



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

La Vocación del Cuidado Enfermero desde el Carisma
de las Apostólicas del Corazón de Jesús (ACJ) en
el Contexto de las Ciencias de la Salud.

Valores y Actitudes Esenciales para Enfermería

D. Francisco Expósito Barroso
2018

UNIVERSIDAD DE MURCIA

INSTITUTO TEOLÓGICO DE MURCIA

Programa de Doctorado en Artes y Humanidades

Línea de Investigación en Teología

**LA VOCACIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO DESDE EL
CARISMA DE LAS APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS
(ACJ) EN EL CONTEXTO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD**

Valores y Actitudes esenciales para Enfermería

Director: Prof. Dr. José García Férrez

Francisco Expósito Barroso

2018

INDICE

SUMMARY.....	X
ABREVIATURAS	XII
PREFACIO	XIV
1. INTRODUCCIÓN.	18
2. VIDA Y OBRA DE LUZ RODRÍGUEZ CASANOVA.....	23
3. EL CUIDADO ENFERMERO Y EL CARISMA VOCACIONAL DE LA CONGREGACIÓN DE LAS RELIGIOSAS APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS (ACJ).....	29
3.1. La praxis del cuidar desde la perspectiva enfermera	29
3.1.1. El sentido antropológico del cuidado en enfermería.....	37
3.1.2. ¿Qué es cuidar?	38
3.1.3. Estrecha relación ente antropología y cuidados de enfermería.....	45
3.2. El sentido antropológico de la vocación personal en enfermería.....	48
3.2.1. Necesidad de la vocación.....	49
3.2.2. La vocación, personalidad de la vocación enfermera.	52
4. LA BIOÉTICA DENTRO DE LA VOCACIÓN DE ENFERMERÍA	58
4.1. Principio de No-maleficencia.....	60
4.2. Principio de Beneficencia:	60
4.3. Principio de Autonomía.....	61
4.3. Principio de Justicia	61
5. VALORES FUNDAMENTALES DE LA ÉTICA DEL CUIDADO	67
5.1. La dignidad.....	68
5.2. La persona	75
6. UNIENDO PRAXIS DEL CUIDADO Y VOCACIÓN	86
7. VALORES FUNDAMENTALES EN LA VOCACIÓN DE ENFERMERÍA	93
7.1. Altruismo	96
7.2. Dignidad humana	97
7.3. Estética	98
7.4. Igualdad.....	101
7.5. Justicia.....	103
7.6. Libertad	106

7.7. Verdad.....	108
8. EL CARISMA VOCACIONAL DE LAS ACJ Y LA PRAXIS	
ENFERMERA.....	114
9. RECORRIDO HISTORICO DEL CUIDADO Y SU RELACION	
CON EL CRISTIANISMO.....	119
9.1. La influencia de la religión.....	119
9.2. La mujer impulsa la Profesión Enfermera. Florence Nightingale.....	123
10. EL IDEARIO RELIGIOSO DE LA ACJ DESDE LA PERSPECTIVA	
ENFERMERA.....	127
11. EL SEGUIMIENTO DE JESÚS DESDE EL CARISMA	
VOCACIONAL DE LAS ACJ EN EL CONTEXTO DE LAS	
CIENCIAS DE LA SALUD	137
11.1. El seguimiento de Jesús como paradigma de la ética	
enfermera a la luz del carisma vocacional de las ACJ	138
11.2. El Reino de Jesús paradigma de salud/salvación.	145
12. EL PROYECTO SALVADOR Y SANADOR DE JESÚS DE	
NAZARET	157
12.1. Proponer y mostrar la salvación como salud.....	158
12.2. Jesús molde sanador.	162
A. Salud integral.	163
B. Salud radical.....	163
C. Salud liberadora	164
D. Salud reconciliadora	164
E. Salud transformadora	165
F. Salud responsable	166
G. Salud portadora de un mensaje	168
H. Salud individual y social.....	168
I. Salud no idolatrada.....	170
J. Salud abierta a la salvación.....	171
12.3. Relación sanadora-terapéutica desde el modelo de Jesús.	172
13. LA ÉTICA ENFERMERA DESDE LA ACCIÓN	

SANADORA DE JESÚS DE NAZARET	180
13.1. La deontología en la disciplina enfermera.	185
13.2. Humanizar reto para salud.....	188
14. EL EJEMPLO DE JESÚS EN EL CUIDADO A LOS DEMÁS	
DESDE EL CARISMA DE LAS ACJ	199
14.1. Manantiales de los que seguir bebiendo para sanar y cuidar la vida.	209
14.2. Rostros falseados de Dios	215
15. CLAVES PARA ENTENDER EL SEGUIMIENTO DE JESÚS	
DESDE EL CARISMA VOCACIONAL DE LA ACJ EN EL	
MUNDO SECULAR	218
15.1. El sentido de la dignidad en el carisma de la ACJ.	218
15.2. El sentido de la pobreza	221
15.3. El sentido de la alteridad	232
15.4. El sentido del servicio	241
15.5. Claves para entender el servicio desde el carisma de las ACJ.....	248
a) Humildad.....	248
1. Humildad en el corazón.....	248
2. Humildad del alma	249
3. Humildad exterior.	249
4. Humildad en la Obra Apostólica.	250
5. Humildad sufrida por parte de los demás.	250
b) Piedad.....	251
c) Bondad.	251
d) Confianza	252
e) Paciencia.	253
f) Sinceridad.	253
15.6. El sentido del sufrimiento	254
1. Liberación del sufrimiento.	256
2. El mundo del sufrimiento	257
3. La pregunta del sentido.....	258

