich, W.T. (1996) *Contemporary Ethics of Care*: En Warren Reich (ed) *Encyclopedia of Bioethics* 2ª ed. Vol 1 New York: Simon & Shuster/MacMillan. pp. 336-344

Así mismo la ética del cuidado puede facilitar la construcción de nuevas teorías éticas que contemplen la compasión, las emociones morales y las experiencias de las mujeres. Según Beauchamp y Childress<sup>4</sup>, una moral basada en el cuidado y la preocupación puede ser potencialmente útil para la ética de la asistencia sanitaria. La compasión, la amistad, la confianza no pertenecen con claridad al ámbito de las reglas del comportamiento, ni siquiera al principio de beneficencia. La ética del cuidado puede servir para recuperar los compromisos básicos del cuidado y ayudar a los profesionales sanitarios a luchar contra aquellos conceptos que limitan sus responsabilidades profesionales.

El presente trabajo, dentro del apartado de antecedentes analiza como contempla la bibliografía el concepto del cuidado. Efectúa una descripción desde la antigua Grecia y Roma hasta el momento actual. Se enfatiza en la influencia ejercida por el feminismo dentro de los cuidados de enfermería y como estos se han desarrollado en los últimos años. Posteriormente muestra los resultados de las entrevistas realizadas a tres enfermeras correspondientes a un hospital de agudos y a las áreas de Maternidad, UCI y Geriátrica.

---

<sup>4</sup> Beauchamp, TL & Childress, JF. (1999) *Principios de Ética Médica*. Barcelona: Masson. p. 89

## 2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

El objeto de estudio del presente trabajo es el análisis de los aspectos éticos relacionados con la ética del cuidar. Su objetivo es determinar si la práctica cotidiana de las enfermeras en nuestro país se aleja o no de los modelos teóricos vigentes. Para ello se ha tenido en cuenta la relación existente entre los modelos teóricos sobre la ética del cuidar y su aplicación por las enfermeras en la práctica asistencial. Se han escogido dos modelos complementarios de los descritos en la literatura y se han identificado las diferencias o similitudes existentes con el modelo aplicado en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. La relación entre la teoría y la práctica se realizará desde un enfoque interdisciplinar, siendo los ámbitos de conocimiento: Filosofía. Ética. Psicología. Enfermería. Bioética.

### Objetivos

- Identificar las diferencias y similitudes desde la perspectiva ética entre el modelo de ética del cuidar de Watson y Roach y los modelos del cuidar enfermero descritos en la literatura.
- Describir y analizar la dimensión ética de los cuidados de enfermería en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y su relación con el modelo de Watson y Reach.

### Preguntas de Investigación

- ¿Existen diferencias y similitudes entre el Modelo de Watson y Roach y los modelos descritos en la literatura?
- ¿Las enfermeras del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en su quehacer diario aplican los modelos éticos de cuidar de Jean Watson y Roach?
- ¿Existen diferencias sobre los criterios defendidos por los modelos de Jean Watson y Roach en el trabajo de las enfermeras en los servicios de Geriátrica, UCI y Maternidad?

### Diseño y muestra

El diseño de esta investigación cualitativa es de tipo fenomenológico descriptivo.

Como técnicas de obtención de los datos se han utilizado:

1. **Análisis de las fuentes bibliográficas:** estudios teóricos y empíricos, ensayos sobre la ética del cuidar existente sobre el tema. Dicho análisis ha permitido conocer desde la perspectiva

teórica las diferentes líneas de pensamiento existentes en el mundo occidental y elaborar un marco teórico, unos parámetros para ser comparados con los modelos de cuidar de J. Watson y Roach..

2. **“Entrevistas en profundidad”**. Dada la complejidad del tema y escasez de trabajos en nuestro país, se ha considerado que las “Entrevistas en profundidad” podrían aportar información que facilitaría estudios posteriores. Desde un inicio se descartaron las encuestas y grupos focales a pesar de que hubieran podido proporcionar mucha más información, dado que en solo tres meses, no era posible poder elaborar una encuesta, validarla y pasarla ni tampoco efectuar grupos focales a las enfermeras.

Se ha seguido el criterio de Miquel Valls<sup>5</sup> que afirma: “el guión de la entrevista contendrá los temas y subtemas que deben cubrirse de acuerdo con los objetivos y preguntas de investigación, pero no proporciona las formulaciones textuales de preguntas ni sugiere las opciones de respuestas. Más bien se trata de un esquema con los puntos a tratar, pero que no se considera cerrado y cuyo orden no tiene que seguirse necesariamente. En las entrevistas en profundidad interesa recoger el flujo de la información particular de cada entrevistado, además de captar aspectos no previstos en el guión”. La dinámica de la entrevista se realizó de forma abierta y no directiva.

Se han efectuado entrevistas en profundidad a tres enfermeras asistenciales con un mínimo de 10 años de ejercicio profesional pertenecientes a los servicios de UCI, Maternidad y Geriátrica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, por ser representativos de tres ámbitos asistenciales donde la aplicación de los cuidados de enfermería presenta diferentes dificultades. Los criterios de selección de las enfermeras han estado los siguientes: poseer un gran nivel de conocimientos, profesionalidad y acreditar haber actualizado sus conocimientos mediante cursos de formación continuada. Para poder evitar subjetividades en la elección, (dado que trabajo en la misma institución), ésta fue realizada por la supervisora de cada área.

Al inicio de las entrevistas, el entrevistador efectuó una pequeña introducción mencionando las características del cuidar y después de preguntar a la enfermera sobre su opinión, dejó la

---

<sup>5</sup> Valls Miquel, S. (2000) *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis. p. 204

libertad máxima al entrevistado para que expresara sus ideas. En el transcurso de la misma se utilizaron diferentes técnicas como: silencios, animación y elaboración, reafirmar y repetir, recapitular, aclarar y cambiar de tema, teniendo en cuenta el guión determinado previamente.

Posteriormente se efectuó un **“análisis del contenido”** de la transcripción de las entrevistas en profundidad o texto lo que ha conllevado un conjunto de operaciones de creación de “categorías” de “codificación” y de “clasificación” de las mismas, es decir, de descomposición del texto en sus unidades mínimas de “registro”. Los resultados obtenidos nos permitirán afirmar o refutar las hipótesis que se hayan ido generando. Si se considera que no se ha logrado la saturación de los datos se intentará efectuar más entrevistas.

### 3. ANTECEDENTES

A lo largo de la historia de la humanidad el concepto de cuidar ha estado presente en diferentes autores pero no es hasta 1982, con la publicación del libro de C. Gilligan que no aparece el término “ética del cuidar”. La palabra “cuidar” no había sido considerada como un concepto importante en el ámbito de la ética occidental, como un concepto unido a los de libertad, justicia y amor. Gilligan al contemplar el cuidar desde la perspectiva del desarrollo moral de las mujeres, estimula a que rápidamente colectivos femeninos y de una manera especial las enfermeras, analicen la ética del cuidar en su práctica profesional. La nueva ética del cuidar ha cuestionando muchos de los principios éticos existentes durante siglos y tiene una gran incidencia en la bioética.

#### 3.1 Orígenes de “cuidar” en Grecia y Roma.

Las raíces del término cuidar las podemos encontrar tanto en la literatura como en la mitología y filosofía antigua. En escritos de la antigua Roma se observa la utilización de forma ambigua del término *cura* (cuidar) en sus dos significados fundamentales y opuestos. Por un lado, el cuidar significaba preocupación, angustia o ansiedad, o sea concebían el cuidar como una carga y por otro lado, era el proporcionar atención a los otros pero con una connotación positiva, como una atenta diligencia o dedicación.

En el denominado mundo antiguo, los mitos tuvieron una gran importancia y una de sus principales funciones era, que mediante viejas narrativas, hacer posible al pueblo la comprensión del sentido de sus experiencias respecto a características de la vida humana. Es de destacar la existencia del mito de cuidar. Según Warren Thomas Reich<sup>6</sup>, la lucha entre los sentidos opuestos del cuidar como una carga y cuidar como una preocupación, así como la gran importancia dada al cuidado del ser humano, fueron unos elementos que tuvieron una gran influencia en el mito Greco-Romano llamado “Care”<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Reich, W.T. (1996) *History of the Notion of Care*. En Warren Reich (ed) *Encyclopedia of Bioethics* 2ª ed. Vol 1 New York: Simon & Shuste/MacMillan. pp. 319-331

<sup>7</sup> Mito: Cuando Cuidar (Cura) estaba cruzando el río, solícitamente cogió algo de barro y empezó a moldear un ser humano. Mientras estaba valorando que había hecho. Júpiter llegó (*Júpiter era el fundador de la sociedad del Olimpio, la sociedad de los dioses mayores y bondadosos los cuales habitaban en el Monte Olimpia después que la mayoría de ellos ya había aparecido*). Cuidar le pidió que le diera el espíritu de la vida al ser humano y Júpiter

Se puede considerar que este mito ha influenciado en la idea de cuidar expresada posteriormente en la literatura, filosofía, psicología y ética a través de los siglos. Reich, defiende que en este mito, el significado de la palabra “Cuidar” refleja el sentido estoico de una inspiración, una atenta preocupación que justifica el lado positivo de cuidar que se podría considerar como el sentido profundo del “Mito del Cuidar”. Así mismo el lado positivo del cuidar dominante en el mito, nos indica que el principal papel del cuidar es proteger y ocuparse íntegramente de lo humano. El “Mito del Cuidar” expresa el sentido de cómo cuidar, es el centro de lo que significa ser humano y sobrevivir como ser humano. Al mismo tiempo, el mito también nos habla acerca de las raíces del poder, el hecho que el mito del primer ser humano no recibe el nombre del más poderoso de los dioses y diosas, sugiere que los verdaderos cuidados solícitos protegen a los humanos del poder opresivo y manipulador. También el mito sugiere que el género humano como un todo social es transportado dentro del mundo y sustentado por los cuidados.

El “Mito del Cuidar” ha tenido una gran influencia a lo largo de la historia. Prominentes filósofos modernos dedicados a la bioética se han basado en las imágenes alegóricas del género humano expresadas en el “Mito del Cuidar”, que nos muestra que la característica principal del cuidar, la necesidad de afecto, está presente tanto en los orígenes de la vida humana como lo largo de su desarrollo. Igualmente la psicología moderna, nos enseña que aquellos que han sido cuidados desde el nacimiento (imagen expresada en este mito) pueden desarrollar el poder nutritivo (nurturing) para uno mismo y para los otros mediante un cuidado solícito.

### **3.2 El cuidar desde la filosofía moderna**

**3.2.1 Goethe.** La idea del mito de cuidar reaparece con gran fuerza en el siglo XVIII y a principios del XIX en la obra de Goethe en su famoso *Faust*, en donde el Dr. Fausto comprometido en la

---

enseñanza se lo concedió. Cuidar quería llamar a lo humano como ella, Cuidar, pero en cambio Júpiter insistió que se debería dar su nombre a humano. Mientras Cuidar y Júpiter estaban argumentando, Tierra se levantó y dijo que el ser humano debería ser llamado como ella, dado que ella había dado su propio cuerpo. (*Tierra, la primitiva fuerza de la tierra, bajo la guía de Júpiter asciende al poder*) Finalmente, los tres en disputa aceptan a Saturno como juez. (*Conocido por su lealtad hacia la justicia e igualdad, Saturno fue el hijo de Tierra y el padre de Júpiter*). Saturno decidió que Júpiter el cual había dado el espíritu humano, debería devolverles su alma después de la muerte; y dado que había ofrecido su cuerpo a lo humano, ella debería recibir ésta después de la muerte. Pero Saturno dijo, “Dado que Cuidar era la que había moldeado el ser humano, déjale tenerlo en brazos hasta que muera ” Finalmente Júpiter dijo “Deja que este sea llamado *homo* (ser humano en latín) ya que éste parece ser hecho de *humus* (tierra en latín). Hyginus 1976. *Fabularum liber*. New York: Garland.

búsqueda de la razón de la ciencia, también quiere ser cuidado-libre, es decir, libre de las ansiedades perturbadoras de cuidar. Según Reich<sup>8</sup> para Goethe, el cuidar en sus aspectos fundamentales se relaciona con la condición humana, por lo que puede ser la llave de nuestra salvación moral como lo era para Fausto. En contraste con la tendencia actual de asociar el cuidar exclusivamente con dedicación o entrega, Goethe nos ofrece un nuevo sentido político del cuidar, el problema para Fausto es si los cuidados solícitos se deben mostrar como una costumbre. Como resultado Goethe nos muestra que el cuidar tiene importantes implicaciones en la filosofía política.

**3.2.2 Kierkegaard.** Kierkegaard fue el primer filósofo que de una manera embrionaria introduce el concepto del cuidado o preocupación. Igualmente justificó y clarificó que el cuidar era un elemento central para la comprensión de la vida humana y la llave de su autenticidad, temas que ya habían sido tratados tanto en el “Mito de Cuidar” como en Goethe.

Según Reich<sup>9</sup>, Kierkegaard introduce las nociones de preocupación, interés y cuidar para contrarrestar lo que considera como excesiva objetividad de la filosofía y teología, recupera el sentido y significado individual de la existencia humana que consideraba que la abstracta filosofía moderna y las categorías universales habían eliminado. Así mismo utiliza el concepto de preocupación para expresar la naturaleza del ser humano y sus elecciones morales, para él los humanos son los seres que tienen un gran interés o preocupación en la existencia. Finalmente Kierkegaard señala que el cuidar de alguien no siempre es un arte amable.

**3.2.3 Heidegger.** A pesar de la influencia del pensamiento de Kierkegaard sobre la preocupación y el cuidado, Heidegger muestra ciertas diferencias. Mientras Kierkegaard siempre concibe el cuidar o preocupación como una manera individual, subjetiva y psicológica, Heidegger utiliza el término cuidar en un nivel abstracto y ontológico para describir la estructura básica del yo humano. A pesar de la insistencia manifestada por Heidegger de que no se había centrado en los aspectos concretos y prácticos del cuidar, tales como preocupación o nutrición (crianza), sino en

---

<sup>8</sup> Reich, W.T. *Op. Cit.*, p. 322

<sup>9</sup> Reich, W.T. *Op. Cit.*, pp. 322-323

el significado moral existencial del cuidar, en sus escritos desarrolla algunas ideas que proporcionan instrumentos útiles para poner en práctica la ética del cuidar.

Según Reich<sup>10</sup>, el interés de Heidegger fue mostrar como el cuidar es imprescindible para comprender el yo humano. Mediante su filosofía nos justifica la necesidad de la experiencia psicológica del cuidar, y considera el cuidar como unidad, autenticidad y totalidad del yo. En síntesis, Heidegger afirma que nosotros somos cuidados, y que cuidar es lo que nosotros llamamos ser humano. Como en el mundo romano, para él, el cuidar tiene un doble sentido el de ansiedad y preocupación.

**3.2.4 Milton Mayeroff.** El libro *On Caring* del filósofo americano Milton Mayeroff<sup>11</sup> proporciona una detallada descripción y explicación de las experiencias del cuidar y de ser cuidado por otro. A pesar de incorporar en su filosofía del cuidar varios conceptos ya mencionados a lo largo de la historia, el concibe el cuidar desde una perspectiva más personal. Así mismo nos muestra algunas de las características de cuidar y nos propone que el cuidar podría ayudarnos a comprender mejor e integrar más efectivamente nuestras vidas.

