

Ética del cuidado: una propuesta desde la Anestesiología

Dra. Aymée María Menéndez Montalvo¹

Resumen

Se realizó una reflexión teórica sobre los constructos éticos del cuidar, el concepto de vulnerabilidad y muy especialmente la responsabilidad sobre el otro, desde la ética de la alteridad de Lévinas. Se propone incorporar también un enfoque de la ética del cuidado a la especialidad de anestesiología en particular.

Palabras claves: Anestesiología y Ética, responsabilidad, alteridad, vulnerabilidad.

Introducción

Los seres humanos vivimos en perenne estado de vulnerabilidad: estamos constantemente expuestos a daños y peligros potenciales que, algunas veces, evitamos nosotros mismos y otras alguien lo hace por nosotros. De esta afirmación se desprende que debe existir una acción que, realizada por uno mismo o por otros, nos proteja; y a esa acción le conocemos por *cuidar*: nos cuidamos a nosotros mismos o somos cuidados por otros. Por ello, *el cuidado es un fenómeno constitutivo básico de la existencia humana y la asimilación del concepto incluye un cuidado hacia uno mismo -o autocuidado- y un cuidado hacia los demás o heterocuidado.* (1)

La utilización del término *cuidado* ha sido obvia en la atención médica; sin embargo, se produjo de manera histórica una división entre las funciones desarrolladas por los médicos y las enfermeras, asignándoles *el curar* a los primeros y *el cuidar* a las segundas. Por esta razón, se ha establecido una similitud entre el cuidado y la atención de enfermería.

Pero el acto del cuidar, examinado desde este punto de vista, *debe ocurrir dentro de unos cauces éticos. Existe una ética del cuidar para eso* (2). De manera que cada una de las acciones encaminadas al cuidado, sin importar las circunstancias, lleva implícita una conducta moral. En la propuesta de C. Gilligan que aparece en su libro *In different voice* manifiesta que la voz de los hombres se centraba más en los derechos y la igualdad -y a esto le denomina ética de la justicia-, mientras que las mujeres se dirigían más a las relaciones, la atención y el cuidado y por eso las relaciona con la ética del cuidado. De este modo, se le asigna un sentido de género a la ética del cuidar, cuestión ésta que se modifica, por cuanto no es exclusivo de género alguno: la ética del cuidar es una actitud humana de los unos para con los otros.



Se han utilizado estos conceptos por sobradas razones en la atención médica, pero esta vez entendemos que la práctica anestesiológica conlleva una ética particular del cuidado, en una persona que pone en manos de otra su corporeidad y sus intimidades durante un período de tiempo corto o largo, durante el cual espera ser mejorado y su autonomía permanece totalmente abolida; esa es nuestra propuesta.

Desarrollo

La ética del cuidado o del cuidar.

A Florence Nightingale se debe la consideración de la enfermería como una profesión médica y no como un trabajo servil a merced sólo de indicaciones. La labor desplegada por ella y sus seguidoras en la escuela que fundó y que marcó el inicio de la formación profesional en el campo de la enfermería, fue de inestimable valor para que, en lo adelante, los conceptos y las consideraciones para este consagrado grupo de trabajadoras por los cuidados recibieran justo reconocimiento. Puede que este antecedente de cuidados de enfermería hecho por mujeres, haya enfocado en sus inicios la ética del cuidar como una acción moral limitada a esta profesión. Hoy sabemos que va más allá de este campo.