5. La cruz de Cristo, fuente de sentido	261
6. El sufrimiento, experiencia transformadora	262
7. El buen samaritano	263
8. El misterio del sufrimiento	266
15.7. El sentido del amor oblativo.....	269
16. LA VOCACIÓN APOSTÓLICA COMO EXPERIENCIA DEL AMOR	277
17. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS/HIPÓTESIS, METODOLOGÍA Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	282
17.1. Planteamiento del problema y justificación	282
17.2. Hipótesis.....	284
17.3. Objetivo general	284
17.4. Objetivos secundarios	284
17.5. Metodología	285
17.5.1. Diseño.	285
17.5.2. Sujetos.....	285
17.5.3. Instrumento: La encuesta: Procedimientos de aplicación.	286
17.5.4. Calendario	288
17.5.5. Permisos y autorizaciones para divulgación del instrumento. ...	288
17.5.6. Tratamiento de los datos y análisis estadístico.	288
18. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	290
18.1. Resultados y discusión de los datos sociodemográficos y la formación ética.....	290
18.1.1. Resultados y Discusión del Valor Altruismo.	293
18.1.2. Resultados y Discusión del Valor Dignidad.	295
18.1.3. Resultados y Discusión del Valor Estética.	298
18.1.4. Resultados y Discusión del Valor Igualdad.	300
18.1.5. Resultados y Discusión del Valor Justicia.	302
18.1.6. Resultados y Discusión del Valor Libertad.	305
18.1.7. Resultados y Discusión del Valor Verdad.	308
18.2. Resultados y discusión de las actitudes relacionadas con el cuidado de enfermería/prójimo, que tienen y son necesarios para	

ambos grupos.	312
18.3. Resultados y discusión de las competencias morales y conductas profesionales relacionadas con el cuidado de enfermería/prójimo, que tienen y son necesarios para ambos grupos.....	317
18.4. Resultados y discusión de la sensibilidad moral en el cuidado de enfermería/prójimo, que tienen y son necesarios para ambos grupos.....	324
19. ANÁLISIS CRÍTICO	329
20. LIMITACIONES	334
21. CONCLUSIONES.....	336
BIBLIOGRAFÍA.....	343
ANEXOS.....	I
ANEXO 1: CARTA DE PRESENTACIÓN DOCTORAL, PERMISO DE LA COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN DEL ÁREA I DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD Y PERMISOS DE LAS SUPERVISORAS DE LAS UNIDADES MÁS REPRESENTATIVAS DEL ESTUDIO.....	II
ANEXO 2: NOTIFICACIÓN A LA COORDINADORA GENERAL DE LAS ACJ PARA CONTAR CON SU APROBACIÓN	VIII
ANEXO 3: FORMULARIO/ENCUESTA PARA ENFERMERÍA	VII
ANEXO 4: FORMULARIO/ENCUESTA PARA FAMILIA ACJ.....	XVII
ANEXO 5: PATRONATO DE ENFERMOS.....	XXVII
ANEXO 6: EL TRATO APOSTÓLICO	XXXIX
ANEXO 7: EL CARÁCTER PROPIO DE LAS DAMAS APOSTÓLICAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS.....	XLVI
ANEXO 8: CÓDIGO DEONTOLÓGICO	XLIX
ANEXO 9. ESTADÍSTICA.....	LXXII

SUMMARY:

Luz R. Casanova (1873-1949), founder of the Apostolic Congregation of the Heart of Jesus (ACJ), had this motto at the heart of her vocation and work: *«Those who serve in this congregation must have the most passionate love for the Saviour and the highest esteem for the value of a soul [...] It is not only about doing good, but also about doing the best and avoiding every minor bad...»*

The objective for this Doctoral Thesis project is to get to know the vocational charisma of the ACJ and apply it into the field of nursing care within the secular context of health sciences. Inside this charisma, we will try to discover the usual freshness which needs the health sciences field, from our point of view. Our assumption is that principles, attitudes and moral competencies or professional conducts in healthcare relationships, as well as moral sensitivity experiences in nursing care, endorsed as essentials by the American Association of Critical-Care Nurses and the questionnaire of Moral Sensitivity (CuSMCE-23) in the care relationship, are present in this analyzed group which lives and knows charisma. Therefore, we can hypothesize that this charisma makes easier good actions by nursing professionals and the everyday singularity when care of our fellows is done from this axiological horizon, observing the secular setting where professional exercise of nursing takes place. For all this, we will pose an observational, descriptive and cross curricular study in which variables to evaluate will be obtained through survey analysis.