Cuidar del otro, según Mayeroff, es ayudarlo a crecer, tanto si este otro es una persona, una idea, un ideal, un trabajo de arte o una comunidad. Ayudar a otras personas a crecer también representa animarlos y asistirlos para que puedan ser cuidados por alguna cosa o por otra persona aparte de nosotros mismos.

La relación de cuidar es mutua: los padres sienten la necesidad de cuidar al niño y le ayudan como persona respondiendo a todas sus necesidades de crecimiento. Y al mismo tiempo, sienten que el crecimiento del niño está estrechamente vinculado con su propio sentido de bienestar. El cuidar dice Mayeroff, es primariamente un proceso que implica dedicación, confianza, paciencia, humildad, honestidad, conocimiento del otro, respetar la primacía del proceso, esperanza y coraje. En la visión de Mayeroff, los valores morales son inherentes en el proceso de cuidar y crecimiento.

---

<sup>10</sup> Reich, W.T. *Op. Cit.*, pp. 323-325

<sup>11</sup> Mayeroff, M. (1971) *On Caring*. New York: Harper & Row, Publishers

### 3.3 El cuidar y el feminismo

A finales de la década de los años 60 movimientos feministas empiezan a analizar la relación existente entre el cuidar y el papel desempeñado por las mujeres a lo largo de la historia. En los temas debatidos hasta entonces por los filósofos en el mundo occidental, apenas se abordaba las relaciones entre género, filosofía y ética, ya que consideraban que tanto el sexo como el género no eran relevantes para fundamentar cuestiones filosóficas fundamentales tales como la verdad, la belleza o la naturaleza de la ética.

Ciertos movimientos feministas se integran en los debates que los filósofos mantienen acerca de los temas éticos que preocupan a la sociedad contemporánea tales como la contracepción, aborto, guerras, racismo, medio ambiente, violación etc. Otros filósofos femeninos centran su atención en demostrar los errores de las teorías éticas tradicionales que consideraban a la mujer como necesitada de razón y a pesar de estar dotadas con ciertas virtudes “femeninas”, éstas eran inferiores a las virtudes masculinas. Se consideraba que la mujer carecía de la habilidad de aproximarse a las cuestiones éticas desde un punto de vista universal e imparcial.

A finales de los 70, la filosofía femenina intenta articular una aproximación teórica de la ética que contemplara la experiencia moral de la mujer, siendo una de sus máximas exponentes Carol Gilligan.

**Carol Gilligan** su libro *In a Different Voice*<sup>12</sup>, publicado en 1982, muestra los resultados de una investigación dirigida por ella misma, al discrepar de los resultados del estudio de Kohlberg sobre el desarrollo moral de los chicos.<sup>13</sup> En dicho estudio demostraba que los chicos seguían un

---

<sup>12</sup> Traducido al castellano. Gilligan, C. (1983) *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México: Fondo de Cultura Económica

<sup>13</sup> Lawrence Kohlberg, psicólogo americano tras una investigación realizada a 84 chicos en EEUU sobre su desarrollo moral, defendió que los chicos siguen tres diferentes etapas durante su desarrollo hasta alcanzar su madurez moral. Estas etapas que a su vez las subdivide en dos estadios. La primera la denomina **preconvencional**, y a los dos estadios: moralidad heterónoma y individualismo. El chico considera como buenas las normas que son favorables a su propio interés. Acepta las normas por miedo al castigo y para no ser rechazado por el grupo. La segunda etapa llamada **Convencional** y sus estadios: mutuas expectativas y sistema social y consciencia respectivamente. El chico acepta las normas si son buenas para el mantenimiento del bienestar colectivo. En la tercera etapa **Postconvencional** con sus estadios: Contrato social o utilidad, derechos individuales y Principios éticos universales, el chico critica las normas sociales desde el descubrimiento de los principios morales universales.

razonamiento lógico cuando superaban las diferentes etapas, así para superar la primera considerada egoísta, era necesario situarse fuera de uno mismo e identificarse con los otros, así sucesivamente hasta llegar a la tercera etapa en donde aplicaba principios imparciales de justicia.

En otros estudios, basados en la teoría de Kohlberg, se constató que las diferencias de género, tales como que las chicas no alcanzaban los estándares de razonamiento moral de los chicos, llegando a la conclusión que las chicas eran menos maduras que los chicos. Según Helga Kushe<sup>14</sup> Diana Fritz<sup>15</sup> y otros autores, Gilligan discrepa totalmente con estos resultados y considera que existen dos lenguajes morales diferentes, el lenguaje de la imparcialidad o justicia y el lenguaje relacional de “cuidar”. Esta voz diferente, como Gilligan dice, es la voz del cuidar y está asociada a la mujer.

Estas dos voces, la de la justicia y la del cuidar, según Gilligan están abiertas al hombre y a la mujer y ambas son dos aproximaciones válidas. Según el estudio realizado por ella misma, la inmensa mayoría de los hombres se centran en primer lugar en la perspectiva de la justicia, en cambio en las mujeres, casi un tercio se centran en primer lugar en el cuidar, mientras que otro tercio se basan en una justicia basada en la moralidad. En otras palabras, mientras un considerable número de mujeres enfocan la ética desde la perspectiva de la justicia, ningún hombre enfoca la ética desde la perspectiva del cuidar<sup>16</sup>.

Según Kushe<sup>17</sup>, si bien Gilligan no identifica una voz femenina en un profundo sentido biológico, en cambio sí que identifica diferencias significativas entre las mujeres y los hombres norteamericanos al valorar las normas morales y valores que tradicionalmente han sido asociadas al género. Estas diferencias interpretadas superficialmente podrían hacer creer que la ética debería ser sexuada, dado que el hombre y la mujer responden de manera diferente, pero estas diferencias no nos muestra que la moralidad es sexuada en un sentido profundo, sino más bien que la internacionalización de normas culturales y creencias de la sociedad influyó en las conductas sociales tanto públicas como privadas de los hombres y las mujeres a lo largo de la

---

<sup>14</sup> Kushe, H. (1997) *Caring: nurses, women and ethics*. Oxford: Blackwell. pp 100-104

<sup>15</sup> Fritz Cates, D & Lauritzen, P. (2001) *Medicine and the ethics of the care*. Washington: Georgetown University press. p. 5

<sup>16</sup> Kushe, H. *Op.cit.*, p. 100

historia. Este hecho también podría justificar que hoy en día, las experiencias morales de un considerable número de mujeres contemporáneas podrían identificarse con la concepción de cuidar de Gilligan, y que muchos hombres defiendan que su pensamiento moral se basa en la justicia.

Otra autora a destacar dentro del feminismo y de la ética del cuidar es **Nel Noddings**<sup>18</sup>. En su libro *Caring: A Feminine approach to Ethics and Moral Education*, sostiene que el criar a niños estimula ciertas sensibilidades morales. Este hecho se podría justificar que fuera llamado “femenino” ya que mayoritariamente es realizado por la mujer. Para la autora existe un punto de unión entre el trabajo o funciones típicamente desempeñadas por la mujer y en una voz moral diferente de las mujeres. Las mujeres han actuado a lo largo de los siglos en una “esfera privada”, se han hecho cargo de la casa, de la crianza de los niños, han proporcionado soporte físico y moral de sus seres queridos. Los hombres al contrario, sus actividades han sido “públicas”, han trabajado fuera de casa, se han implicado en los negocios y instituciones sociales, religiosas y políticas. Estas actividades públicas de los hombres a diferencia de las privadas de las mujeres, no implican cuidar de seres concretos, sino más bien repartirse con extraños. Se podría concluir que existe una aproximación del cuidar en el ámbito privado y una aproximación imparcial o de la justicia en el ámbito público.

Este diferente mundo de actuación y de funciones entre las mujeres y los hombres hace que según sus experiencias morales aparezcan diferentes concepciones de lo “bueno”. Esto se puede apreciar entre enfermeras y médicos. Las enfermeras consideran más importante proporcionar unos cuidados continuos a personas concretas y los médicos en proporcionar tratamientos curativos en los hospitales. Estas dos profesiones pueden desarrollar dos visiones diferentes de lo “bueno”.

---

<sup>17</sup> Kushe, H. *Op.cit.*, p. 106

<sup>18</sup> Kushe, H. *Op.cit.*, p. 109

#### 4. EL CUIDAR Y LA ENFERMERÍA

La enfermería, una de las profesiones del cuidar, influenciada por los trabajos de Gilligan y Noddings rápidamente empieza a considerar el cuidar como lo esencial y fundamental de sus responsabilidades profesionales, como la esencia o la substancia ontológica, y también como el ideal moral, humano y ético<sup>19</sup>. Diferentes autoras elaboran teorías éticas que fundamenten su quehacer diario. Existen ciertos paralelismos en las discusiones que ahora ocupan a las enfermeras y aquellos que habían estado el centro del feminismo que intenta desarrollar una aproximación ética centrada en la mujer.

Las enfermeras tras largos años de dependencia de la medicina, gracias a la articulación teórica de los cuidados de Gilligan, pudieron establecer una identidad separada de la medicina. Esta nueva identidad les facilitó contemplar una perspectiva teórica que les permitiría definirse a si mismas como miembros de una profesión que era diferente y no inferior que la medicina. Mientras la ética médica fue construida mediante reglas imparciales y principios, una ética de enfermería tuvo sus orígenes en las concretas relaciones de cuidar.

Las teorías de Noddings fueron de gran utilidad para las enfermeras ya que rechazaban la imparcialidad masculina y los principios éticos y se manifestaba a favor de lo que ella llama “aproximación femenina del cuidar”. Si Gilligan aseguraba a las enfermeras que la aproximación del cuidar no era inferior a la aproximación de la justicia. Noddings, en cambio parecía decirles que el cuidar era todo lo que se necesitaba en una ética del cuidado, que al proporcionar cuidados, no precisaban de los principios universales y las normas, no necesitan preocuparse por las tradicionales ideas de imparcialidad y de justicia.<sup>20</sup>

Gilligan defiende la existencia de dos lenguajes diferentes desde la perspectiva masculina o femenina para formalizar el mundo moral, el lenguaje de la lógica formal de la *imparcialidad de la justicia* (masculino) que consiste en tomar decisiones poniéndose en el lugar del otro y el lenguaje de la lógica psicológica, (femenino) o sea el de las *relaciones* que se centra en una

---

<sup>19</sup> Kushe, H. *Op.cit.*, p. 142

<sup>20</sup> Kushe, H. *Op.cit.*, p. 144

situación concreta y trata de mantener estas relaciones. Según Adela Cortina<sup>21</sup> “los valores apreciados en el lenguaje masculino serían aquellos que van conformando a los individuos autónomos, capaces de tomar decisiones acerca de lo justo y lo injusto desde condiciones de imparcialidad. Por el contrario los valores preferidos por el lenguaje femenino serían aquellos que protegen las relaciones humanas, se hacen cargo de los débiles, se cuidan de las personas concretas en los concretos contextos de acción.” Ante la pregunta de que si esto significa que los varones han de optar por la autonomía y la justicia y las mujeres por el cuidado y compasión, Adela Cortina responde que de modo alguno, ya que tanto los ingredientes de justicia y autonomía, como los femeninos de compasión y responsabilidad son indispensables para alcanzar la madurez moral.

#### **4.1 Ética de la responsabilidad**

Recordando la evolución social de Habermas, la conciencia moral de la enfermera ha ido evolucionando y del respeto a una ética basada en la sumisión y la obediencia ha adoptado el respeto de una ética de la responsabilidad. Diego Gracia<sup>22</sup> al argumentar acerca del concepto de la ética de la responsabilidad de Max Weber nos dice que “la ética del cuidado, en efecto, ha partido tradicionalmente del principio de que las relaciones humanas deben ser verticales y deben estar basadas en la autoridad y la obediencia. La autoridad es el rol que tradicionalmente se ha asignado en las relaciones sanitarias a los varones y los médicos y la obediencia a las mujeres y las enfermeras. Así como la ética médica, cuyo objetivo directo es la curación, había asumido a lo largo del tiempo algunos elementos propios de las éticas de la responsabilidad, la ética de los cuidados de enfermería se ha ajustado clásicamente al patrón específico de las éticas de la convicción”<sup>23</sup>. Durante siglos, para las enfermeras, su principio básico ha sido la obediencia ciega a la autoridad profesional, tanto en el orden técnico como en el ético. Con el paso del tiempo y gracias a las influencias de Gilligan y Noddings la enfermera ha asumido la ética de la

---

<sup>21</sup> Cortina, A. (1997) *La estructura del sujeto moral*. En: Arroyo, M.P. Cortina, A. Torralba M.J. Zagasti, J. *Ética y legislación en enfermería*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. p. 29

<sup>22</sup> Gracia D. (2004) *Como arqueros en blanco*. San Sebastián: Triacastela. p. 463

<sup>23</sup> Según Diego Gracia A comienzos del siglo XX se distinguieron dos tipos de ideales de ética opuestos entre sí, denominados “ética de la convicción” y “ética del poder por el poder” o también “ética del éxito”. El primero identifica la vida moral con la aplicación directa de principios y reglas a situaciones específicas, sin considerar las circunstancias y las consecuencias, en tanto que el segundo sólo busca la obtención de los mejores resultados y consecuencias posibles, sin atenerse a principio alguno, lo que en la actividad política viene a identificarse con el poder por el poder.

responsabilidad. Noddings<sup>24</sup> nos dice “la insistencia frecuente en la obediencia a las reglas y la observancia de los ritos contribuye al deterioro del genuino cuidado”. En una ética del cuidado genuino, continúa, “debe estar abierto a las orientaciones y a la corrección, pero yo soy y permanezco responsable”.

Este rol de sumisión y obediencia no solo era exclusivo de las enfermeras, sino también de todas las mujeres en general. Los estudios de género realizados durante los años ochenta y noventa han mostrado que el papel de las mujeres ha sido pasivo, de obediencia, privado, emocional y reproductor, centrado en el cuidado más que en la curación. El paradigma lo constituía la maternidad. Esto resulta absolutamente claro en el caso de la enfermería. Durante siglos, los cuidados de enfermería en los hospitales han estado en manos de congregaciones religiosas de hermanas, a las que no por azar se les denominaban madres. El arquetipo de la maternidad siempre ha estado presente y ha dominado el cuidado enfermero. Por ejemplo el término inglés *nurse*, introducido en el siglo XIX para sustituir al anterior de “hermanas”, procede de la expresión latina *nutrire*, que significa “criar o amamantar”. El paradigma de la enfermería es el “cuidado maternal de los niños”, como se ha subrayado constantemente a lo largo de la historia. F. Nightingale decía que utilizaba esta palabra porque no encontraba otra mejor.<sup>25</sup>

## 4.2 Modelos del cuidar enfermero

Varias enfermeras han elaborado diferentes teorías sobre el cuidar de enfermería. De entre ellas destacaremos a Jean Watson por su gran influencia en las enfermeras defensoras del cuidar en nuestro país y Simone Roach por su descripción de las cinco características de la relación de cuidar, un sistema de fácil aplicación.