Sin embargo, en la década de los 80' del pasado siglo, publicó Carol Gilligan su conocida obra *In different voice*, con la cual pone en evidencia un análisis de la formación moral femenina, de manera diferente a como se había realizado hasta ese momento. Este enfoque hace que su obra sea clasificada como feminista pero, al parecer, va más allá, pues en ella la autora desafía las concepciones tradicionales en teoría del desarrollo moral, a la luz de las voces y las experiencias de la mujer, hasta ahora excluidas en las teorías y los análisis sobre el desarrollo y la capacidad moral (3). Baste recordar que la doctrina pitagórica sobre la transmigración consideraba el alma femenina a medio camino entre la de un animal y la de un hombre: sólo las almas de los hombres virtuosos podían alcanzar la inmortalidad (3). Es cierto que las mujeres han sido históricamente cuidadoras por excelencia; es más, el cuidado ha sido una actitud básicamente maternal, pero esto no permite aseverar que es exclusivo del sexo femenino, o sea, que responde a una condición ligada al sexo; es, sencillamente, una construcción social no por condiciones biológicas sino por una división sexual del trabajo. Después de un pormenorizado estudio para considerar que la voz femenina es una voz diferente, hace una sugerencia de diferenciación, no de sexo sino de acción moral, dejándole a los hombres lo relativo a la justicia, por cuanto su interés ha estado más orientado hacia los derechos y la igualdad, mientras que a las mujeres las relaciona con la atención y el cuidado (3,4). El término ética del cuidado se ve entonces emergiendo a la luz con un claro matiz feminista e insertado en el área de la atención de enfermería, pero como se enunciaba al inicio, va más allá.



Se reconoce, entonces, que el acto de cuidar no es exclusivo de la mujer. Es un acto que se desarrolla como una cadena de instantes, de miradas, de complicidades; requiere además de un tiempo, de un espacio idóneo, donde el ser humano no tenga sensación de frialdad ni de soledad (2). O sea, que ya estamos incluyendo en el acto una relación cálida y de real y verdadera compañía; y no importa si es mujer u hombre quien la realiza.

G. Brykczynska propone un grupo de virtudes básicas e ineludibles que se requieren para llevar a cabo de manera eficiente la acción del cuidar; los denomina constructos éticos de la praxis del cuidar y los sintetiza en estos: compasión, competencia, confiabilidad, confidencialidad y consciencia. Todos necesarios y ninguno suficiente de forma aislada; por tanto, debe existir la convergencia de todos para lograr la excelencia en el acto del cuidar.

La compasión es la capacidad de interiorizar y de percibir como propio el dolor ajeno como si fuera una experiencia propia. No es empatía, considerada como una respuesta espontánea o de comunión anímica, que se establece entre dos seres de forma casual (5), aunque los trabajos de E. Stein consideran la empatía como un acto a través del cual la realidad del otro se transforma en elemento de la experiencia más íntima del yo, consistente en darse cuenta de la percepción de la existencia del otro y de su experiencia (6). Es también un hábito cuyo ejercicio perfecciona moralmente a la persona que la cultiva, aproximándole al otro; y esta proximidad al sufrimiento ajeno es requisito indispensable para la conducta ética. Se relaciona con la experiencia de la alteridad y la vulnerabilidad y es indispensable para percibir cuándo el otro está a punto de ser vulnerado. Existen varias formas de compasión, pero es la dinámica la manera auténtica traducida como un movimiento solidario hacia el otro, integrándose totalmente a su padecimiento (5). Quien sea compasivo ante el sufrimiento ajeno, no puede quedarse impassible ante alguien que sufre, sino que tratará de hacer todo lo posible para mejorar la situación. Sin embargo no es suficiente: es preciso también ser competente y la competencia es una virtud básica de la deontología, que se traduce en estar capacitado para desarrollar una profesión de manera óptima. Sólo es posible cuidar correctamente desde la competencia profesional, que exige por parte de quien asiste un profundo conocimiento de su disciplina, de las técnicas y procedimientos en uso, cuya transformación es constante; y es su deber dominarlos para brindar una atención óptima. La tarea del cuidar requiere de conocimientos también en el orden psicológico y espiritual y estas cuestiones son más difíciles de incorporar que los adelantos tecnológicos de la actividad profesional (5).