As overall objectives we consider knowing well the ACJ charisma as a source of identity and model for health care, and also an enabler for the update and everyday singularity in taking care of our fellows. Additionally, we will try to analyse the vocation for the care of our fellows in ACJ from its principles and professional attitudes in a confessional context, in comparison with principles and professional attitudes of nursing in a secular context.

We will try to show that the vocation for care requires not only the will to reach the highest splendour in the performance of the nursing discipline, but also

this particular profession's principles and attitudes. We must reach balance between theoretical duties and requirements of the present, and this balance is necessary in the professional task of nursing and the praxis about taking care of patients.

This charisma in ACJ may be an identity source and a model for health care in the secular field, as it can facilitate the update and the everyday innovation in nursing care. In addition, we will show the analysis of data with satisfactory results to prove our hypothesis and to allow for an improvement relationship between the two studied groups of health professionals, with or without charisma.

We will remark how important it is for health sciences to feed off other sciences, religious charismas, Theology, etcetera, with a base on the person of Jesus from the charisma of ACJ after the data obtained in our research.

Being able to help and set up this construct that allows health sciences to identify the invisible part in every care relationship, whose existence is known with certainty, will help us in nursing ethical praxis to achieve having before us not only patients, but men and women who need a professional nurse that can embrace them from their whole.

ABREVIATURAS

AACN	American Association of Colleges of Nursing
ACJ	Congregación de Apostólicas del Corazón de Jesús
CuSMCE	Cuestionario de Sensibilidad Moral en el Cuidado Enfermero
FACJ	Familia Apostólica del Corazón de Jesús
HCUVA	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Jn	Juan
Lc	Lucas
Mc	Marcos
Mt	Mateo
NS	No Significativo.
P	Coeficiente de correlación de Pearson
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos



«Las que militan esta Congregación han de tener el más ardiente amor al Salvador y la máxima estima del valor del hombre... no sólo es hacer el bien, sino hacer todo el bien posible y evitar el más pequeño mal.»

Luz R. Casanova

PREFACIO

Agradecimientos:

Llegar a este momento, supone para mí respirar profundamente y escuchar mi corazón, que ha quedado afectado durante todo este tiempo por multitud de personas, gestos, acontecimientos, situaciones, dificultades, incertidumbres, desafíos, etc. De todo esto el sentimiento que aflora con mayor fuerza es el agradecimiento por tanto bien y riqueza recibida. Y con una profunda convicción de que este trabajo ha sido posible gracias a mucha gente, familia, compañeros, amigos, etc., y la permanente brisa del Espíritu.

Quiero poner en el primer lugar de mi agradecimiento “al prójimo”, ese rostro enfermo, debilitado, sufriente, sólo, perdido... que me ha permitido ir descubriendo el rostro encarnado de Jesús y que desde ahí me ha llamado para que le siga, conducido por el carisma que Luz R. Casanova regala a la Iglesia, en el que se apoya este trabajo. Si perdemos ese manantial que supone la Buena Noticia, esta investigación se vacía de sentido y mi identidad como enfermero no sería la misma.

Agradecer ahora a mi director Prof. Dr. José García Férrez, su ayuda incondicional, su ánimo, su entrega en todo momento, siempre con una palabra alentadora y positiva, confiando en mí, más que yo mismo y que sin duda ha hecho posible que esta investigación tome forma, cuerpo y haya culminado exitosamente.

Sin bajar en importancia a la Congregación de Apostólicas del Corazón de Jesús (ACJ), a su coordinadora general actual M^a de la Consolación Ayala, que no dudó en permitirme la realización del trabajo, a todas y cada una de mis compañeras apostólicas que he conocido y a las que nos preceden como posibilitadoras de lo que hoy conocemos, a toda la familia Apostólica (FACJ), que han hecho posible degustar el sentimiento de fraternidad. Con el permiso del resto de compañeras quiero ponerle nombre a Pilar Enzunza, que no sólo tendió su mano y abrió su corazón al conocerme, sino que me permitió abrir el mío, conocer y amar su ser humano, que no era otra cosa que enamorarse de Jesús de Nazaret, de una manera humilde, agradecida, apasionada, totalizante, conmovedora, silenciosa..., que te configura y te transforma todo tu ser. Tengo seguridad que el encuentro con esta persona es obra de Dios, desde su entraña más humana, para que no sólo lo conociera y lo reconociera, sino para que lo amara y me sintiera amado por Él, deseado para su creación, invitado a empujar el Reino al que todo cristiano estamos llamados.