### 4.2.1 Jean Watson

Jean Watson<sup>26</sup> es la autora de una de las más filosófica teoría del cuidar enfermero. Es la única teórica que muestra un interés por el concepto del alma y enfatiza la dimensión espiritual de la

---

<sup>24</sup> Gracia, D. *Op. cit.*, p. 481

<sup>25</sup> Gracia, D. *Op. cit.*, p. 482

<sup>26</sup> Jean Watson nacida en 1940, es profesora de enfermería y preside el centro *Murchinson-Scolville Chair in Nursing Science* en la Universidad de Colorado. Ella fundó el *Center for Human Caring*. Es conocida por su trabajo teórico

existencia humana. Watson afirma que su orientación filosófica es existencial-fenomenológica, espiritual y basada en parte en la filosofía oriental. Watson, así mismo adopta el pensamiento de la escuela humanista, existencial y psicología transpersonal. Su pensamiento se basa en los filósofos, Hegel, Marcel, Whitehead, Kierkegaard y Teilhard de Chardin.

Según Barbara Sarter<sup>27</sup> los elementos filosóficos más importantes de su teoría son el alma, el dualismo., la armonía, casualidad y tiempo, la evolución espiritual, y autotranscendencia. Su concepción del alma es muy similar a la de Teilhard de Chardin y también a la filosofía Hindú (Sankhya-Yoga).

En 1985 publica *Nursing. The philosophy and sciences of Caring*.<sup>28</sup> En donde afirma que los conocimientos relativos a la disciplina de enfermería se basan en las ciencias biológicas y comportamentales, sociales y humanas, y procuran argumentar el porque de la salud y de la enfermedad, guardando una relación con el comportamiento humano. Igualmente enfatiza que para comprender los cuidados de enfermería, se debe analizar en su contexto y relacionarlos con otras áreas del saber como la filosofía, las ciencias humanas, la historia, la psicología, la fisiología, la sociología, la antropología y todas las otras ciencias sociales. Y para una mayor comprensión de los mismos, conviene identificar, describir y estudiar los factores humanísticos-científicos centrales en los cuales es posible efectuar un cambio positivo en el estado de la salud. Se trata principalmente de mecanismos que entran en juego “asumiendo el cuidado” de otro ser humano. Estos factores se sitúan a medio camino entre las ciencias exactas y las ciencias humanas.

Argumenta la necesidad del cuidar afirmando que si bien es cierto, que los esfuerzos llevados a cabo por los profesionales de salud para controlar la enfermedad, prolongar la vida y aliviar el dolor mediante tratamientos sofisticados, han tenido resultados espectaculares, también las ciencias humanas y comportamentales han tenido un papel importante, ya que se han interesado en los valores más profundos como la calidad de vida y los problemas del final de vida. Estas

---

en el arte y la ciencia del cuidar humano.

<sup>27</sup> Sarter, B. (2004) *Philosophical Sources of Nursing Theory*. En: Reed, P.G. Shearer, N.C. Nicoll, L.H. *Perspectives on Nursing Theory*. 4<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. p. 310

<sup>28</sup> Traducido al francés con el título: *Le caring. Philosophie et sciences des soins infirmier*.

ciencias sociales cuestionan aspectos filosóficos, éticos, psicosociales y morales. Continua indicándonos los peligros que puede comportar el que solo sea valorada la actividad científica y se relegue a un segundo plano los aspectos humanos.

En resumen, afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sustentarse en un sistema sólido de valores humanísticos que la enfermera debe cultivar a lo largo de su vida profesional e integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad enfermera. Esta asociación humanística-científica constituye la base de la ciencia de *Cuidar*<sup>29</sup>.

Este modo de funcionamiento, la interacción entre humanismo y ciencia, constituye la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores *caratifs*<sup>30</sup> relacionados con la ciencia del *Cuidar*.

Así como los factores *curatifs* tienen por objetivo el tratar la patología del paciente, los factores *caratifs* apuntan hacia un *proceso de cuidar*<sup>31</sup> que favorece tanto el restablecimiento (o mantenimiento) de la salud como una muerte tranquila. Estos factores, que la enfermera utiliza para proporcionar cuidados a los paciente/clientes se fundamentan en una filosofía humanísticas que es la base de la aproximación cuidadora.

Watson<sup>32</sup> considera que las dificultades actuales de la *ciencia del cuidar* son:

1. *El cuidar* (como los cuidados enfermeros) ha existido en todas las sociedades. En cada sociedad, se encuentran personas que son cuidadas por otras. Una actitud cuidadora no se ha transmitido de una generación a otra por la herencia genética sino mediante la cultura de una profesión como un único sistema de adaptarse a su medio. Los cuidados enfermeros siempre han tenido una posición cuidadora frente a los otros seres humanos. Pero estos cuidados durante un periodo de tiempo, por la exigencias de los avances técnicos han estado en peligro.

---

<sup>29</sup> Las enfermeras canadienses (francofonas) y las francesas utilizan el término inglés “*Caring*”

<sup>30</sup> Inventado a partir del término inglés *care*, “cuidado”, “cuidar”. Watson utiliza el neologismo *caratif* en oposición al término más conocido de *curativo*.

<sup>31</sup> *Proceso de cuidar*, para diferenciarlo del *proceso de enfermería*

<sup>32</sup> Watson, J. (1985) *Nursing. The philosophy and sciences of caring*. Colorado: University press of Colorado.

Edición francesa: (1998) *Le caring. Philiphie et science des soins infirmiers*. Paris: Editions Seli Arslan, pp 17-23

Gracias a una educación superior de la enfermera ha permitido a la disciplina de enfermería armonizar su orientación humanística y su fundamentación científica.

2. Existe a menudo una divergencia entre la teoría y la práctica o entre los aspectos científicos y los aspectos artísticos de *la ciencia de cuidar*, en parte a causa de la división existente entre los valores científicos y valores humanísticos.

Define las principales hipótesis de *la ciencia del cuidar* como:

1. El *cuidar* puede ser demostrado y practicado de una manera eficaz únicamente mediante unas relaciones interpersonales.
2. El *cuidar* consiste en factores *caratifs* donde el resultado es la satisfacción de ciertas necesidades humanas.
3. Para ser eficaz, el *cuidar* debe promover la salud así como el crecimiento individual y familiar.
4. Las respuestas dadas por el *cuidar* aceptan (admiten) a la persona no solamente por lo que es ahora sino por lo que puede ser.
5. El *cuidar* facilita el desarrollo de potencialidades que permitirán a la persona elegir en un momento dado la acción que le proporcione mayor beneficio.
6. El *cuidar* es más propicio para la salud que el tratamiento médico. La practica del *cuidar* asocia conocimientos biopsíquicos y conocimientos del comportamiento humano con el objetivo de suscitar o promover la salud a los que están enfermos. De donde la necesidad de la existencia de la ciencia *de cuidar* al lado de la ciencia medica.
7. La practica de *cuidar* es el centro de la disciplina de enfermería.

Indica diez **factores caratifs** principales que constituyen un cuadro conceptual que permite estudiar y comprender los cuidados de enfermería como una ciencia del *cuidar*. Estos son:

1. El desarrollo de un sistema de valores humanista-altruista
2. El tomar en consideración y el sostén de un sistema de creencias y de esperanza.
3. La cultura de una sensibilidad al yo y a los otros
4. El desarrollo de una relación de ayuda y de confianza

5. La promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos
6. La utilización sistemática del método científico de resolución de problemas durante el proceso de toma de decisiones
7. La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal
8. La creación de un medio ambiente mental, físico, sociocultural y espiritual de sostén, de protección y/o de corrección
9. La asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas
10. El tomar en consideración los factores existenciales-fenomenológicos..

La interacción entre los tres primeros factores *caratifs* constituye el fundamento filosófico de la ciencia de enfermería. Estos factores, en gran medida son interdependientes, funcionan conjuntamente en un proceso que favorece los cambios positivos en el estado de salud. Watson considera que el *cuidar* debe fundamentarse en un conjunto de valores humanos universales: amabilidad, afecto y amor a sí mismo y a los otros. Un sistema de valores humanista-altruista se integra cuando uno es joven, y continúa creciendo y madurando. Cuando una persona llega a la edad adulta, la humanización de los valores comienza a precisarse y es frecuente que en esta fase la persona decide ser enfermera.

Un sistema de valores humanista altruista es una filosofía cualitativa que guía la vida adulta. Es un compromiso de recibir dando, lo que es una fuente de satisfacción. Implica la capacidad de considerar la humanidad con amor y de saber apreciar la diversidad y la individualidad. Un tal sistema de valores ayuda a tolerar las diferencias y ver a los otros a través de sus sistemas de percepciones específicos más que a través de su propio sistema.

#### **4.2.2 Simone Roach**

Enfermera y filósofa canadiense, fue una de las pioneras en el análisis del cuidar enfermero. En su libro *The Human act of Cring: A blueprint for the Health profession*<sup>33</sup> defiende la tesis de que el cuidar es esencial en el ser humano y que lo verdaderamente humano es cuidar. La capacidad

---

<sup>33</sup> Roach, S . (1987) *The human Act of Caring: A blueprint for the health professions*. Ottawa: Canadian Hospital Association.

de cuidar está profundamente enraizada en la naturaleza humana y juega un papel muy importante en el desarrollo humano. Determinó que el cuidar presentaba cinco características propias que todas comenzaban por la letra “C”: compasión, competencia, confianza, conciencia y compromiso. Estas características han sido incorporadas por otras autoras de teorías del cuidar como Verena Tschudin<sup>34</sup> y Brykczynska<sup>35</sup>.

### **Compasión.**

Diferentes autores han escrito sobre la compasión. Roach<sup>36</sup> la define como una manera de vivir en relación con todas las criaturas vivientes. Tschudin<sup>37</sup> nos dice que el cuidar es más que la simple bondad, es un preocuparse por el otro, en un introducirse en su condición de ser humano y añade que la compasión es algo que solo conocemos por la experiencia. El cuidar puede ser profesional pero la compasión ha de ser experimentada. El cuidar puede ser aprendido, pero la compasión surge después de ser herido y mostrar compasión. No mostramos una actitud compasiva por obligación sino por solidaridad. Francesc Torralba<sup>38</sup> recogiendo el pensamiento de Thomasma nos dice “ La compasión es una virtud moral que no es exclusiva de ninguna religión y de ninguna filosofía moral, aunque está omnipresente en el pensamiento moral de todos los tiempos, ya sea en el Occidente griego, romano y cristiano o 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 del otro ser humano y vivirlo como si se tratara de una experiencia propia. Brykczynska<sup>39</sup> considera que la compasión no es la empatía, ya que ésta es espontánea que se establece por casualidad entre dos seres humanos. Según Gadow<sup>40</sup>, la empatía, como tal, facilita extraordinariamente la relación entre profesional y paciente, pero no puede considerarse una virtud, pues la virtud es un hábito que requiere esfuerzo, trabajo del espíritu y del cuerpo.

---

<sup>34</sup> Tschudin, V. (1992) *Ethics in Nursing. The caring relationship*. 2on Edition. Oxford: Butterworth-Heiemann.

<sup>35</sup> Brykczynska, G. (1992) *Caring. Some philosophical and spiritual reflections*. En: Moya, J. Brykczynska, G (Eds) *Nursing Care*. Londres: Edward Arnolf

<sup>36</sup> Roach, S. *Op. Cit.*, p. 58

<sup>37</sup> Tschudin, V. *Op. Cit.*, p. 4

<sup>38</sup> Torralba, F. (2002) *Ética del Cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Institut Borja de Bioética. Madrid: Fundación Mafre Medicina. p. 86

<sup>39</sup> Brykczynska, G. *Op. Cit.*, pp 10-11

<sup>40</sup> Gadow, S.A. (1985) *Nurse and patient: The caring Relationship*. En: Bishop, A.H. & Scudder, J.R *Caring nurse, curing physician, coping patient*. Alabama: University of Alabama. pp 31-44

### **Competencia**

Roach<sup>41</sup> la define como aquel estado en el que poseemos conocimientos, capacidad de raciocinio, habilidades, energía, experiencia y motivación para responder adecuadamente a las demandas de nuestras responsabilidades profesionales. La compasión, imprescindible en la relación de cuidar, precisa de la competencia apropiada a las demandas del ser humano. Mientras la competencia sin compasión puede ser brutal e inhumana, compasión sin competencia puede que no sea más que buenas intenciones, no produce daño pero es una intrusión en la vida de una persona necesitada de ayuda.

### **Confianza**

Según Roach<sup>42</sup>, es la cualidad que fomenta relaciones confiadas. Es imposible imaginar la consecución de unos objetivos asistenciales sin al mismo tiempo asumir que la relación no se efectúe en una condiciones de veracidad y mutuo respeto. La confianza es reciproca, la dos partes de la relación necesitan sentirse seguras, pero cuando una de las partes es un profesional, entonces el otro necesita experimentar que será respetado. Esto dependerá en gran medida del grado de honestidad del profesional.

En la actualidad esta característica presenta ciertas dificultades en su cumplimiento. En la mayoría de las instituciones impera la desconfianza por la manipulación de la información. En una relación de confianza no pueden existir ni la coacción ni la manipulación ni actitudes paternalista que anulen la autonomía de las personas.

### **Conciencia**

El término conciencia puede definirse como un estado de la conciencia moral; una brújula que dirige nuestra conducta de acuerdo con el estado moral de las cosas<sup>43</sup>. Es una instancia fundamental del ser humano, pertenece a su dimensión interior y tiene un valor integrador. La conciencia, entendida como virtud y no como atributo de la interioridad humana, significa

---

<sup>41</sup> Roach, S. *Op. Cit.*, pp. 61-63

<sup>42</sup> Roach, S. *Op. Cit.*, pp. 63-64

<sup>43</sup> Roach, S. *Op. Cit.*, pp. 64-66

reflexión, prudencia, cautela, conocimiento de la cosa<sup>44</sup>. Como el cuidar es esencialmente vulnerable, la conciencia es la que permite actuar según la recta conducta: la buena, creativa y compasiva manera de relacionarse. Quizás es la más espiritual de las “Cinco C” y la que nos exige una mayor atención<sup>45</sup>.

### **Compromiso**

Se define como una respuesta afectiva compleja caracterizada por la convergencia entre nuestros deseos y nuestras obligaciones y la elección deliberada de actuar de acuerdo con ellos<sup>46</sup>. Si se ordenan “las cinco C”, el compromiso debe situarse en el último lugar ya que el compromiso de algún modo confirma las anteriores características. El compromiso también ha sido descrito como devoción (Mayeroff, 1972), fidelidad (May 1975) y lealtad (Häring 1978)<sup>47</sup>.

---

<sup>44</sup> Torralba, F. *Op. Cit.*, p. 51

<sup>45</sup> Tschudin, V. *Op. Cit.*, p. 7

<sup>46</sup> Roach, S. *Op. Cit.*, p. 66

<sup>47</sup> Tschudin, V. *Op. Cit.*, p.8

## 5. ENTREVISTAS

### 5.1 Participantes y método

En la elección de las enfermeras a entrevistar se siguió la representación tipológica socio-estructural de acuerdo al propósito de la investigación. Se intentó recoger los discursos sociales más característicos respecto a la ética del cuidar en enfermería. La elección de las enfermeras la realizó la supervisora de las diferentes unidades. Desde el inicio mostraron un gran interés en participar en este estudio.