La persona que requiere de determinados cuidados, por su mismo estado de vulnerabilidad, necesita de un confidente, cuya función fundamental es saber escuchar y ser discreto, o sea, guardar para sí los mensajes que el otro le ha comunicado en situaciones límite. Está relacionada con la buena educación, el respeto y la práctica del silencio, necesarias para preservar la vida íntima del otro. El

paciente, en determinadas circunstancias, se ve obligado a exponer su corporeidad y su intimidad al otro, quien debe practicar la confidencialidad, virtud que no sólo se ejerce en relación con el paciente, sino también con uno mismo.

Es igualmente importante crear un ambiente de confianza mutua entre el cuidador y el sujeto cuidado. En el acto terapéutico hay mucho de beneficencia con confianza: según Laín Entralgo, se establece un vínculo precedido por la fidelidad, por la fe en alguien, en ese alguien que se encarga del cuidado del cuerpo y también del alma, cuyo accionar sobre la persona en su totalidad, deviene en arte al manipular de forma impecable cada uno de los elementos constitutivos del cuidado. Tener confianza en alguien es creer en él, en lo beneficioso de sus acciones. Si el sujeto cuidado se fía del cuidador, reconoce en él no sólo una autoridad profesional, sino también moral, igualmente necesaria para llevar a cabo el acto de manera adecuada. Sin embargo, es importante no sobrepasar los límites de esta confianza, dejando vulnerada la autonomía del sujeto (7).

Por ultimo, abordaremos la conciencia desde el enfoque de virtud moral para la realización del cuidado de manera inmejorable. La conciencia es una capacidad inherente al ser humano; pertenece a su dimensión interior y tiene un valor integrador (5,7). Cuando decimos que se está consciente de algo, decimos que se asume y que se reflexiona en torno a sus consecuencias. La conciencia, entendida como virtud, significa entonces reflexión, prudencia, cautela, conocimiento de la acción en sí. Quien no esté consciente de estas particularidades, no podrá enfrentar de manera adecuada el ejercicio del cuidar. Esto presupone también mantener siempre la atención sobre el otro que esta bajo nuestro cuidado y que tiene una dignidad intrínseca. Quien no esté consciente de todos los factores que se integran en el ejercicio del cuidar y de las dificultades que implican cuidar bien al ser humano, no podrá desarrollar una praxis profesional adecuada.

Teniendo en cuenta los elementos descritos anteriormente, estamos en condiciones de considerar que la ética del cuidado o del cuidar es aquella acción que realizamos sobre un sujeto, o un grupo de ellos, en circunstancias de especial vulnerabilidad, que llevan en sí mismas un alto contenido humanístico y de responsabilidad para con el prójimo.

Es preciso hablar de vulnerabilidad.

El vocablo vulnerable proviene del latín *vulnerabilis* y quiere decir que puede ser herido o recibir lesiones físicas o morales (8).

La posibilidad de ser lesionado por los inminentes peligros e infaltables riesgos de quebranto ha sido reconocida como el atributo antropológico de la vulnerabilidad de la existencia humana (9). Tomando esto como punto de partida para hablar del estado perenne en que nos mantenemos todos los miembros de la especie humana, corresponde abundar un poco más: todos los seres vivos