Mi agradecimiento más sincero a todo el personal de enfermería que ha trabajado codo a codo conmigo, que ha participado con entusiasmo en la realización de las encuestas a pesar de la carga asistencial y el cansancio; que ha enriquecido mis conocimientos con los suyos y me han ido formando técnica y humanamente desde su cercanía en momentos donde te das cuenta que formas parte de un equipo; a las limpiadoras, auxiliares, médicos, conductores, celadores, técnicos de rayos, de laboratorio, fisioterapeutas, etc., a todo ese personal que forma el cuerpo de sanitarios de la Salud, porque sin ellos no hubiera sido posible conseguir la culminación con éxito, todos tienen gran importancia.

También quiero resaltar las instituciones y personas que han colaborado para que la tesis haya sido posible, mi agradecimiento al Prof. Dr. Bernardo Pérez Andreo por responder cuando se le ha solicitado su aportación, informar de todo lo necesario y solucionar cualquier inconveniente que surgiera; a la comisión de autorización de trabajos científicos del Área I de salud de la Región de Murcia, a M^a Carmen Antonilo, Beatriz Allora y en especial a M^a Luz Alcaraz supervisora del área de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Virgen de la Arrixaca; Antonio Jimenez mi jefe directo siempre ha entendido mis necesidades y su respuesta ha sido un sí, cuando tenía que hacerle alguna petición para dedicarme a este trabajo; Juani Azorín que cuando lo sustituía mostraba la misma disponibilidad y con la cual trabajo diariamente; José H. de Gea que ha puesto todo su conocimiento para darle forma numérica y estadística a esta investigación; a Javier Sáez que me ha acompañado cuando las necesidades lo han requerido, mostrando toda su disponibilidad y me conoce desde mi máxima debilidad lo que forja una amistad que sigue hoy su camino; Isa Flores que siempre ha estado dispuesta a lo que he necesitado y ella podía responder; Juanra Olmos por aportar sus conocimientos en la lengua anglosajona; Eli E. Torres que ha sido un oasis para concluir y embellecer técnicamente este trabajo; Nuria Molina que es fiel compañera en toda esta etapa murciana.

Por último, a los alfareros de mi vida, que han acompañado muchos días de estos cuatro años y de toda mi existencia:

A mis padres, porque me regalaron la oportunidad de vivir, de soñar y me han aportado todos los valores que poseían, facilitándome una formación académica que hiciera posible un gran profesional, sin descuidar que se forjara una feliz y buena persona.

A mis hermanos, Aida Expósito Barroso gracias por estar ahí cuando ha sido necesario, mi confidente y mi eterna compañera; Raúl Expósito Barroso tu distancia no es lejanía porque mi corazón siempre te ha sentido cercano.

A Antonio Miras, gracias por compartir un largo periodo de vida y hacer posible que este proyecto se haga realidad, dedicando tiempo, esfuerzo, comprensión y paciencia, sabes que siempre te recordaré con cariño y reconoceré tu entrega.

Para terminar quiero tener presente a Silvia Sánchez, con la que comparto un trocito de tierra y unas cuantas gallinas felices, lugar de descanso e inspiración durante estos años, de sembrar y recoger el fruto, de belleza y misterio de la madre naturaleza, siempre con el máximo respeto a la creación.

Espero no haber dejado a nadie por el camino, son muchos nombres, muchas personas incluso anónimas, las que hacen posible que podamos escribir estas palabras,

Gracias.

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN.

El hombre es efímero e ineludiblemente tiene que adaptarse al perfil de estos tiempos para no convertir las leyes humanas en formulas huecas de toda eficacia. Debemos alcanzar el equilibrio entre el deber teórico y las exigencias del momento, equilibrio necesario en el quehacer profesional de la enfermería¹ y en la praxis del cuidado a los pacientes.

Esa es la pretensión del proyecto de la presente investigación doctoral: conocer el carisma vocacional de la Congregación de Apostólicas del Corazón de Jesús (ACJ) y aplicarlo al ámbito del cuidado enfermero en el contexto aconfesional de las ciencias de la salud. Dentro de este carisma, trataremos de descubrir la originalidad habitual de la que está necesitada la enfermería, a nuestro juicio, y como hipótesis de partida proponemos que la presencia de valores, actitudes y competencias morales o, conductas profesionales en las relaciones de cuidado, al mismo tiempo que las vivencias de sensibilidad moral en el cuidado enfermero, abaladas como fundamentales por la Asociación Americana de Cuidados de Enfermería² y el cuestionario de Sensibilidad Moral³ (CuSMCE-23) en la relación de cuidado, están presentes en el

1 En este trabajo nos referiremos a enfermero, enfermera o profesional de enfermería sin distinción de género. Se empleará el término “enfermero” como masculino genérico según el criterio determinado por la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, así como por las referencias bibliográficas siguientes:

Alario, C. - Bengoechea, M. - Lledó, E. y Vargas, A., *Nombra en femenino y en masculino: La representación del femenino y el masculino en el lenguaje*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. 1995; Bengoechea, M., “Nombra en femenino y en masculino: Sugerencias para un uso no sexista del lenguaje en los medios de comunicación”, en: Garrido Medina, J. (ed.). *La Lengua y los medios de comunicación*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 1995, 267-81.