Los criterios de heterogeneidad y homogeneidad de las enfermeras fueron las siguientes:

- a) Género: Mujeres
- b) Edad: Entre 30-50 años
- c) Tiempo ejercicio profesional: entre 15-25 años
- d) Áreas de trabajo: Unidades de Maternidad, Cuidados Intensivos y Geriatria.
- e) Carrera profesional: Las enfermeras acreditaban poseer un alto nivel de conocimientos actualizados mediante cursos de formación continuada y un alto grado de profesionalidad.

Las Características de las enfermeras participantes se podrían resumir en:

<b>Identificación</b>	<b>Estudios Enfermería</b>	<b>Especialidad</b>	<b>Tiempo trabajado en la especialidad</b>
E 1	ATS. DE <sup>48</sup>	Cuidados Intensivos	19 Años
E 2	ATS. DE	Matrona	19 años
E 3	DE	Geriatria	10 años

---

<sup>48</sup> ATS, (Ayudante Técnico Sanitario) corresponde a la antigua titulación de enfermería entre 1953 y 1979.  
DE (Diplomado Enfermería) Titulación universitaria de primer nivel. Primera promoción 1980

**5.1.1 Desarrollo de la entrevistas:** Las entrevistas (dos en lengua catalana y una lengua castellana) tuvieron una duración de 1h. 45 minutos a una 1 hora y fueron grabadas para facilitar la interpretación de los datos que con posterioridad fueron transcritos y analizados. Se tuvieron en consideración los **aspectos éticos** solicitando previamente a las enfermeras su autorización para grabar las entrevistas, garantizando la confidencialidad de las mismas (en lugar del nombre se han utilizado códigos identificativos) y se garantizó la destrucción de las mismas después del proceso de análisis y valoración. De las tres entrevistas, dos se efectuaron en la sala de reuniones de la Escuela Universitaria de Enfermería, fuera del horario laboral y a finales del mes de julio 2004. La tercera en un despacho del servicio de Geriátrica, en el tiempo de descanso de la enfermera y a primeros de agosto del 2004

El entrevistador efectuó una pequeña introducción mencionando las características del cuidar y preguntó a la enfermera su opinión al respecto. Se dejó libertad máxima al entrevistado para que expresara sus ideas. En el transcurso de la misma el entrevistador utilizó las técnicas de: silencios, animación y elaboración, reafirmar y repetir, recapitular, aclarar y cambiar de tema.

A lo largo de la sesión. Se creó un clima distendido, agradable y de confianza (el entrevistador conocía personalmente a las enfermeras entrevistadas) lo que permitió expresar con naturalidad pensamientos, opiniones, dudas sobre los diferentes aspectos del cuidar. Al finalizar todas las enfermeras mostraron una gran satisfacción de poder expresar sus preocupaciones acerca de cómo se estaba cuidando en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y remarcaron la necesidad de trabajar los aspectos no claros de la ética del cuidar. Manifestaron la necesidad de efectuar foros de debate y discusión sobre los cuidados de enfermería.

### **5.1.2 Guión de las entrevistas:**

Se podría resumir en:

1. Pensamientos y sentimientos de las enfermeras sobre las cinco características más comunes desde la perspectiva ética del cuidar en Enfermería: compasión, confianza, competencia, conciencia y compromiso
2. Hasta que punto las características antes mencionadas están presentes en la atención prestada por las enfermeras en nuestro país.

3. Existen límites en la ética de cuidar (ética de máximos y de mínimos).
4. Grado de conocimiento del modelo de Jean Watson

**5.1.3 Análisis de las entrevistas:** El análisis de las entrevistas ha sido realizado por el entrevistador e investigador del proyecto. Tras las entrevistas se tomaron notas de los sucesos, sensaciones e ideas que surgieron durante la entrevista. Estas notas se adjuntaron a las transcripciones.

El entrevistador hizo las primeras lecturas de las transcripciones (con el soporte de la grabación). En las primeras lecturas, el entrevistador buscó las unidades de significado (fragmentos de texto que tuvieran algún significado) y anotó las primeras impresiones. Después del análisis de las unidades de significado identificadas y de la agrupación de éstas en categorías descriptivas, se construyó la siguiente clasificación de las categorías descriptivas por parte del investigador.

## **5.2 Clasificación de las categorías descriptivas y las subcategorías<sup>49</sup>**

### 1. El cuidar:

- 1.2 Aspectos conceptuales
- 1.3 Autonomía
- 1.4 No juzgar
- 1.5 Cuidar en equipo
- 1.6 Cuidados técnicos y cuidados humanos
- 1.7 El cuidar, largo aprendizaje
- 1.8 Especificidad
- 1.9 El cuidar en otros centros

### 2. Educación.

- 2.1 ATS-Diplomado enfermería

---

<sup>49</sup> La transcripción de los verbatim correspondientes a la clasificación de las categorías y subcategorías se pueden encontrar en el anexo

3. Relación enfermera-paciente

3.1 Comunicación

3.2 Límites

3.3 Escucha

3.4 Respeto

3.5 Afecto

3.6 Estado anímico

4. Influencias históricas y religiosas

5. Principio de justicia

6. Los 5 elementos del cuidar de Simone Reach

6.1 Compasión.

6.2 Confianza

6.3 Competencia

6.4 Conciencia

6.5 Compromiso

7. Límites ética de máximos- ética de mínimos

7.1 Etica de máximos

7.2 Etica de mínimos

8. Jane Watson

9. Problemas relacionados con el hecho de que mayoritariamente las enfermeras sean mujeres.

## 6- ANÁLISIS RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 6.1 Resultados<sup>50</sup>

Los resultados se describirán enmarcados en los cinco grandes temas que las enfermeras entrevistadas fueron desarrollando: 1. El cuidar enfermero. 2. La relación de cuidar entre la enfermera y el paciente. 3. El principio de justicia y la ética de máximos y mínimos. 4. Los 5 elementos de cuidar de Simone Roach y 5. Influencias de la condición femenina de las enfermeras.

#### 6.1.1 El cuidar enfermero

Se destaca la importancia del cuidar dentro de la atención de enfermería *“ a nivell de lo que es el cuidar, a nivell d’infermeria penso que es una part de la atenció molt important dins de la nostra professió i a les hores...”* y añaden en que se basa el cuidar *“el meu cuidar està basat a donar suport dintre del camp de la salut, salut o malaltia per intentar mantenir la salut, per recuperar-la o ajudar a acceptar certes coses que la gent viu com mancança, però que si es treballa no es viu com mancança sinó com una cosa mes de la mateixa vida”*.

Las tres enfermeras mostraron que el cuidar era algo muy importante en sus vidas profesionales y que tenían ciertos problemas en poder adaptar las teorías éticas descritas en los libros a la realidad práctica. Consideran que lo importante es la práctica cotidiana, así una de ellas manifiesta: *“ per a mi és molt important el que està treballant a primera línia, no?. La persona que es mou només entre llibres, es troba en una situació ideal i no real ?, Siiii”* .

Dependiendo del grado de gravedad y de dependencia del enfermo, las enfermeras tienen criterios diferentes sobre el respeto de la autonomía de los pacientes. Así, la enfermera que trabajaba en los servicios de maternidad, donde la madre tiene la máxima autonomía, muestra una gran preocupación en respetar las decisiones tomadas sobre su salud o la de su hijo, nos dice: *“ ellas ven que no va por ahí y yo creo que es bueno para el bebé” “es muy duro ante ciertas situaciones, pero si ella decide que está bien pero... me queda la duda de si yo debería decirle algo para que ella cambiara su actitud... pero a la vez no puedo causarle culpabilidades”*.

---

<sup>50</sup> Los fragmentos de las entrevistas se han incorporado literalmente

En cambio la enfermera de Cuidados Intensivos está más preocupada para que el paciente pueda conseguir su independencia física: “...*procurar que sempre aquella persona sigui independent, independent de mi, .....o de la mateixa família dons sigui independent, però com a través meu, puc conformar-los, poc., donar recursos*”.

Consideran que los cuidados físicos y técnicos son más fáciles de proporcionar, no requiere ninguna implicación afectiva : “*los cuidados técnicos son más fáciles, pero cuando demanda nuestra ayuda.. por que se siente mal, quiere hablar, ella misma no sabe lo que le pasa... cuando ella entra en dudas... entonces tu te das tiempo para escuchar sus necesidades y después de satisfacerlas... eso es un descanso*” “*Lo humà es tan complex que si no ho fas amb l’ímpetu que t’has proposat ets sents que et fa mal que, bueno dius hem de tocar molt a dintre l’humà, no?. No obstant si et dediques a ciències exactes dons no passa res, estàs amb papers.* El cuidar en su doble dimensión técnica y humana requiere de un largo aprendizaje y cierto grado de madurez personal, no es suficiente poseer los conocimientos teóricos se requiere de una gran experiencia: “*Als inicis, jo tenia una idea de cuidar molt idealitzada, jo vaig acabar i vaig començar a treballar a urgències.. i la meva lluita era que allà ho tenien molt mecanitzat.... Jo crec que he conservat molt la idea primitiva de cuidar*” “*Clar tenia més dificultat alhora d’establir criteris perquè no tenia prou bagatge, no? ... tenia molta teoria i molt poca pràctica, llavors em costava molt de temps fer qualsevol cosa.... no tenia pràctica del dia a dia i ara penso que segueixo adaptant-me.*”

Las tres enfermeras no habían seguido los mismos planes docentes, dos de ellas habían cursado ATS y una la diplomatura de enfermería, pero en ningún momento mostraron diferencias en la concepción de la profesión. Las que habían cursado ATS, consideraban muy útil y necesario el cambio producido en los nuevos estudios. Valoran muy positivamente la influencia de la Escola Universitària d’Infermeria del Hospital en la filosofía del cuidar que se aplica en el hospital y que según ellas, este hecho hace que los cuidados prestados en el mismo sean, dentro de las posibilidades existentes, de una gran calidad: “*las madres quieren tener los niños aquí a pesar de la estructura física*” “*Pero siempre alaban a alguien en general como en todos los sitios, pero la atención humana del personal de enfermería..... aquí normalmente se escucha, se atiende, se proporciona lo que ellos piden hasta el grado que es posible*”

### 6.1.2 La relación del cuidar enfermera-paciente

Destacan la importancia de la comunicación en la relación enfermera-paciente y que ésta no hace falta que sea verbal: *“pot haver-hi una bona comunicació encara que no sigui verbal”*. Se destaca la importancia de hablar a los pacientes aunque estos no se encuentren en estado consciente: *“ m’adreço a ell, ho intento dir-li, parlar a soles, m’he acostumat, m’he acostumat a dirigir-me a una persona que no pot reaccionar, sedat<sup>51</sup>, intubat, és un hàbit que també t’ajuda quan es retira la sedació, ... el dia que desperta, es desperta en un acompanyament*. Igualmente resaltan que para comunicarse hace falta un tener tiempo y un buen estado anímico: *“todo el mundo es capaz de comunicarse.... si no va sobrecargado de trabajo, sino tiene un problema personal que le desborde y sino tiene una gran presión en cumplir unos determinados objetivos”*.

Consideran que la relación con los pacientes ha de tener unos límites y la enfermera ha de mostrar una actitud de escucha y empática: *“cuando me acerco a ellas siempre voy con una actitud de escuchar e intentar ver.. y entender que es lo que ellas me demandan” “Cuando hago un planteamiento así si que hay empatía”*, mostrando siempre un respeto hacia los pacientes: *“siempre que me acerco a cualquier paciente lo primero es el respeto como persona y en mi caso suelen ser autónomas o si no lo son totalmente a nivel físico, están conscientes, pueden opinar lo que quieran, decir lo que quieran”* sin juzgar: *“...el conec més profundament sense immiscuir-me en la seva vida, m’és igual la vida que faci”*.

La enfermera que cuida de personas ancianas muestra cierta preocupación ante la demanda de afecto de las personas ancianas: *“una de les coses que qualsevol pacient et demana, lo que a vegades ells volen es que tu els atenguis, que estiguis per ells, que siguis afectuós..... valoren més lo afectuós que pot ser una persona amb ell que no la gran professional que siguis. Vol que siguis amable, correcte que siguis respectuós” “jo no ho veig així, però la gent ho demana així, jo penso que la persona que te cura d’altre ha de ser una persona correcte, amable, respectuosa, una professional que sàpiga el que fa i perquè ho fa i no simplement una persona afectuosa.”* Esta demanda es más intensa en las personas ancianas: *“A qualsevol edat, la gent gran més”* .

---

<sup>51</sup> Enfermo no consciente

### 6.1.3 El principio de justicia y la ética de máximos y mínimos

Remarcan la limitación de recursos y de personal. Estos hechos les impide poder ofrecer unos cuidados de calidad: “...fer unes cures més extenses d’infermeria, un cura integral.... A vegades, pues, si m’agafa amb una època que hi ha una sobrecàrrega de feina i has de dir aplacem això per demà, perquè avui vaig molt carregada. T’ho proposes, s’ha de complir però moltes vegades no pots tirar endavant els projectes.” Muestran su disconformidad con que las direcciones de los hospitales estén más preocupadas por la gestión económica que por la calidad de los cuidados. Destacan que unos cuidados de calidad serían rentables para las instituciones: “Jo crec que una infermeria de qualitat estalviaria molts diners, ja que el pacient no està tant de temps ingressat, n’hi haurien tants reingressos a més té molta més satisfacció”. “Si el cuidado es adecuado, la información es correcta y si la madre tiene información sobre la utilización de los diferentes recursos tanto de la institución como de fuera del hospital, se ahorrarán visitas a urgencias, al pediatra... yo pienso que se ahorrarían mucho dinero”.

Una de las enfermeras relata que a veces se le presentan problemas éticos cuando debe repartir su tiempo entre diferentes madres: “yo tengo un tiempo limitado y sé que este tiempo no se lo puedo dar a todas las madres en la misma proporción.... Si una madre presenta muchas demandas le dedico el tiempo necesario. Si luego tengo que reducir mi tiempo para otras siempre priorizo, la que necesita más le doy un poco más. Este es un problema ético que se plantea todos los días”.

Se cuestionan una ética de máximos al analizar su compromiso con los enfermos “...i crec que hi ha gent aquí a Espanya que treballen amb un cinc (excel·lència), lo que passa que nosaltres no pensem amb Teresa de Calcuta...” “Teresa de Calcuta.... la seva dedicació forma part de l’àmbit religiós que tenen una filosofia, una manera de ser i jo estic parlant de la professió d’infermeria en la que jo no hi fet bots d’infermeria, treballa, tinc nanos i la del meu costat també..., m’entens jo parlo de l’infermera aquesta professional que té una retribució econòmica per la seva professió i si gaudeixes molt millor evidentment” “teòricament tots busquem la excel·lència no en tot, però ja sabem que la perfecció no existeix”

Muestran la necesidad de determinar unos mínimos *“s’ha d’aspirar que la infermeria tingui un nivell, un nivell de perfecció detallada, però ha de tenir uns mínims, això sí però més amplis, perquè baixant aquest mínims de forma alarmant, eliminem la qualitat i la infermeria és qualitat. ... S’ha de vigilar perquè l’hosteleria ho pot fer qualsevol persona ensinistrada i no cal una infermera.”* *“ahora si tengo que ser sincera no conozco los mínimos, pero si que deberían haber como mínimo unos mínimos, después de ahí para arriba”*

#### **6.1.4 Las cinco características del cuidar de S. Roach**

De los cinco características, **la compasión** es el que más dificultades crea a las enfermeras. Según se aprecia en las entrevistas existe un mayor rechazo al término compasión que a su significado: *“Con lo que más dificultades encuentro, lo voy a decir tranquilamente, sería el de la compasión, cada vez que hablo de compasión me recuerda reminiscencias que no me agradan”* *“si lo veo como la compasión del pobrecito... el que lástima... y esto la verdad es que me causa un rechazo terrible..... ante una señora por muy mal que lo esté pasando intento ponerme en su piel o intento ponerme en el otro lado, intento ver que le ocurre”* *“Entonces la empatía está y se que en el fondo también se puede llamar compasión”*. Este rechazo puede deberse a la influencia ejercida por la Iglesia Católica: *“a mi la palabra compasión me recuerda a las filípicas de mi adolescencia de unas personas con gran carga de contenido religioso pero además muy represivo, entonces a mí la palabra compasión me causa rechazo y me molesta entonces decir que soy compasiva”* .