son vulnerables, pero en su sentido biológico fundamentalmente; la especie humana, como lo dice el concepto ya referido, lo es además, también, en lo referente a su proyecto de vida, en lo que tiene previsto para su existencia y en cómo lo desarrollará. Paul Ricoeur (1919-2005) en un análisis sobre la existencia humana, la describe como “síntesis frágil”, indicando la vulnerabilidad como la posibilidad pasiva de recibir una herida. Es una condición perenne de amenaza y un estado que no es dicotómico en la relación vulnerable-no vulnerable, sino vulnerable-vulnerado. En algunos momentos, el lenguaje referido a la vulnerabilidad como estado natural y normal de riesgo inherente a la existencia humana, ha sido modificado para significar una situación de deterioro establecido donde ya se perdió la condición, estableciéndose una equivalencia de significados entre vulnerable y vulnerado, condiciones que, según se ha referido, no son similares (9). Basado en el uso inapropiado del término, se ha propuesto hablar de vulnerabilidad general -para el ser humano íntegro pero amenazado- y de vulnerabilidad especial, para el ya dañado. Según Kottow, la vulnerabilidad del ser humano se manifiesta en tres planos: la vulnerabilidad vital o la fragilidad de mantenerse con vida; la vulnerabilidad de subsistencia o la referida a las dificultades para asegurar los elementos necesarios para mantenerse y desarrollarse; y la vulnerabilidad existencial, que incluye los avatares que amenazan la prosecución de un proyecto de vida que cada cual persigue (10). La vulnerabilidad fundamental del ser humano es paliada mediante la instauración y el respeto de los derechos humanos básicos que deben ser cuidados por todos y por igual; sin embargo, la persona sobre la cual se realizará algún tipo de cuidado es, por razones ya descritas, obviamente, un ser humano vulnerable, razones por las cuales es imprescindible hacer del acto del cuidar, más que una acción mecánica, una conducta moral, considerando entonces que, encima del nivel de vulnerabilidad habitual con que vivimos, hay otro sobreañadido por las circunstancias bajo las cuales estará imbuida la persona que se someterá a determinado procedimiento médico-quirúrgico.

La visión del “otro” y la responsabilidad sobre él desde la ética de la alteridad de Lévinas.

Emmanuel Lévinas (1906-1995), judío lituano que se preparó bajo las influencias de Husserl y Heidegger, después de perder gran parte de su familia en el holocausto y emigrar a Francia, tomó la actitud hacia el otro, en su alteridad absoluta, como base central de su ética (11). Mientras la tradición filosófica occidental ponía al sujeto en una posición suprema en su relación con el otro -entiéndase desventaja en la relación sujeto-sujeto-, Lévinas critica este egoísmo, proponiendo un vínculo verdaderamente comprometido y desinteresado entre el yo y el otro. Una verdadera ética tiene que enfrentar el problema del otro de una manera clara, para poder trazar una correcta actitud hacia él (12). Su propuesta hace un llamado a la conciencia moral a rechazar toda violencia con respecto al otro, una experiencia concreta en la que compromete al individuo en tanto sujeto moral sin que haya con el otro ningún contrato, sino el deber del hombre hacia el otro con carácter incondicional y en eso fundamenta su humanidad (12)

He hablado mucho -dice Lévinas- del rostro del otro hombre como siendo el lugar original de lo sensato (...) pero al producirse el enfrentamiento con ese rostro, en su expresión, en su mortalidad, me señala, me demanda, me reclama; como si la muerte invisible a la que hace frente el rostro del otro -pura alteridad- separada, de algún modo, de todo el conjunto, fuese mi asunto (13). Es en este punto donde se produce el aporte de Lévinas que lo hace superior a sus predecesores en este aspecto, desnuda el yo en una relación transparente con el otro y penetra en sus extrañezas, considerando un intercambio de igualdad entre ambos. Y este enfoque nos sirve para tratar de fundamentar de alguna manera la entrega en el acto del cuidar: la muerte del otro hombre me pone en cuestión y cuestiona como si, de esta muerte invisible, al otro que se halla expuesto a ella, yo me volviese por mi “eventual indiferencia”, el cómplice, y como si antes tuviese que responder de esta muerte del otro y a no dejar al otro solo en su soledad mortal. Es precisamente este llamado a mi responsabilidad por el rostro que me asigna, que me demanda, que me reclama; responsabilidad por el otro, por quien llega primero a través de la desnudez de su rostro. Responsabilidad mas allá de lo

que pudo haber cometido, como si yo estuviese consagrado al otro antes de ser consagrado a mi mismo (13). Es de esta forma que introduce en su propuesta los cimientos de una ética de responsabilidad para con el otro, como compromiso moral explicitado a través del encuentro con su rostro, en franca actitud de reclamo de atenciones y cuidados para un momento en el que será vulnerado.