2 Z. MIRTHA - E. SÁNCHEZ, “Valores... Esencia de la Enfermería”, Universidad de Carabobo, Venezuela, *Revista Educación en Valores*, 12 (2010), 80-93.

3 B. CAMPILLO ZARAGOZA, *Creación y Validación de cuestionario de Sensibilidad Moral en los cuidados enfermeros. Estudio de la Sensibilidad moral enfermera*. Universidad Internacional de Catalunya, 2014, 151.

grupo analizado que vive y conoce el carisma, por lo que podemos hipotetizar que este carisma es facilitador de la buena actuación del profesional de enfermería y de la singularidad cotidiana cuando este cuidado del prójimo se lleva a cabo desde este horizonte axiológico, siempre desde el respeto al marco aconfesional en el que se desarrolla el ejercicio profesional de la enfermería.

Como objetivo general nos planteamos abordar y conocer el carisma de las ACJ como fuente de identidad y referencia para el cuidado sanitario, siendo facilitador de la actualización y singularidad cotidiana en el cuidado del prójimo.

El cuidador requerirá la exclusividad en el otro, necesitado, sufriente, herido, debilitado, etc. para lo cual deberá mostrar el desinterés absoluto en servirlo, distinguiéndolo de un “amor” interesado o pasional. No obviaremos que el cuidado enfermero se trata de un trabajo profesional y al mismo tiempo remunerado y enmarcado en un sistema sociosanitario y socioeconómico. Por ello, intentaremos ahondar en el carisma de la Familia Apostólica del Corazón de Jesús (FACJ), para descubrir que la vocación del cuidado no requiere sólo de voluntad para alcanzar el máximo esplendor en el desempeño de la disciplina enfermera. Como sanitarios debemos conducir nuestra sanidad actual a la excelencia poniendo como centro la totalidad de la persona.⁴

Por todo esto, el don ideal del cuidador, no es sólo similar al amor, sino muy cercano al amor religioso; pero nuestra vocación desde este carisma, en la que centraremos el trabajo, no será nunca platónica, sino que entraña directamente el “servir” al objeto de la vocación, implicando una relación interpersonal aquí y ahora.

Destaca pues la importancia para las Ciencias de la salud, de saber seguir bebiendo y nutriéndose de otras ciencias, de los carismas religiosos, de la Teología, etc. apoyándonos como primer ejemplo cristiano de “cuidador” en la persona de Jesús, y en su vida relacional con el enfermo y necesitado.

Para Luz R. Casanova (1873-1949), fundadora de las ACJ (Fundada 31 de mayo 1924, Madrid), y cuyo carisma regalado a la Iglesia, será esencial en esta investigación, decía que el fin de su obra:

4 M. L. MARTIN FERRERES, *La presencia de los valores en la práctica enfermera*, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Catalunya, 2017, 51-53.

«No sólo es hacer el bien, sino hacer todo el bien posible y evitar el más pequeño mal. Para esto debemos tener gran cuidado y un medio es tratar a los pobres como superiores nuestros. Toda obra tiene su fin, el fin primordial, y como el nuestro son los pobres, sea en escuelas o lo que sea, nuestro primer estudio es aprender bien el modo de tratarles, de hablarles, de hacerles beneficios, de tratarles como enfermos y hasta el modo de negarles. Sea que sean importunos o no lo sean, debemos siempre procurar que los pobres no tengan causa justa de queja por el modo con que se haga la cosa... Hemos tomado la divisa de la caridad, no profanemos este nombre, dejando disgustado a quien nos trate. Que siempre reciba más de lo que podía esperar»⁵.

Con evidencia podemos ver que el fin de la obra apostólica coincide a la perfección con el fin de todo enfermero cuando realiza su trabajo, hacer el bien y evitar el mal (principio fundamental de la ley natural). La vida no es otra cosa que un minuto tras otro, nos valemos de nuestras acciones para transformar nuestro tiempo de vida en algo valioso. Todos los organismos vivos tenemos un conjunto específico de instrucciones que determinan nuestras acciones. Estas instrucciones evolucionan con el tiempo, aunque hay siempre excepciones. Algunos encuentran dificultades para adaptarse a las nuevas circunstancias, a los nuevos tiempos, mientras que otros se adaptan mejor, prosperan y evolucionan. Una óptima adaptación al medio y al ritmo del tiempo determina nuestro éxito y evolución futura.⁶ Nuestro trabajo de cuidar, requiere de esta evolución, de este trato exquisito con el enfermo y necesitado, nuestras acciones son las que van a definir y transformar nuestra relación en terapéutica o meramente técnica, si le sesgamos la parcela humana y nos quedamos con la parte técnica de nuestro trabajo considerando al otro un objeto. Si nuestro empeño va dirigido a que prosperen, evolucionen y se adapten nuestras acciones a las circunstancias y a los tiempos actuales, conseguiremos que nuestra disciplina brille por los valores, las actitudes, las competencias morales y la sensibilidad moral que mostramos en el desempeño cotidiano y acercaremos la enfermería a la excelencia.