No siempre se considera necesario la existencia de la compasión al prestar cuidados: *“ ... Aquí venen “yayos”, d’aquest que venen de residències que suposo que tenen molt poca infermeria, amb unes condicions lamentables, quan els veus amb la boca seca, plena de costres... però penso que ha d’estar present lo que dèiem abans, la compassió...”* *“hi ha gent que no ho veu així, però nosaltres som infermeres i jo he de valorar globalment aquella persona i no només el fet pel que acudeix, l’administració d’un tractament”*.

**La confianza** es muy necesaria para poder establecer una relación significativa con los pacientes. Si la enfermera no se siente segura ni competente con los cuidados que está prestando y sino quiere perder la confianza del paciente, es mejor que le informe de su situación, y que no muestre una falsa competencia que el enfermo rápidamente capta.. Una de las enfermeras nos dice: *“Confiança penso que és important, has d’establir una relació de confiança amb el pacients.... ell ha de estar segur de tu, de la teva professionalitat..... I tant que ho capta, ho capta perfectament i se sent insegur moltes vegades..... si canvies d’especialitat has de dir, miri fa molt poc que estic aquí, davant de qualsevol dubte vaig a demanar-li i l’explico.....però ho justifiquen com la pobre acaba de començar”, “Sempre pots establir una relació de confiança i dir mira jo fa tres mesos que estic treballant amb aquesta especialitat, això no li puc contestar ara....”*

Ante **la competencia**, las participantes mostraron estar de acuerdo y que no era un elemento que les creara problemas a nivel ético. Remarcaron que la competencia debe actualizarse constantemente ante los nuevos conocimientos de la ciencia y no es suficiente el mostrar una buena voluntad. Así mismo indicaron la existencia de problemas en poder ejercer plenamente sus competencias. A pesar de que ha adquirido una mayor autonomía respecto al poder médico, continúan presentándosele problemas con el estamento médico: *“competencia, si hablamos de la competencia de lo que yo puedo hacer. Mi competencia en este momento es amplia..... pero me encuentro en medio como un “bocata” entre la mujer y el equipo médico, .....sobretudo a la hora de dar información a las madres. Debo medir las palabras”*.

Los cuidados profesionales a diferencia de los cuidados legos requieren que las personas que los aplican posean un alto grado de competencia: *“Toda persona de buena voluntad podría cuidar pero el cuidar profesional, cuidar a esta persona correctamente, con respeto y descubriendo las necesidades de las mujeres, la verdad es que sin un conocimiento y experiencia de vida, pienso que...con los años puede el cuidar ser más ético.”*

Tampoco mostraron gran interés ante **la conciencia**. Se resaltó las dificultades que se le presentan a la enfermera cuando en conciencia no está de acuerdo con los valores que defiende el paciente. Una de las enfermeras entrevistadas considera que ante una gran discrepancia de criterios con el paciente, es la conciencia de la mujer la que debe prevalecer: *“Sí, si eso es lo que pretendo cada*

*día, ... desde el respeto, comprender, el pacto, la ética del respeto de que ella tiene libertad de tener sus propias creencias e ideas, lo comentamos antes, de mi conciencia cuando hay conflicto, de que es su vida, es ella y su conciencia la que tiene que prevalecer, no la mía.*

**El compromiso** fue abordado desde el ámbito profesional, como una obligación moral de efectuar las acciones de cuidar de la mejor manera posible: *“però és un compromís propi o sigui, jo el únic compromís que tinc amb el pacient és que jo li dono el 100% de lo millor que sé, si aquest és el compromís és un compromís molt fort.”* Este compromiso está relacionado con el contrato laboral, o sea que el compromiso con el enfermo durará mientras dure la jornada de trabajo: *“el compromiso en las horas de trabajo debe ser total,... sino el cuidado queda como muy superficial, falta de contenido... y los resultados no son tan buenos”* *“Se debe tener el compromiso de hacer las cosas lo mejor que sabes y con la confianza de que el paciente este de acuerdo en lo que le has propuesto...”*. Se considera que en el Hospital de San Pablo este compromiso está presente no siendo así en otros hospitales: *“En general, yo creo, que en el hospital hay este compromiso... En otros hospitales el caso de enfermería es diferente”*

### **6.1.5 Influencias de la condición femenina de las enfermeras**

Solamente una de las enfermeras entrevistadas relaciona a las enfermeras con los problemas del feminismo: *“el problema que tenim les infermeres és que moltes vegades no ens relacionem, vinc a treballar, començo la jornada, me’n vaig, però no sé el que passa a altres infermeres d’una especialitat diferent a la meva. La veritat és que el problema d’infermeria és que ens comuniquem poc, la majoria son dones.... i la família segueix depenent molt de nosaltres, la gent té presa perquè té que anar a casa a fer el dinar, recollir “nanos” a l’escola etc”*.

## 6.2 Discusión

Este estudio pretende conocer los sentimientos y percepciones de las enfermeras acerca de los cuidados que proporcionan a los pacientes durante el ejercicio profesional. Se intenta conocer si la atención de enfermería que prestan está acorde con lo que defienden sobre la ética del cuidar Watson y Roach. Estas autoras defienden un cuidar global a las personas lo que implica un preocuparse, un interés, una empatía, aspectos que no son fácilmente objetivables, por ello se han valorado todos los aspectos que están presentes en el cuidar. Desde el inicio del estudio, se siguió el criterio de Patricia Benner<sup>52</sup> que defiende que el conocimiento perceptivo es un factor determinante en la aplicación de un acertado criterio asistencial por parte de la enfermera experta y que este tipo de conocimiento se manifiesta en forma de intuiciones vagas y estimaciones globales que en un principio están fuera del análisis crítico. Si bien es cierto de que las enfermeras expertas no se detienen en el umbral de lo perceptivo, pero a su vez no se atreven a ignorar estas conjeturas o intuiciones que les facilitan la detección temprana de los trastornos y la búsqueda de los elementos que confirmen sus intuiciones. Analizadas las entrevistas se aprecia que las enfermeras tienen en cuenta estos aspectos intuitivos y que no siempre ante los problemas humanos que no corresponden estrictamente a la esfera física ni técnica, pueden argumentar y fundamentar sus intervenciones dada la complejidad de las relaciones humanas.

Ha resultado muy difícil poder llegar a unas afirmaciones concluyentes a través de los resultados. La descripción efectuada al inicio de los modelos escogidos no permite poder llegar a resultados fidedignos, sino solamente conocer las percepciones y sentimientos de las enfermeras y su conocimiento de las teorías analizadas. La dificultad de poder investigar<sup>53</sup> sobre el cuidar es debido a que éste puede ser concebido como una actitud, una habilidad, un atributo o característica o unas relaciones interpersonales complejas. A pesar de lo dicho anteriormente, se ha realizado diversos estudios de investigación en varios países anglosajones sobre el modelo de cuidar de Watson, Marlaine Smith<sup>54</sup> los ha clasificado en cuatro grandes apartados: 1. La naturaleza del cuidar enfermero. 2. Percepción de los pacientes y enfermeras de la conducta

---

<sup>52</sup> Benner, P. (1987) *Práctica progresiva en Enfermería*. Barcelona: Grijalbo, p 22

<sup>53</sup> Strickland, O.L. (2002) *Prefacio* En: *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. New York: Springer Publishing Company

<sup>54</sup> Smith, M. (2004) *Review of research related to Watson's Theory of Watson*. *Nursing Science Quarterly*. Vol 7 nº 1; 13-25

cuidadora. 3. Experiencias humanas y necesidades de cuidados. 4. Evaluación de los resultados de la práctica cuidadora y la educación. En líneas generales aparecen los mismos temas que han relatado las enfermeras en sus entrevistas. Dentro de la naturaleza del cuidar enfermero, se identifican los temas de dignidad, seguridad, amor, presencia, respeto que se corresponden con las descripciones de Watson sobre el cuidar. Respecto a las experiencias humanas y las necesidades de cuidado, se reconoce la necesidad de resaltar la subjetividad de la experiencia y que la comprensión del otro mediante la escucha de sus relatos es más importante que la valoración de su estado físico.

Las enfermeras relatan ciertas dificultades en poder proporcionar unos cuidados de calidad. Algunas de estas dificultades se corresponden con las dificultades analizadas por Watson en su teoría sobre el cuidar. Entre las mismas, menciona en primer lugar como los valores sociales imperantes en nuestra sociedad occidental no facilitan las actitudes cuidadoras y humanísticas. Los avances tecnológicos y el postmodernismo incrementan la individualidad y el egoísmo social. Y en segundo lugar la divergencia entre la teoría y la práctica o entre los aspectos científicos y los aspectos de “arte” en el cuidar. Ante esta última dificultad, se debe destacar positivamente la buena relación existente entre las estructuras académicas y asistenciales en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Las enfermeras enfatizan que la filosofía del cuidar existente en el hospital se debe al trabajo realizado por la escuela de enfermería del mismo centro<sup>55</sup>.

Los modelos investigados de Watson y Roach no reflejan el principio de autonomía y al describir la responsabilidad ética, parten del principio de beneficencia, este hecho quizás se deba a la influencia que han ejercido en las autoras los aspectos maternos que durante siglos han estado presentes y con gran intensidad en el cuidar de la enfermera. En las enfermeras entrevistadas, se aprecia que el respeto a la autonomía está muy presente en el cuidado prestado a las madres, a las que no se consideran como pacientes, no ocurre lo mismo ante los enfermos de Cuidados Intensivos o Geriátrica, en donde las enfermeras sólo hablan de recuperar la independencia del

---

<sup>55</sup> La Escuela Universitaria de Enfermería acaba de celebrar su 50 aniversario. A lo largo de su historia siempre ha defendido valores humanísticos. Muchas de las enfermeras que trabajan en el hospital se han formado en dicha escuela, y las que se formaron en otros centros rápidamente se adaptaron a la filosofía de la institución, manteniéndose así la filosofía de cuidar.

paciente y no de la capacidad innata de la persona de decidir sobre todo lo que le puede afectar tanto físicamente como psíquicamente. También es cierto que en estos servicios los pacientes no siempre poseen las capacidades cognitivas necesarias para ser autónomos. Anne Davis<sup>56</sup> en un artículo nos dice que la dimensión ética del cuidar de enfermería se debe basar en los principios de la bioética, la ética de las virtudes y la ética del cuidado.

Es curioso destacar el rechazo manifestado por las entrevistadas ante la palabra compasión, una de las características del cuidar descrita por Simone Roach. Si bien es cierto que después de clarificar el significado dado por la autora, continúan mostrando su disconformidad. Esta reacción podría deberse a la dificultad de poder encontrar los límites de la relación. Vivir constantemente el dolor y sufrimiento requiere poseer un gran equilibrio mental y una vida satisfactoria fuera del trabajo y el conseguir encontrar este equilibrio, a pesar de las ayudas que la misma profesión aporta, depende de la misma persona y de sus características de personalidad.

A pesar de estas dificultades no se debe olvidar nuestro reciente pasado político en donde la Iglesia Católica tenía una gran influencia. Si se revisan el texto oficial de la asignatura de Moral Profesional<sup>57</sup> de los estudios de ATS<sup>58</sup> se puede apreciar que se concibe la profesión de enfermería como una vocación<sup>59</sup> y la enfermera debe poseer un corazón sensible para amar al enfermo y compadecerse de sus desgracias y sacrificarse por él. Dado que dos de las participantes en las entrevistas habían cursado ATS es lógico que mostraran cierto rechazo hacia la palabra compasión.

Si se observa lo sucedido en otros países del mundo anglosajón, varios autores de teorías del cuidar basan la razón ética del cuidar en fundamentaciones no religiosas. John P. Reeder<sup>60</sup> nos afirma: “A pesar que las tradiciones pueden coincidir sobre el alcance de la justicia, agapistic (ágape) “amor” no es similar a “cuidar”. Para Gilligan autosacrificarse para cuidar a los otros es

---

<sup>56</sup> Davis, A. J. (1999) *Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería*. Enfermería Clínica Vol. 9 nº 1; 21-28

<sup>57</sup> Rey, J. (1963) *Moral profesional del ayudante Técnico sanitario*. Santander: Editorial Sal Terrae

<sup>58</sup> La última promoción acaba en 1979. Pero desde el inicio de la democracia, la asignatura de moral profesional dejó de impartirse.

<sup>59</sup> Llamamiento por parte de Dios para conseguir el cielo. Toda profesión debe ser una vocación caritativa.

<sup>60</sup> Reeder, J.P. (2001) *Are Care and Justice distinct Virtues?*. En: Fritz Cates, D. & Lauritzen, P. *Medicine and the ethics of the care*. Washington: Georgetow University press. p. 4

solamente una etapa que refleja el ideal social de la madre nutritiva (nurturing). La teología cristiana responde tener una fuente – la imitación de Cristo- que está ausente en el punto de vista de Gilligan que defiende que la moralidad es la expresión natural de dos características de la experiencia humana, a saber, el esfuerzo por la igualdad y autonomía (justicia) y la vulnerabilidad de perder el apego (cuidado)”. Encontrar la fundamentación moral de cuidar dependerá de los valores y creencias que defienda a nivel personal cada enfermera y de los que consensuen el colectivo profesional.

Las enfermeras manifiestan una gran preocupación en poder proporcionar unos cuidados de calidad equitativamente a todos los pacientes asignados. Relatan las dificultades existentes como la falta de recursos para poder llevarlos a cabo. Es frecuente en sanidad, ante la distribución de los recursos escasos, que el criterio vida esté por encima que el criterio de cuidar. Así lo podemos comprobar como los presupuestos se inclinan más hacia los aspectos tecnológicos y técnicos que hacia los aspectos que proporcionen confort y calidad de vida. Si vivir es importante, también lo es vivir con calidad de vida, este dilema ético está presente cada día en nuestros hospitales y requiere que exista un gran debate social al respecto. En este debate aparecen dos áreas bien definidas con significados diferentes, la defensa del valor vida moralmente se fundamentará en la justicia, los derechos, la autonomía y equidad y por el contrario la calidad de vida en el cuidar, el amor, la benevolencia y la compasión.

Varios autores han abordado estos temas. Carol Gilligan<sup>61</sup> al hablarnos de la necesidad de que las personas sean cuidadas, afirma que el centro de la moralidad no es la justicia ni los derechos únicamente sino que también los cuidados. El cuidar es una expresión de la dimensión moral y no se puede reducir a las consideraciones de la justicia. La dicotomía existente entre la justicia y el cuidado está presente en varios autores, Reeder<sup>62</sup> intenta clarificar este problema que preocupa a la bioética, sostiene que William Frankena estaba equivocado al sugerir que la justicia sola, sin benevolencia, determinaba la exacta distribución de los beneficios y cargas y que Gilligan estaba equivocada al sugerir que las consideraciones de cuidar eran totalmente diferentes de la justicia.