Cómo fundamentar, desde la práctica anestesiológica, una ética del cuidado.

Los procedimientos anestésicos, que siempre anteceden a un proceder diagnóstico y/o terapéutico o a una intervención quirúrgica, están divididos fundamentalmente en dos tipos: procedimientos de anestesia regional o procedimientos de anestesia general. Ambos pueden ser de corta, mediana o larga duración, en dependencia de factores diversos. El primer encuentro del especialista con el paciente se produce en la consulta preoperatoria, ocasión en la que se desarrolla una entrevista que aborda cuestiones relacionadas con los antecedentes patológicos, anestésicos, alergias medicamentosas, medicamentos que consume, valoración de exámenes de laboratorio, reacciones transfusionales previas y, por último, se hace una propuesta de técnica anestésica a usar, de acuerdo a la integración de los elementos antes mencionados. Lamentablemente, no siempre quien realiza esta consulta es quien aplica la técnica anestésica al paciente en cuestión, cosa que muchos lamentan, pues marca diferencia cuando ven sin atuendos propios del quirófano al especialista que los tratará y logran identificarse con él en el área quirúrgica propiamente. Por razones de distribución de las actividades quirúrgicas, hacer coincidir esto es extremadamente difícil para todos los pacientes; sin embargo, sería muy saludable que este especialista, quien a partir de este momento se convierte en el representante de todo un colectivo de cuidadores, dentro de los cuales es el máximo responsable -y a partir de esto entra nuestra propuesta-, utilice todos los mecanismos a su alcance para lograr que esta persona se sienta segura y confiada. Debe ser capaz de transmitir seguridad y confianza a una persona que estará en sus manos o en las manos de un igual en los próximos días, que en la situación más extrema dejará su autonomía a un lado pues durante el periodo que dure su intervención sólo se comunicará con un lenguaje visceral, que será reflejado en una pantalla animada de sonidos -rítmicos o no-, mostrará su corporeidad probablemente de la manera menos deseada y el especialista-cuidador será el responsable por él; desde su alteridad sería lo ideal o, al menos, lo que proponemos. Precisamente el primer encuentro y no el más desventajoso con el rostro del otro que estará bajo nuestro cuidado, es como se ha dicho la consulta preoperatoria, donde cierto nivel de igualdad será palpable; ambos rostros estarán frente a frente, a la misma altura. Esto se modifica totalmente cuando el sujeto con necesidad de ser cuidado está acostado sobre sábanas verdes impersonales, en posición supina; ya para este momento debería estar zanjada la diferencia y la





persona sintiéndose debidamente protegida. Desde el primer encuentro debemos erigirnos en cuidadores insuperables de la persona que se someterá a cualquier procedimiento que necesite anestesia: cuánta ansiedad será calmada con recursos endógenos, teniendo como mediadora una palabra a tiempo, compasiva, competente y confiable. Se le hará saber que estará en “buenas manos”. Sin embargo, ya ganada la confianza necesaria desde el inicio, corresponde entonces hacer un uso moral de ella, estar atentos a las preocupaciones del paciente durante el tránsito del mismo por la unidad quirúrgica. Ya se ha hecho referencia a las virtudes morales que constituyen los constructos éticos de la praxis del cuidado como acto en sí mismo; sería loable recibir de cada uno de los especialistas una muestra de la aplicación práctica de estas virtudes.

La ética del cuidado solícito es una de las metas de la relación médico paciente, durante la ocurrencia de determinados procedimientos anestésico-quirúrgicos. Este deseo alcanza un nivel supremo, por cuanto los pacientes, la mayoría de las veces, llegan al mismo para mejorar su estado de salud: no están en una situación límite, ni en estadio terminal. En principio, son personas aparentemente sanas que, de manera transitoria, tienen un trastorno que resolverán con la cirugía; y el anestesiólogo es como el mago poco conocido que le hará pasar por ese momento lo más decorosamente posible, cubrirá su cuerpo, mantendrá la temperatura necesaria, protegerá sus miembros, vigilará atentamente sus signos de vida, observará sus pupilas, le tomará su mano si la ocasión lo permite, le tratará el dolor y le informará lo posible de manera alentadora. Cuando la técnica anestésica requiera de otras particularidades, será cuidadoso en el manejo de medicamentos e instrumentos y como responsable máximo del cuidado se mantendrá alerta ante manipulaciones quirúrgicas inapropiadas que pongan en peligro su vida.