5 M^a. MUNÍTIZ, *Explicaciones de la Reverendísima Madre Fundadora. Diario y otros*, Madrid 1927, 4.

6 F. SOLERGIBERT SORNI, *Lo que no se ve*, Urano, Madrid, 2000, 7-27.

Del Carisma de las ACJ iremos entresacando las actitudes y valores que Luz Casanova, considera fundamentales para ser un “apóstol del Amor”⁷, y que no se alejan en su gran extensión de los que necesita el enfermero actual para acercarse al enfermo y al que necesita de nuestros cuidados y cercanía.

Poder ayudar a establecer ese constructo que permita a las ciencias de la salud identificar la parte invisible que hay en toda relación de cuidado, que tenemos certeza de su existencia, pero es difícil sentar las bases porque se apoya en la subjetividad y en los sentimientos del hombre, nos ayudara a conseguir tener ante nosotros no sólo enfermos y pacientes, sino hombres y mujeres que necesitan de nuestra profesión.

**2. VIDA Y OBRA DE LUZ
RODRÍGUEZ CASANOVA**

2. VIDA Y OBRA DE LUZ RODRÍGUEZ CASANOVA.

Luz R. Casanova nace en Avilés (Asturias) el 28 de Agosto de 1873, entra en el siglo XX con sus veintisiete años cargados de juventud y promesas. De una familia acomodada y de buena posición social, estudia inglés, francés piano, literatura, religión, aritmética e historia y todo lo que una mujer de sus época y clase social podía aprender. El 8 de Enero de 1949 muere en Madrid en fama de santidad.⁸

Según afirma M.J. Torres «*El nacimiento de la congregación se concibe como obra de la Gracia más que como una empresa humana. Su origen se enraíza en la providencia amorosa de Dios, cuyo Espíritu hace nacer el instituto como participación de la obra redentora de Cristo. Por eso, su fin es reproducir la misión del Hijo, una misión que se identifica con la evangelización de los pobres como el gran signo de la presencia viva de Cristo en el mundo*». ⁹ Este nacimiento u origen tiene en su núcleo el ejercicio de la caridad con el prójimo por medio de las obras.¹⁰ Esta caridad la lleva a la vida de múltiples maneras a lo largo de su trayectoria y dará fruto a grandes obras donde serán atendidos miles de necesitados y prójimos sufrientes.

Su predilección eran los pobres, los enfermos y los niños, atestiguan los que la conocieron y muestra la obra que desarrolla a lo largo de su vida con la creación de más de un centenar de colegios en Madrid, el Patronato de Enfermos y la gran actividad que fue toda su vida de apostolado entre los más desfavorecidos del momento.

Los sectores donde la carencia de los servicios públicos se hacía sentir con mayor urgencia en el Madrid de primeros de siglo, como en general en el resto de España, era el sector sanitario. Especialmente en los barrios marginados la carencia era absoluta. Luz Casanova intuye esa necesidad y se lanza con todas sus fuerzas a poner algún paliativo. Para ello funda el Patronato de Enfermos, con la ambición de atender a todos los campos

8 F. MARTÍN HERNÁNDEZ, *Luz Casanova, una vida consagrada a los pobres*, Congregación de Damas Apostólicas, Madrid 1991, 16.

9 M. J. TORRES PÉREZ, *Espiritualidad ignaciana y originalidad femenina en Luz R. Casanova (1873-1949)*, Verbo Divino, Navarra 2014, 98.

10 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS (1943-1950 Canónicas), art. 3, 7.

de las necesidades del prójimo en una asistencia tan compleja como puede llegar a ser el atender a los enfermos.¹¹

Esa inagotable actividad y afán de dar respuesta a todas las necesidades de los sufrientes de su momento brota de una totalizante vocación apostólica, que caracteriza la espiritualidad de Luz y que posteriormente dará carácter a todo el que conoce su vida y su carisma, más que decir de las que forman parte de la Congregación. La vocación al apostolado es para Luz lo más excelso, lo que más nos acerca a la vocación de Cristo, entregado por el Padre al mundo como apóstol para salvar al hombre. En sus “tratados apostólicos” va presentando virtudes y actitudes insustituibles para el logro de la vocación.

De estos tratados iremos entresacando las actitudes y valores que Luz Casanova, considera fundamentales para ser un “apóstol del Amor”¹², y que no se alejan en su gran extensión de los que necesita el enfermero actual para acercarse al enfermo y al que necesita de nuestros cuidados y cercanía. Establecer una relación de cuidado con los valores y las actitudes que iremos descifrando de este carisma apostólico, no solamente permitirá la recuperación física del organismo si así fuere necesario, también hará posible nuestra perfección como profesionales sanitarios de la recuperación y acogida de la parte trascendental, psicológica y espiritual que contiene a cualquier hombre. Muchas veces por nuestra rutina, por la sobrecarga asistencia, por la desidia o por múltiples causas que pueden afectarnos, dejamos pasar estas parcelas del que necesita de la complejidad de nuestros cuidados y nos limitamos a ser unos meros instrumentos de técnicas que no reparan ni en preguntar por su nombre o en presentarnos por el nuestro.