---

<sup>61</sup> Hekman, S.J. (1995) *Moral Voices, Moral selves: Carol Gilligan and Feminist Moral Theory*. University Park: Pennsylvania State University Press.

<sup>62</sup> Reeder, J.P. *Op. Cit.* p 5

Defiende que ambos autores presentan cierta parte de verdad en cada uno de sus puntos de vista ya que el cuidar necesita unas pautas distributivas y, a pesar de ciertas superposiciones, la justicia y el cuidar a menudo expresan diferentes consideraciones. Mantiene que los conceptos de justicia y cuidar están relacionados con las relaciones entre las personas en general y con las relaciones entre personas particulares. A pesar de que las consideraciones sobre la justicia y el cuidar pueden estar en conflicto en relaciones especiales, un conjunto compuesto de la justicia y de un cuidado a la persona puede ser la estructura para determinar unos criterios de justicia social.

Se debería añadir a lo manifestado anteriormente, el hecho de que el cuidar siempre ha sido considerado como una actividad estrictamente femenina, por lo tanto de segunda categoría, y muy alejada de la actividad de curar desempeñada por los médicos que ostentaban el poder.<sup>63</sup> A pesar de ser de segunda categoría, los cuidados prestados por las enfermeras siempre han estado presentes en los hospitales. Se debe destacar que las enfermeras entrevistadas, excepto una apenas relatan problemas relacionados con su condición de ser mujeres.

El coste de las enfermeras siempre ha sido una parte muy importante del total de los presupuestos de los hospitales modernos, ya que los gestores de los hospitales han pretendido que el trabajo de las enfermeras cumpliera objetivos ambiciosos como proporcionar cuidados de salud de calidad, incrementar la satisfacción del paciente, y controlar los costes económicos. En nuestro país, como en otros países, se ha seguido la teoría económica del Taylorismo<sup>64</sup> que defendía el equilibrio coste/eficacia, y que cada tarea definida meticulosamente debería asignarse a aquellas personas que tuvieran el mínimo nivel de habilidad necesario para desempeñar la tarea. Esto ha significado que muchas de las actividades realizadas por las enfermeras sean delegadas a personal auxiliar no cualificado. En las entrevistas realizadas, siguiendo el criterio del Taylorismo, se puede apreciar diferencias significativas entre la actividad cuidadora según el servicio dónde trabaja la enfermera. En las UCI la enfermera titular, dada la complejidad tecnológica y gravedad del enfermo, delega pocas actividades a la auxiliar. En las unidades maternas, como la madre es autónoma, muchas de las actividades de cuidar las realiza ella misma y las enfermeras asumen la

---

<sup>63</sup> Bioeticistas médicos como Pellegrino, también han desarrollado teorías del cuidar médico, presentando características diferentes a los cuidados de enfermería.

<sup>64</sup> Andolsen, B.H. (2001) *Care and Justice as Moral Values for Nurses in a Era of Managed Care*. En: Fritz Cates, D. & Lauritzen, P. *Medicine and the ethics of the care*. Washington: Georgetow University press. p. 48

relación de ayuda y los aspectos educativos. Por el contrario, en los servicios de Geriátrica al no precisar los ancianos una gran tecnología y al ser en muchos casos muy dependientes, la ratio enfermera-paciente es menor que en las otros servicios. Ante este hecho las enfermeras se ven obligadas a delegar al personal auxiliar los cuidados de los ancianos, no obteniéndose los mismos resultados que en los otros servicios. Este hecho justifica la descripción de falta de cuidados que la enfermera de Geriátrica hace de los pacientes que acuden a su servicio.

Los cuidados de enfermería si se aplican correctamente además de ser rentables como nos insinúan las enfermeras, proporcionan una gran calidad de vida. En EEUU en los hospitales denominados magnéticos, han puesto en práctica la experiencia de que las enfermeras titulares asuman todas las responsabilidades de cuidar, no existiendo personal auxiliar, los resultados obtenidos a nivel de costes como de satisfacción del paciente son muy elevados. Las “primary care nursing”<sup>65</sup> asumen la responsabilidad de un pequeño número de pacientes durante su turno. Al ocuparse solamente de pocos pacientes, pueden realizar más cuidados físicos, pueden establecer relaciones significativas tanto con los pacientes como con sus familias y asumir el “trabajo emocional” que comporta el cuidar. La ética del cuidado se adapta perfectamente con este tipo de enfermeras asistenciales, haciendo creíble este modelo básico de la ética del cuidado de enfermería.<sup>66</sup> A pesar de los buenos resultados obtenidos por este modelo, desde 1990 las enfermeras, presionadas por los costes económicos, han visto como se iba incrementando el número de pacientes a los que debían prestar cuidados y como consecuencia disminuía la calidad de los cuidados prestados.

Así mismo se debería mencionar los aspectos emocionales presentes en las enfermeras entrevistadas. Estas mostraban ambivalencia ante la implicación afectiva con los pacientes. Se han analizado las emociones dado que éstas en el acto de cuidar, constituyen una parte esencial de todo pensamiento y conducta y también forman parte de la reflexión moral. Anne P. Griffin<sup>67</sup> nos remarca que estas son importantes ya que la percepción por parte de las enfermeras de las necesidades de los pacientes y las consecuentes atenciones realizadas presentan diferentes aspectos a considerar. Existe una valoración clínica de lo que requiere el paciente, el

---

<sup>65</sup> Se mantiene el nombre original inglés, ya que la traducción del mismo en castellano tiene otro significado.

<sup>66</sup> Andolsen, B.H. *Op.cit.* pp. 44-47

<sup>67</sup> Griffin, A.P. (1983) *A philosophical analysis of caring in nursing*. Journal of Advanced Nursing. 8: 289-295

reconocimiento cognitivo y moral de la importancia de concebir al paciente como una persona y el elemento emocional que motiva y da energía a la acción asistencial que podría ser llamado como el cuidado. La emoción nace de nuestra percepción de la situación del paciente y ésta presenta necesariamente componentes cognitivos. Esto se debe a que las emociones están conceptualmente vinculadas con la razón y la propia valoración, así lo que nosotros sentimos estará condicionado en como apreciamos la situación. Y estos sentimientos incrementan nuestra comprensión de la situación. Sidney Callahan<sup>68</sup> nos dice que la persona que no tiene en cuenta sus respuestas emocionales ante una situación por que desea ser racional y objetiva, su conducta no podrá considerarse madura.

---

<sup>68</sup> Callahan, S ( 2001) *The Psychology of Emotion and the Ethics of Care*. En: Fritz Cates, D. & Lauritzen, P. *Medicine and the ethics of the care*. Washington : Georgetow University press. p. 142

## 7. CONCLUSIONES

Tras la revisión bibliográfica y el análisis de las entrevistas en profundidad realizadas se puede apreciar que la ética del cuidar presenta una gran complejidad cuando es aplicada en los cuidados de enfermería. La ética como teoría y como práctica tiene siempre un trasfondo cultural por lo que debe ser analizada teniendo en cuenta las diferentes perspectivas culturales. Partiendo de estas dos premisas las conclusiones del presente trabajo se pueden sintetizar en:

- El respeto del principio bioético de la autonomía desde la perspectiva de la ética del cuidar puede presentar ciertos problemas y no siempre es contemplado en la ética del cuidar. Los modelos del cuidar de Watson y Roach tienen en cuenta la interdependencia mutua y la respuesta emocional, dan una gran importancia a la satisfacción de unas necesidades y no tanto al respeto de unos derechos. Si bien es cierto que desde la perspectiva del cuidar son las emociones y no la razón las que nos hacen pensar en las necesidades de los demás, también lo es el que la respuesta moral no es simplemente emocional, el cuidado tiene una función cognitiva que hay que tener en cuenta ya que nos permitirá conocer, entender las necesidades para poder respetarlas.
- La teoría es un instrumento de gran utilidad para explicar conceptos y efectuar previsiones, configura los temas y facilita el análisis sistemático de una sucesión de acontecimientos. Las enfermeras durante las entrevistas ponen de manifiesto que determinados deberes prácticos escapan a toda formulación científica de carácter teórico y que el individuo puede adquirir habilidades y conocimientos que cuestionan y amplían los postulados teóricos vigentes. En el marco de la ciencia aplicada, el progreso del saber implica ampliar conocimientos prácticos. La experiencia es un requisito previo de la pericia. Como afirma Watson la enfermera va madurando en su relación con los pacientes a lo largo de su carrera profesional.
- Las relaciones enfermera-paciente no siempre son fáciles. En muchas ocasiones presentan problemas éticos cuando existe diferencia de criterios morales entre el paciente y la enfermera, entrando en conflicto los principios de autonomía y beneficencia. Se deberían

efectuar análisis más profundos sobre la ética del cuidar para poder determinar cuales son los deberes éticos de las enfermeras.

- Las enfermeras manifiestan una gran preocupación por el principio de justicia, resaltan la falta de tiempo y la necesidad de priorizar los cuidados técnicos (relacionados con la curación) no pudiendo ofrecer unos cuidados globales que proporcionarían al paciente una buena calidad de vida. Así mismo se puede apreciar que en los servicios de Geriátrica la prestación de unos cuidados globales es más difícil, produciéndose el mismo fenómeno de marginación que presenta la sociedad frente a los ancianos. Si bien es cierto que la sanidad de los países anglosajones como en el nuestro presenta graves problemas económicos, se debería efectuar un debate social para determinar como mejor se distribuyen dichos recursos escasos.
- Proporcionar unos cuidados de calidad implica que la teoría y la práctica tiene que relacionarse entre sí. Se ha constatado, según relatan las enfermeras, que en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, la intensa relación escuela-hospital ha permitido que las enfermeras asistenciales profundizaran en los conocimientos teóricos sobre el cuidar y que las enfermeras docentes al tener más próximo el mundo asistencial buscaran las vías para la aplicación de unos conocimientos teóricos sobre el cuidar de acuerdo con la realidad asistencial.
- Las enfermeras entrevistadas desconocían los modelos analizados de Watson, enfermera norteamericana y Roach, enfermera canadiense. Del análisis de las entrevistas se puede afirmar que éstos no se adaptan plenamente a nuestra realidad asistencial. El presente estudio no ha podido detectar las causas, pero quizás se podría afirmar que las diferencias culturales existentes entre EEUU, Canadá y Cataluña pueden ser una de las principales causas. Estas diferencias han estado más patentes ante la característica de la compasión.
- El estudio ha presentado ciertas dificultades metodológicas que han sido consideradas en la valoración de los resultados. El hecho que el entrevistador trabajara en el mismo centro de las personas entrevistadas y que las conociera desde hacía varios años (a pesar de no haberlas seleccionado el mismo), si bien puede ser un factor positivo ya que existía una confianza, a su

vez puede haber restado libertad a las enfermeras en la expresión de sus percepciones y sentimientos.

- Los resultados obtenidos nos permiten definir con más solidez los problemas éticos de los cuidados de enfermería. La ética del cuidado presenta diferentes dificultades en su aplicación como así muestran las enfermeras entrevistadas del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Los datos obtenidos en las tres entrevistas no son suficientes para poder afirmar que los resultados son concluyentes, pero al tener un mayor conocimiento de la opinión de las enfermeras respecto a la ética del cuidar, pueden ser de gran ayuda en futuros estudios. Sería de gran utilidad para las enfermeras y para la población que recibe sus cuidados el que se continuara investigando sobre el tema.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Beauchamp, T.L. & Childress, J. F. (1999) *Principios de Ética Médica*. Barcelona: Masson
- Benner P. (1987) *Práctica progresiva en Enfermería*. Barcelona: Grijalbo
- Bishop, A. Scudder, J. (1985) *Caring, Curing, Coping. Nurse, Physician, Patients relationships*. Alabama: The University press.
- Bouchard, C. & Kean Dutil, B. (1991) *Le "caring": Vers une conception interactionniste*. Canadian Journal of Nursing Research. (25)2:69-83
- Brykzynska. G. (1992) *Caring. Some philosophical and spiritual reflections*. En Moya J & Brykzynska (edt) *Nursing Care*. Londres: Edward Arnold.
- Coates, C.J. (1997) *The caring Efficacy Scale: nurses' self-reports of caring in practice settings*. Adv Pract Nurs Q. (1): 53-9
- Conde Gutiérrez del Alamo, F. (2003) *Análisis de la información en investigación cualitativa*. Módulo: Introducción a la Investigación cualitativa. Unidad didáctica 4. Madrid: Instituto Carlos III
- Cortina, A. (1997) *La estructura del sujeto moral*. En: Arroyo, M.P. Cortina, A. Torralba, M.J. Zagasti, J. *Ética y legislación en enfermería*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana
- Crigger, N. (2001) *Antecedents to engrossment in Noddings' theory of care*. Journal of Advanced Nursing, 35(4):616-623
- Crongvist, A. Theorell, T. Burns, T. (2003) *Caring about-Caring for: moral obligations and work responsibilities in Intensive Care Nursing*. Nursing Ethics. 2:63-76
- Davis, A J ( 1999) *Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería*. Enfermería Clínica Vol 9 nº 1:21-28
- Dierckx de Casterlé, B. Roelens, A. Gastmans, C. (1998) *An adjusted version of Kohlberg's moral theory: discussion of its validity for research in nursing ethics*. Journal of Advanced Nursing 27:829-835
- Feito Grande, L. (2000) *Ética profesional de la enfermería*. Madrid: PPC
- Fritz Cates, D. & Lauritzen P. (2001) *Medicine and the ethics of the care*. Washington: Georgetown University press
- Gadow SA (1985) *Nurse and patient: the Caring relationships*. En Bishop A.H. & Scudder J.R. *Caring nurse, curing physician, and coping patient*. Alabama: University of Alabama

- Gastmans, C. Dierckx de Casterlé, B. Schotsmans, P. (1998). *Nursing considered as Moral Practice: a philosophical-ethical interpretation of nursing*. Kennedy Institute of Ethics Journal. (8) 1:43-69.
- Gilligan, C. (1985) *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gracia, D. (2004) *Como arqueros en blanco*. San Sebastián: Triacastela,
- Griffin, A.P. (1983) *A philosophical analysis of caring in nursing*. Journal of Advanced Nursing. 8, 289-295
- Grove, S.J. (1991) *Who cares?. The crisis in Canadian Nursing*. Toronto: McClelland & Stewart Inc.
- Kyle, T.V. (1995) The concept of caring: a review of the literature. Journal of Advanced Nursing. 21:506-514
- Kitson, A.L. (2003) *A comparative analysis of lay-caring and professional (nursing) caring relationships*. International Journal of Nursing Studies 40:503-510
- Mayeroff, M. (1971) *On Caring*. New York: Harper & Row, Publishers.
- Noddings, N. (1984) *Caring: A feminine Approach to Ethics & Moral Education*. Berkeley: University of California press.
- Kohlberg, L. (1992) *Psicología del Desarrollo Moral*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Kushe, H. (1997) *Caring: nurses, women and ethics*. Oxford: Blackwell.
- Little, M.O. (1996) *Why a Feminist Approach to Bioethics?* Kennedy Institute of Ethics Journal.(6) 1:1-18
- MacIntyre, A. (1987) *Tras la virtud*. Barcelona: Crítica
- Pellegrino, E.& Thomasma, D. (1993) *The virtues in Medical Practice*. New York: Oxford University Press
- Phillips, S. & Benner, P.(1995) *The crisis of the care*. Washington: Georgetown University press.
- Quivy, R. & Van Campenhoudt, L. (2001) *Manual de recerca en ciències socials*. 2ª Edició. Barcelona: Herder
- Reich, W.T. (1996) *Care* En Warren Reich (ed) Encyclopedia of Bioethics 2ª ed. Vol 1 New York: Simon & Shuste/MacMillan.
- Rey, J. (1963) *Moral profesional del ayudante Técnico sanitario*. Santander: Editorial Sal Terrae

- Roach, S. (1987) *The human Act of Caring: A blueprint for the health professions*. Ottawa: Canadian Hospital Association.
- Sarter, B (2004) *Philosophical Sources of Nursing Theory*. En Reed, P.G. Shearer, N.C. Nicoll, L.H. Perspectives on Nursing Theory. 4<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith, M. (2004) *Rewiew of Research. Related to Watson's Theory of Caring*. Nursing Science Quarterly (17)1:13-25
- Strickland, O.L. (2002) *Prefacio En: Watson, J. Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. New York: Springer Publishing Company
- Taylor, S.J. & Bagdan, R. (1998) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. 4<sup>a</sup> Edició. Barcelona: Paidós
- Torralba, F. (1998) *Antropología del Cuidar*. Barcelona: Institut Borja de Bioètica. Madrid: Fundación Mafre Medicina.
- Torralba, F. (2002) *Ética del Cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Institut Borja de Bioètica. Madrid: Fundación Mafre Medicina.
- Tschudin, V. (1992) *Ethics in Nursing. The caring relationship* 2on Edition. Oxford: Butterworth-Heimann.
- Valls Miquel, S. (2000) *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y practica profesional*. Madrid: Síntesis
- Watson, J. (1985) *Nursing. The philosophy and sciences of caring*. University press of Colorado, Colorado. Edición francesa: (1998) *Le caring. Philophie et science des soins infirmiers*. Editions Seli Arslan, Paris pp17-23
- Watson, J. (2001) *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. New York: Springer Publishing Company.