La profesión médica ha tenido siempre un gran poder, el cual no es sólo físico, sino también -y quizás principalmente- moral. Es obvio que el médico trata con seres humanos y en ellos es imposible separar completamente los hechos biológicos de sus valores personales y sus proyectos de vida. El hombre que sana y enferma es una unidad indisoluble. Todo médico es un moralista, lo mismo que es un educador. Este es un poder al que no puede renunciar. Lo vituperable no es hacer uso de ese poder, sino hacerlo de modo

técnicamente incorrecto o moralmente inaceptable. Hoy como ayer, el ideal del médico no puede ser otro que ser un hombre moralmente bueno y técnicamente capaz de curar y cuidar a sus enfermos (14).

Con este elocuente fragmento de D. Gracia, unido a lo expuesto con anterioridad, parece evidente que la idea de relacionar la práctica anestesiológica con una ética del cuidado con ciertas particularidades, es totalmente válida.

Conclusiones

La ética del cuidado, relacionada habitualmente sólo con los cuidados de enfermería, es en realidad mucho más abarcadora. La necesidad de ser cuidado y el deber de cuidar, pueden ser considerados universales y absolutos. Cualquiera que sea el punto de vista que se adopte, debe darle cabida al cuidado particular que desarrollan los anestesiólogos en general, con los pacientes que necesitan determinados procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Bibliografía

- 1- Montoya Montoya GJ. La ética del cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva. *Acta Bioética* 2007, 13(2): 128-135.
- 2- Torralba i Rosello F. Antropología del cuidar. Fundación MAPFRE Medicina, Barcelona 1998.
- 3- Comis Mingol I. La ética del cuidado como educación para la paz. Tesis doctoral, Universitat Jaume I, Castellón, enero 2003.
- 4- Leget C, Olthis G. Compassion as a basis for ethics in medical education. *J Med Ethics*, 2006; 33 (10):617-620.
- 5- Llauro G. Constructos éticos del cuidar. *Rev. Enfermería Intensiva* 2000; 11(3): 136-141.
- 6- Torralba i Rosello F. La empatía: núcleo del cuidar. *Apostillas de Edith Stein. Rev. Tempus Vitalis* 2004; vol. 4, núm. 3.
- 7- Busquet Surribas M. Ética del cuidado y enfermería. *Bioética i Debat*, 2006; 10: 11-15,
- 8- Diccionario Ilustrado de la Lengua Española ARISTOS, Editorial Sopena, Barcelona 1966.
- 9- Tealdi JC(director) Diccionario Latinoamericano de Bioética (<http://www.redbioeticaunesco.org.mx>)
- 10- Kottow M. Autonomía y protección en Bioética. *Rev. Lexis Nexis*, 2005; 40-45.
- 11- Lévinas E. Ética como filosofía primera. *Rev. A parte rei*, enero 2006, num. 43.
- 12- Begrich A. El encuentro con el otro según la ética de Lévinas. *Rev. Teología y Cultura*, agosto 2007; 4(7).
- 13- Lévinas E. De otro modo que ser o mas allá de la esencia. Ediciones Sígueme, Salamanca 1987.
- 14- Couceiro A. (editora). *Bioética para clínicos*. Editorial Tricastela, Madrid 1999.

¹ Especialista de I Grado de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Hospital Clínico Quirúrgico “Freyre de Andrade”. Maestrante de Bioética. CESBH-UH E-mail: namore@infomed.sld.cu