Luz se da cuenta de las miserias que pasaban las familias cuando visita a los niños en sus casa y veía a los enfermos desatendidos y que morían en pésimas condiciones. En 1905 junto a su madre y hermana María viajan a Lourdes, donde queda impresionada por la enorme afluencia de enfermos que llegan a suplicar a la Señora su curación y es aquí donde se siente inspirada para poner en marcha alguna Obra que de alivio a estas necesidades. En 1907 aparece una reseña el 5 de febrero en el Universo (periódico local de Madrid del momento) de una nueva Obra de beneficencia, Patronato de Enfermos

11 MARTÍN, *Luz Casanova*, 83.

12 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 488.

pobres. Su majestad la reina Victoria ha aceptado la presidencia honoraria de la caritativa obra y hace una donación de mil pesetas.¹³

El 11 de Enero de 1908 podía leerse en el Universo:

«Está necesitada de socorrer a los pobres enfermos en sus domicilios, con ser tan común y corriente, no tuvo en Madrid, hasta el mes de mayo último, una obra católica que la aliviase; pero apenas la obra se inició, Dios la bendijo, porque señal de bendición divina es su expansión, su propaganda y sus admirables resultados»

El número de enfermos crece exponencialmente con el paso del tiempo y veremos que llegan a atender hasta 6.400 en el 1959, las necesidades que cubre esta obra se amplían, cada vez se quiere atender las necesidades que se observan y la estructura se hace cada vez más compleja para poder dar respuesta y atender correctamente las necesidades. No es fácil el camino por recorrer, pero siempre confiada, Luz sigue el camino que tiene que seguir y no deja que las dificultades mermen la obra y retiren a los más pobres la asistencia que necesitan.

El Patronato fue organizado cada día con más perfección. Le sigue un enjambre de auxiliares, médicos y colaboradoras. Para todos va apuntando un minucioso horario de trabajo y de responsabilidades: junta ejecutiva, grupos auxiliares, visitadoras de enfermos, protectores, equipo de médicos, practicantes y enfermeras, equipo quirúrgico de clínica y enfermería, establecimientos con reparto de leche y comedores, círculos de enseñanza religiosa y actos de piedad destinados a enfermos y sus familiares, escuelas y colegios.¹⁴

Podemos ver que es humilde en su actuar pero ambiciosa en su misión y respuesta a las necesidades que acucian los pobres y necesitados del momento, la estructura que pone en marcha no resta de la que cualquier teórica contemporánea pueda establecer para dar respuesta adecuada a los cuidados de enfermos. Es rigurosa en la parte administrativa, recogiendo por escrito datos y estableciendo una normativa escrita con afectación de todo el personal, religiosos y no religiosos. Hacer hincapié en la correcta asistencia, en la higiene, en la adecuada alimentación y el suministro de medicamentos, etc... es el gran reto que la enfermería del momento necesita plantearse y hace frente para

13 MARTÍN, *Luz Casanova*, 91.

14 MARTÍN, *Luz Casanova*, 95.

adquirir una mejora y determinación como disciplina. Podríamos considerarla pionera en muchas de estas funciones y actuaciones, sin ni siquiera saberlo o conocerlo por el mundo sanitario. Grandes aportaciones que siempre han quedado ajenas a las ciencias de la salud por circunstancias diversas y que en estos momentos tampoco se atiende a analizar o estudiar, por factores ideológicos o de falta de conocimiento en la materia, desde aquí las riquezas y posibilidades que de este estudio y trabajo se puedan derivar.

Queda claro que puede ser una fuente inagotable de valores, actitudes, competencias morales, prácticas asistenciales, capacidades organizativas, etc. el acudir a los carismas de las congregaciones religiosas. No tenemos por qué quedarnos en el contenido religioso o en la historia de salvación que pueden perseguir o tener su misión, pero sí en la parte asistencial y humana que acogen y alivian de una manera original y peculiar que no está lejos de lo que la sociedad actual está demandando, pues son momentos de humanizar los cuidados y no vaciarlos de todo contenido de dignidad humana.

La era tecnológica ha permitido el avance de multitud de técnicas y curación de enfermedades que hasta el momento eran impensables, este hecho es imparable y seguirá mejorando y alargando la vida, llenándola de calidad. Detenernos en intentar llenar esta vida o mejor dicho esta relación terapéutica de humanidad, puede pasar por reflexionar sobre las aportaciones que pueden llegar de fuentes ajenas a la sanidad pero que están relacionadas estrechamente con el hombre y su historia.