## **ANEXO**

### **CLASIFICACIÓN DE LAS CATEGORIAS DESCRIPTIVAS Y LAS SUBCATEGORIAS DE LAS ENTREVISTAS**

#### 1. El cuidar:

- 1.2 Aspectos conceptuales
- 1.3 Autonomía
- 1.4 No juzgar
- 1.5 Cuidar en equipo
- 1.6 Cuidados técnicos y cuidados humanos
- 1.7 El cuidar, largo aprendizaje
- 1.8 Especificidad
- 1.9 El cuidar en otros centros

#### 2. Educación.

- 2.1 ATS-Diplomado enfermería

#### 3. Relación enfermera-paciente

- 3.1 Comunicación
- 3.2 Límites
- 3.3 Escucha
- 3.4 Respeto
- 3.5 Afecto
- 3.6 Estado anímico

#### 4. Influencias históricas y religiosas

#### 5. Principio de justicia

#### 6. Los 5 elementos del cuidar de Simone Reach

- 6.1 Compasión.
- 6.2 Confianza
- 6.3 Competencia
- 6.4 Conciencia
- 6.5 Compromiso

## 7. Límites ética de máximos- ética de mínimos

### 9.1 Ética de máximos

### 9.2 Ética de mínimos

## 10. Jane Watson

## 11. Problemas relacionados con el hecho de que mayoritariamente las enfermeras sean mujeres.

## 1 Cuidar

**1.1 Aspectos conceptuales:** E 1, (pag 1) *“El meu cuidar està basat a donar suport dintre del camp de la salut, salut o malaltia per intentar mantenir la salut, per recuperar-la o ajudar a acceptar certes coses que la gent viu com mancança, però que si es treballa no es viu com mancança sinó com una cosa més de la mateixa vida”.*

E 3 (pag 1) *“ a nivell de lo que es el cuidar, a nivell d’infermeria penso que es una part de la atenció molt important dins de la nostra professió i a les hores...”*

E 2 (pag 8) *“ está la filosofía de ese cuidado, de ese mimo, de ese respeto, de ese tratar a las pacientes en un intercambio de igualdad”*

**1.2 Autonomía:** E 1, (pag 1) *“...procurar que sempre aquella persona sigui independent, independent de mi, ..... o de la mateixa família dons sigui independent, però com a través meu, puc conformar-los, poc., donar recursos”*

E 2 (pag 3) *“ ellas ven que no va por ahí y yo creo que es bueno para el bebé” “ es muy duro ante ciertas situaciones, pero si ella decide que esta bien pero... me queda la duda de si yo debería decirle algo para que ella cambiara su actitud... per a la vez no puedo causarle culpabilidades”*

**1.3 No juzgar:** E 1 (Pag 3). *“...el conec més profundament sense immiscuir-me en la seva vida, m’és igual la vida que faci”.*

**1.4 Cuidar en equipo:** E 1 (pag 23) *“a més un pacient està cuidat en tot el seu procés de malaltia no per sol una infermera, sinó que el 100% dels cuidados estan donats per totes les infermeres que té al voltant”*

E 1 (pag 10) *“Em demanes una opinió meva..... té molt a veure amb qui està gestionant i administrant aquell servei...molt o sigui, una persona en l'àmbit de la administració i gestió que tingui la inquietud perquè el seu equip treballi amb coneixement de causa perquè quan treballem hem de ser una mica punxats, una mica de inquietud i que la transmeti.”*

E 1 (pag 14). *“ perquè a vegades es cauen en rutines i no s'hi cauen quan hi ha aquest element que dirigeix la unitat, diga-li supervisora. Quan hi ha un element instigador, és nota molt en la qualitat del treball.”*

**1.5 Cuidados técnicos y cuidados humanos:** E 2 (pag 4) *“los cuidados técnicos son más fáciles, pero cuando demanda nuestra ayuda.. por que se siente mal, quiere hablar, ella misma no sabe lo que le pasa... cuando ella entra en dudas... entonces tu te das tiempo para escuchar sus necesidades y después de satisfacerlas... eso es un descanso”*

E 1 (pag 15) *“ Lo humà és tan complex que si no ho fas amb l'ímpetu que t'has proposat ets sentes que et fa mal que, bueno dius hem de tocar molt a dintre l'humà, no?. No obstant si et dediques a ciències exactes dons no passa res, estàs amb papers. He de dir-te que a vegades quan vaig cap a casa vaig pensant demà tinc el projecte de fer això... i el gust és satisfactori.*

**1.6 El cuidar, largo aprendizaje:** E 3 (pag 13) *“Als inicis, jo tenia una idea de cuidar molt idealitzada , jo vaig acabar i vaig començar a treballar a urgències.. i la meva lluita era que allà ho tenien molt mecanitzat.... Jo crec que hi conservat molt la idea primitiva de cuidar” “Clar tenia més dificultat a l'hora d'establir criteris perquè no tenia prou bagatge, no? ... tenia molta teoria i molt poca pràctica, llavors em costava molt de temps fer qualsevol cosa.... no tenia pràctica del dia a dia i ara penso que segueixo adaptant-me.”*

E 1 (pag 14) *“per a mi és molt important el que està treballant a primera línia, no?. La persona que es mou només entre llibres, es troba en una situació ideal i no real ?, Siiii”*

E 1 (pag 6) *“vaig aprendre d'un pacient”. “ he après molt de les companyes...sobretot si tenen motivació”*

**1.7 Especificidad:** E 3 (pag 20) *“Nosaltres hem lluitat sempre per tenir la nostra entitat, qui som, com ens definim, qui és la infermera?”*

**1.8 El cuidar en otros centros:** E 2 (pag 7-8) *“nosotros tenemos más recursos o por lo menos más recursos de personas, .... la mayoría de enfermeras que trabajan en otros centros llevan un “ratio” (proporción) de pacientes mucho mas elevado que nosotros”*

E 2 (pag 9) *“las madres quieren tener los niños aquí a pesar de la estructura física” Pero siempre alaban a alguien en general como en todos los sitios, pero la atención humana del personal de enfermería..... aquí normalmente se escucha, se atiende, se proporciona lo que ellos piden hasta el grado que es posible”*

## **2 Educación**

E 1, (pag 1) *“el primer contacte de la filosofia d’infermeria la vaig trobar aquí en aquest hospital, jo m’he anant formant no només de cursos....., sinó també de la gent que tens al voltant”.*

E 1 (pag 24) *“ des del marc de l’ètica en infermeria no he llegit res,..... a veure soc persona i visc una pròpia ètica.. també he sentit parlar en el carrer”*

E 1 (pag 28) *“ ...la formació ètica sempre t’ha enriquit, veus altres punts de vista, però això s’ha de interioritzar i fer-te responsable i si no t’ho has integrat segueix igual.”*

E 2 (pag 8) *“aquí la escuela de enfermería marca mucho esta filosofía de enfermería del hospital, eso lo tengo que reconocer.” “yo estudie fuera del hospital, llegue aquí con una idea de mini-médico donde primaba la técnica y llegue al descubrirla al ponerme en contacto con esta escuela, fue donde me plantearon de que el paciente es una persona que está en igualdad de condiciones que yo”*

**2.1 ATS – Diplomado de Enfermeria:** E 1, (pag 1) *“En la trajectòria d’infermeria que vaig fer... en ATS jo no vaig fer una formació ni de filosofia ni de infermeria”*

E 1 (pag 17) *“L’ATS que vaig fer no té res que veure amb el que és la Diplomatura d’Infermeria. La transformació ha estat un esforç terrible però ara és millor.....”*

### 3 Relación enfermera-paciente

**3.1 Comunicació:** E 1 (pag 1) *“pot haver-hi una bona comunicació encara que no sigui verbal”*.

E 1 (pag 5) *“va ser dir-li noto que tens por a alguna cosa, tu et penses perquè portes un tub i estàs connectada a una màquina t’has de morir?, em va dir que si, amb això va ser simplement parlar de que no es moriria....., en una mig hora va fer un canvi espectacular, es va extubar<sup>69</sup> i cap problema”*.

E 1 (pag 3) *“m’adreço a ell, ho intento dir-li, parlar a soles, m’he acostumat, m’he acostumat a dirigir-me a una persona que no pot reaccionar, sedat<sup>70</sup>, intubat, és un hàbit que també t’ajuda quan es retira la sedació, ... el dia que desperta, es desperta en un acompanyament*.

E 2 (pag 14) *“esta capacidad de relacionarse creo que es innata, cada uno la tenemos de una forma determinada cuando uno se siente más o menos tranquilo y seguro con el trabajo que está haciendo..... no haya un buen cuidado si no tengo una buena relación”*.

E 2 (pag 15) *“todo el mundo es capaz de comunicarse.... si no va sobrecargado de trabajo, sino tiene un problema personal que le desborde y sino tiene una gran presión en cumplir unos determinados objetivos”*.

**3.2 Límites:** E1 (pag 4). *“no és una relació d’implicar-me” i amb això l’ajuda”*

E 1 pag 18 *“per ser mínimament responsable has de tenir un nivell d’autoestima i la societat de l’entorn ...”* pag 19 *“jo crec que ens estimem poc... l’autoestima no vé amb que tothom sigui alabat, sinó que has d’aprendre a valorar-te a tu mateix”*

**3.3 Escucha:** E 2 (pag 2) *“cuando me acerco a ellas siempre voy con una actitud de escuchar e intentar ver.. y entender que es lo que ellas me demandan”* *“Cuando hago un planteamiento así si que hay empatía”*.

**3.4 Respeto:** E 2 (pag 2) *“siempre que me acerco a cualquier paciente lo primero es el respeto como persona y en mi caso suelen ser autónomas o si no lo son totalmente a nivel físico, están conscientes, pueden opinar lo que quieran, decir lo que quieran”*

---

<sup>69</sup> Retirar el tubo endotraqueal

E 2 (pag 4) · *“tenemos mucho poder”*

**3.5 Afecto:** E 3 (pag 4) *“una de les coses que qualsevol pacient et demana, lo que a vegades ells volen és que tu els atenguis, que estiguis per ells, que siguis afectuós..... valoren més lo afectuos que pot ser una persona amb ell que no la gran professional que sigui. Vol que siguis amable, correcte que siguis respectuós”* “jo no ho veig així, però la gent ho demana així, jo penso que la persona que te cura d’altre ha de ser una persona correcte, amable, respectuosa, una professional que sàpiga el que fa i perquè ho fa i no simplement una persona afectuosa.” “A qualsevol edat, la gent gran més”

**3.6 Estado de ánimo:** E 1 (pag 3) *“jo tampoc estic en plena disposició aquell dia per moltes causes, però l’important és que jo m’ho reconegui”.*

**4. Influencias históricas y religiosas:** E 1 (pag 25) *“hem desenvolupat aquesta ètica civil”*

E 1 (pag 29) *“I això no és vocació eh?, ni religió, ni cristiandat, ni el “séptimo dia”. Però entra en el meu punt de vista des del meu punt de vista jo dic que soc infermera”*

E 1 (pag 17) *“ Es desconeix el que succeïa en els anys 60 i principis dels 70 a Catalunya”.*

## **5. Principio de Justicia**

E 1 (pag 2-3) *“..fer unes cures més extenses d’infermeria, un cura integral.... A vegades, pues, si m’agafa amb una època que hi ha una sobrecàrrega de feina i has de dir aplacem això per demà, perquè avui vaig molt carregada. T’ho proposes, s’ha de complir però moltes vegades no pots tirar endavant els projectes.”*

E 1 (pag 23) *“Jo crec que una infermeria de qualitat estalviaria molts diners, ja que el pacient no està tant de temps ingressat, ni hi haurien tants reingressos a més té molta més satisfacció”.*

E 2 (pag 3) *“yo tengo un tiempo limitado y sé que este tiempo no se lo puedo dar a todas las madres en la misma proporción.... Si una madre presenta muchas demandas le dedico el tiempo*

---

<sup>70</sup> Enfermo no consciente

*necesario. Si luego tengo que reducir mi tiempo para otras siempre priorizo, la que necesita más le doy un poco más. Este es un problema ético que se plantea todos los días.*

E 2 (pag 11) *“Si me baso en la realidad cotidiana de mi trabajo, te diría que hay determinados cuidados que no salen caros, pero hay otros cuidados sí o porque precisan de más personal, o por el tiempo que requieren, por ejemplo, la enfermera establece una relación, escucha....pero si está muy sobrecargada de trabajo no pueden tener esta actitud de escucha...Si el cuidado es adecuado, la información es correcta y si la madre tiene información sobre la utilización de los diferentes recursos tanto de la institución como de fuera del hospital ahorrará visitas a urgencias, al pediatra... yo pienso que se ahorrarían mucho dinero”*

E 3 (pag 7) *“les direccions t’escolten però tampoc solucionen el problema, la realitat és que a les sales les cobertures no son del 100% i n’hi han que estan sobrecarregades de feina. La ratio enfermera-malalt ha de ser més baix per poder donar unes cures de qualitat.”*

E 3 (pag 8) *“Si.....a nivell de direccions priva més la gestió econòmica que la qualitat de les cures ?”*

E 3 (pag 15) *“en algunes residències tenen 70 malalts per una sola infermera, cosa que no és assumible de cap de les maneres, tenen personal auxiliar però tampoc és molt i a les hores no se...” “realment els “yayos” paguen molts diners i les atencions que reben tampoc son molt adequades” “ara moltes vegades la família també es desentén.”*

E 3 (pag 17) *“No, no fem una obra de caritat, el que vaig a fer es solucionar aquest problema, que després no hi haurà continuïtat... probablement tornarà a casa i es tornarà a fer.. però bueno si ho puc solucionar una mica i ja li dius i li expliques lo que té que fer però....”*

## **6. Los 5 elementos del cuidar de Simone Reach**

E 2 (pag 1) *“si tengo que tener en cuenta estos 5 elementos, se que soy consciente de que nunca me los había planteado” .*

**6.1 Compasión:** E 1 (pag 6) *“jo no diria que el que sento que em mou a treballar o a cuidar-los o a donar-lis suport sigui la compassió”*

E 1 (pag 7) *“per a mi compassió es aquell estat en que tu canvies la teva actitud per un'altra, però com es rebut per l'altre, si penses.... Jo per compassió no em moc, ja que jo no he sentit lo*

*que la persona que se li ha mort un fill sent, ho he viscut molt pròximament i això no es compassió, et sap greu, veus que pateix hi ha molts sentiments implicats, intento ajudar en el que puc... em tenen allà”.*

E 1 (pag 13) *“Posar-me en el lloc de l’altre no? Mira sense pensar amb la infermeria, una cosa que em va dir els meus pares que em van transmetre és que el que no vulguis per tu, no el vulguis per ningú, amb això que si crea empatia no ho sé, jo la veritat és que jo no puc posar-me en el lloc de l’altre” “...una persona que em diu que té mal de queixal jo no puc posar-me en la seva situació, jo he viscut el meu mal de queixal, però no, jo no puc arribar aquest nivell, però si que puc analitzar el queixal, el pòmul etc.. si hi ha dolor analitzar aquell dolor i si més no desemascarar altres coses que puguin donar angoixa i augmenta el dolor” “però com empatia de dir sentir-me com l’altre no em poso a la seva pell, però intento comprendre la persona de com està en aquella situació”*

E 2 (pag 1) *“Con lo que más dificultades encuentro, lo voy a decir tranquilamente, sería el de la compasión, cada vez que hablo de compasión me recuerda reminiscencias que no me agradan” “si lo veo como la compasión del pobrecito.. el que lástima... y esto la verdad es que me causa un rechazo terrible..... ante una señora por muy mal que lo esté pasando intento ponerme en su piel o intento ponerme en el otro lado, intento ver que le ocurre” .*

E 2 (pag 2) *“Entonces la empatía está y se que en el fondo también se puede llamar compasión”*

E 2 (pag 12) *“estoy completamente de acuerdo de que la compasión es sentir por el otro, o sea que es este otro el que estimula a la enfermera a moverse y hacerlo bien pero no como un ser inferior sino como un igual?”. “a mi la palabra compasión me recuerda a las filípicas de mi adolescencia de una personas con gran carga de contenido religioso pero además muy represivo, entonces a mí la palabra compasión me causa rechazo y me molesta entonces decir que soy compasiva” .*

E 3 (pag 1) *“empatia sí, jo em puc posar en seu lloc i establir una relació empàtica, però compadir-lo per la situació de que està vivint no, en tot cas ajudar-lo, ensenyar-lo, comprendre’l, però compadir-lo no.”*

E3 (pag 2) *“Jo el que faig no és a nivell de sentiment, sinó a nivell de quins valors, quines necessitats te aquella persona i lo que faig per estar amb ell i tot una sèrie de cures per cobrir les seves necessitats, tant siguin físiques, com psíquiques, però per jo sentir que ell té una necessitat.” “jo el que faig es una observació”.*

E 3 (pag 13-14) *“...Aquí venen “yayos”, d’aquest que venen de residències que suposo que tenen molt poca infermeria, amb unes condicions lamentables, quan els veus amb la boca seca, plena de costres... però penso que ha d’estar present lo que dèiem abans, la compassió...” “ hi ha gent que no ho veu així, però nosaltres som infermeres i jo he de valorar globalment aquella persona i no només el fet pel que acudeix, l’administració d’un tractament”*

E 3 (pag 16) *“suposo que hi ha gent que no veu la boca, perquè no ho sé, no li he preguntat mai tampoc...” “però jo penso que no cal compassió, es que tu quan veus allò (boca seca)...”*

**6.2 Confianza:** E 1 (pag 7), *“em pregunto si es necessari que el pacient tingui confiança cap a mi... veig que a nivell del carrer la gent posa en un pedestal a l’equip mèdic”. “Necessitat de mostrar el paper de l’infermera”.*

E 1 (pag 8), *“quan el pacient agafa confiança mai dependència, ho dic perquè quan connectes molt, el pacient et reclama, malgrat ja no el portis”<sup>71</sup> “el meu objectiu es que recuperi la salut, malgrat las meves disponibilitats. La confiança te l’has de guanyar”.*

E 1 (pag 8-9). *“la confiança tècnica te la donen de entrada, confien que saps portar unes màquines...però, si tu no li has dit els canvis que hi han pots perdre la confiança tècnica. Però tu necessites una confiança per estimular des de la força de voluntat a que sigui capaç d’iniciar un treball de educació diabetològic. Escolten més que si no la tenen”*

E 2 (pag 2) *“Lo que siempre intento ver es su confianza, primero, porque yo siempre le pido permiso para todo.*

E 2 (pag 3) *“si yo no veo que inspiro confianza y que no puedo demostrarmelo me resulta muy difícil trabajar con una madre o con los bebés”.*

E 3 (pag 3) *“Confianza penso que és important, has de establir una relació de confiança amb els pacients.... ell ha d’estar segur de tu, de la teva professionalitat..... I tant que ho capta, ho capta perfectament i se sent insegur moltes vegades..... si canvies d’especialitat has de dir, miri fa molt poc que estic aquí, davant de qualsevol dubte vaig a demanar-li i l’explico.....però ho justifiquen com la pobre acaba de començar”, (pag 4) “Sempre pots establir una relació de confiança i dir mira jo fa tres mesos que estic treballant amb aquesta especialitat, això no li puc contestar ara....”*

---

<sup>71</sup> En la UCI que trabaja las enfermeras cambian de pacientes cada semana.

**6.3 Competencia:** E 2 (pag 3-4) *“competencia, si hablamos de la competencia de lo que yo puedo hacer. Mi competencia en este momento es amplia..... pero me encuentro en medio como un “bocata” entre la mujer y el equipo médico, .....sobretudo a la hora de dar información a las madres. Debo medir las palabras y lo construyo todos los días”*

E 2 (pag 4) *“Toda persona de buena voluntad podría cuidar pero el cuidar profesional, cuidar a esta persona correctamente, con respeto y descubriendo las necesidades de las mujeres, la verdad es que sin un conocimiento y experiencia de vida, pienso que...con los años puede el cuidar ser más ético.”*

E 3 (pag 5) *“Que si s’ha de ser competent amb la teva activitat?, clar que sí. T’has de preparar, t’has de formar”*

**6.4 Conciencia:** E 1 (pag 11) *“La consciència jo crec que és important, ser conscient del perquè de cada cosa que fas davant les cures d’un malalt”*

E 1 (pag 12) *“... sempre es necessita la màxima consciència, haig d’entendre que allò m’ha de servir per alguna cosa”*

E 2 (pag 5) *“la conciencia ... la verdad es que si hablo de mi conciencia” “la conciencia de lo que creo que debo hacer en muchas ocasiones tengo que dejarla de lado cuando..... por lo que he leído, por los trabajos estudios, hay datos que no están de acuerdo con mi conciencia. No es fácil casi siempre tiendes a meter parte de tus creencias ahí, pero intento de verdad que lo intento” .*

E 2 (pag 13) *“Sí, si eso es lo que pretendo cada día, ... desde el respeto, comprender, el pacto, la ética del respeto de que ella tiene libertad de tener sus propias creencias e ideas, lo comentamos antes, de mi conciencia cuando hay conflicto, de que es su vida, es ella y su conciencia la que tiene que prevalecer, no la mía.*

E 3 (pag 5) *“Home, jo penso que si, que has de ser conscient de que el que fas està ben fet i si ha un error pel que sigui, o alguna cosa que no s’està fen be, s’ha de parar, s’ha de parlar i s’ha de fer be.”*

**6.5 Compromiso:** E 1 (pag 12) *“Bueno jo tinc un compromís professional cap a la meva professió. Jo amb el pacient em comprometo a fer-ho el millor possible que se, però jo no faig un compromís que....emmmm, jo pacto amb el pacient, jo no faig compromís, compromís*

*professional personal si com a persona, però com es defineix compromís ?” (pag 13) “ o sigui la meva responsabilitat és que jo com a infermera amb el coneixement que tinc de cara a una persona, jo com a infermera com a companya amb uns altres professionals, jo com a mare respecte al meus fills.....tot el compromís és meu és com ho veig eh! ... per aquest compromís la meva ànsia d’estudiar una mica més, de profunditzar per que les meves cures siguin de la millor qualitat” “Que tingui coneixement d’això per fer els meus cuidados millor, però és un compromís propi o sigui, jo el únic compromís que tinc amb el pacient és que jo li dono el 100% de lo millor que sé, si aquest és el compromís és un compromís molt fort.”*

E 2 (pag 6) *“el compromiso en las horas de trabajo debe ser total,... sino el cuidado queda como muy superficial, falta de contenido... y los resultados no son tan buenos” “Se debe tener el compromiso de hacer la cosas lo mejor que sabes y con la confianza de que el paciente esté de acuerdo en lo que le has propuesto....” “En general, yo creo, que en el hospital hay esté compromiso... En otros hospitales el caso de enfermería es diferente”*

E 3 (pag 6) *“Si queden coses per fer, la teva obligació es quedar-te doblant hores? “Jo no penso que quedin coses per fer, vull dir que és una continuïtat, jo acabo però comença una companya meva... on jo no he pogut arribar ho farà una companya, deixo tasques concretes no importants, a vegades et trobes que has prioritzat X coses i no s’ha pogut fer i ens hem quedat sense esmorzar”*

## **7 Límites ètica de máximos-ética de mínimos.**

**7.1 Ética de máximos:** E 1 (pag 15) *“...i crec que hi ha gent aquí a Espanya que treballen amb un cinc (excel·lència), lo que passa que nosaltres no pensem amb Teresa de Calcuta.. “*

E 1 (pag 16) *“Teresa de Calcuta.... la seva dedicació forma part de l’àmbit religiós que tenen una filosofia, una manera de ser i joestic parlant de la professió d’infermeria en la que jo no hi fet bots d’infermeria, treballa tinc nanos i la del meu costat també..., m’entens jo parlo de l’infermera aquesta professional que té una retribució econòmica per la seva professió i si gaudeixes molt millor evidentment”*

E 1 (pag 22) *“teòricament tots busquem la excel·lència no en tot, però ja sabem que la perfecció no existeix”*

**7.2 Ética de mínims:** E 1 (pag 23) *“s’ha d’aspirar que la infermeria tingui un nivell, un nivell de perfecció detallada, però ha de tenir uns mínims, això sí però més amplis, perquè baixant aquest mínims de forma alarmant, eliminem la qualitat i la infermeria és qualitat. ... S’ha de vigilar perquè l’hosteleria ho pot fer qualsevol persona ensinistrada i no cal una infermera.”*

E 2 (pag 9) *“ahora si tengo que ser sincera no conozco los mínimos, pero si que deberían haber como mínimo unos mínimos, después de ahí para arriba”* (pag 10) *“se que los cuidados van a depender mucho de tener unos conocimientos de enfermería, contando con que las enfermeras salen muy bien preparadas y tienen los conocimientos para hacerlo, para que no haya la excusa de hay mucha carga de trabajo o hay otra dificultades, a mi me gustaría que la institución, o la supervisora o la coordinadora de la sala subieran este nivel.....exigir el máximo es lo deseable, pero si somos realistas el máximo si se pone muy alto el objetivo no se cumplirá siempre”*

E 1 (pag 23) *“si volen el cuidado de infermeria ha de haver-hi uns límits i a partir de aquí estupendo. I a nivell personal també però a vegades és mes difícil de valorar o avaluar, però la gent la satisfacció personal... bueno, això no sé si a vegades que diuen els pacients quan parlem de satisfacció.*

E 2 (pag 10) *“serían los profesionales, con la institución, dada la filosofía con la que se quiere llegar, que pongan esos objetivos o sea o la media o los máximos que se elijan”* *“la población no los pueden determinar, pero si que pueden pedirlos”*

E 3 (pag 9) *“Home podria estar be, si..... el que passa és que so sé establir límits... a veure el que dèiem, davant una situació de perill imminent per la vida d’una persona i està clar que faràs el que calgui per una cosa que pugui ....”* (pag 1)1 *“Siii això està clar, ha d’haver un mínim de respecte i no se de tot, de cordialitat...”*

E 3 (pag 9) *“això son relacions humanes i llavors és molt difícil els límits, no? Tu estableixes una relació humana i a llavors no és un contracte de dir vostè fa això i marxa, és que tampoc nooooo, ho veig molt difícil”* pag 12 *“sempre treballes pensant allò que es correcte, no? I que no traspasses els límits, o sigui hi ha uns límits...lo que passa que no estan explicitats no?, vull dir, tu saps que fins aquí si , més enllà no, però no està escrit en lloc.”* *“però seria molt difícil d’escriure”*

E 3 (pag 9) *“Buscar un sistema de trobar els límits”* *“home està clar que tens una manera amb el moment que tens un pacient hi ha un contracte implícit no? Però si que hi ha un contacte, vull*

*dir, jo treballo per una empresa, soc un professional com cal i tinc que tenir cura d'aquella persona no?."*

E 3 (pag 12) *"Limits de la responsabilitat, dedicar-hi una vida?" "no, no per descomptat, jo tinc una jornada laboral que comença a tal hora i acaba a tal altre, jo passo aquest límit quan realment penso que tinc que fer allò perquè és súper necessari..... llavors passo a ser Teresa de Calcuta i em dic bé amb els meus 20 minuts per esmorzar vaig a fer-li la cura i això intentaré que només sigui un dia i que no sigui cada dia, l'endemà procuraré organitzar-me suficientment bé com per poder fer-ho tot dins de la meva jornada laboral".*

## **8. Watson**

E 1 (pag 23) *"Em va parlar una companya"*

E 2 (pag 15) *"el cuidar puede tener elementos de sanación, elementos que ayuden a un mayor grado de salud, de bienestar, separándolo de la curación"*

E 3 (pag 18) *"No sé qui és"*

## **9. Problemas relacionados con el hecho de que mayoritariamente las enfermeras sean mujeres.**

E 3 (pag 18) *"el problema que tenim les infermeres és que moltes vegades no ens relacionem, vinc a treballar, començo la jornada, m'en vaig, però no sé el que passa a altres infermeres d'una especialitat diferent a la meva. La veritat és que el problema d'infermeria és que ens comuniquem poc, la majoria son dones.... i la família segueix depenent molt de nosaltres, la gent té presa perquè té que anar a casa a fer el dinar, recollir "nanos" a l'escola etc"*