Este carisma no es el manantial inagotable y único que está necesitando el enfermero de hoy, pero sí que puede ser una pequeña brisa fresca de la cual ayudarnos para encontrar más habilidades que llevar a la práctica de nuestros cuidados, con la mayor dignidad de la persona en nuestro trabajo cotidiano.

Un carisma cuyo núcleo central es «*el más ardiente amor al salvador y la máxima estima de la dignidad de la persona*»¹⁵ no puede apartarse de las pretensiones que un sanitario tiene al intentar cuidar del que lo necesita, aunque no lo haga desde la perspectiva de la religión o “apóstol de Amor”, pero sí como bálsamo que necesita la humanidad sufriente en todas sus dimensiones, reconociendo al ser humano en su totalidad.

15 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art.9, 11.

Siguiendo con la intuición de Luz R. Casanova para dar respuesta a las necesidades de los enfermos y pobres, une a la Obra del Patronato de Enfermos la creación de comedores para atender las necesidades alimentarias de estos desamparados. Había muchos enfermos que se acercaban al Patronato pero al no tener una enfermedad importante no podían ser ingresados, lo que no quería decir que no pasaran grandes necesidades. Igualmente quienes salían del Patronato, o de otros Hospitales seguían necesitando ayuda y sobre todo alimentos. No se podía dejar en la calle, con un comedor de caridad «*se podían vencer esas dificultades y daría mucho descanso al corazón que ve tantas necesidades*» llega a dar hasta setecientas comidas diarias.¹⁶

Pueden beneficiarse de este comedor de caridad los siguientes colectivos:

1. Los enfermos crónicos que no puedan trabajar y la familia que de ellos depende.
2. Las familias de nuestros enfermos, que por faltarles el jornal, no tienen alimentos que dar a sus hijos.
3. Los convalecientes y sus familias mientras adquieran fuerzas para trabajar.
4. Los ancianos que ya no puedan trabajar.
5. La pobre viuda que se queda con hijos pequeños en el mayor desamparo.
6. Los pobres huérfanos que aún no pueden ganarse el sustento.
7. Los pobres, que bien informados, consta que no tienen trabajo alguno.

Organiza toda una estructura de asistencia, que hoy es más propia de los servicios públicos, pero que en su momento nadie acogía como necesidad y le daba respuesta.

Con todos estos detalles se van intuyendo los valores y las actitudes que mueven esta vocación y su aplicación a la praxis enfermera, no desatiende ninguna función del cuidado, quiere dar respuesta a su totalidad, alma y cuerpo, como ella hace alusión. Sin establecer o quizás sin conocer la jerarquía de necesidades básicas del ser humano, su inteligencia y audacia le guía para atender lo más básico y necesario, para posteriormente llegar a su alma y su confianza, en tiempos en que la Republica no deja en buen lugar al catolicismo, sin querer entrar en juicios ideológicos con este trabajo.

16 MARTÍN, Luz Casanova, 97.

**3. EL CUIDADO ENFERMERO Y EL CARISMA
VOCACIONAL DE LA CONGREGACIÓN
DE LAS RELIGIOSAS APOSTÓLICAS
DEL CORAZÓN DE JESÚS (ACJ).**

3. EL CUIDADO ENFERMERO Y EL CARISMA VOCACIONAL DE LA CONGREGACIÓN DE LAS RELIGIOSAS APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS (ACJ).

3.1 La praxis del cuidar desde la perspectiva enfermera

Haciendo memoria en el mundo antiguo, los mitos tenían como finalidad hacer comprender a la gente de una manera dinámica y animada experiencias y características de la vida humana. El mito Greco-Romano llamado «Care»¹⁷ ha ejercido su influencia en la literatura, filosofía, psicología y ética a lo largo de la historia. W.T. Reich¹⁸ nos quiere mostrar el lado más positivo que se le da al término “cuidar” desde esta narrativa, aproximándonos a su sentido más interno de proteger y ocuparse íntegramente de lo humano. También se nos invita a pensar desde este mito, que el género humano desde un todo social es guiado dentro del mundo y sostenido por los cuidados.¹⁹

17 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 Olimpo, 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 enseguida 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 éste sea llamado *homo* (ser humano en latín) ya que éste parece ser hecho de *humus* (tierra en latín). Hyginus. *Fabularum liber*. New York: Garland. 1976.

18 W.T. REICH, (1996) *History of the Notion of Care*. En Warren Reich (ed) *Encyclopedia of Bioethics* 3ª ed. Vol 1 New York: Simon & Shuster/MacMillan. Universidad de Barcelona, 2005, 319-331.

19 M. GASULL VILERA, *La ética del cuidar y la atención de enfermería*, 9-10.

La enfermería, desde esa mirada a la totalidad del hombre a la que hacíamos alusión, como disciplina apunta al cuidado integral, teniendo en cuenta elementos disciplinares y profesionales. Investigadoras internacionales de gran prestigio como Jean Watson²⁰ sugiere en sus paradigmas, incluir el cuidado humanizado en el momento de la atención a los pacientes. Es un tema de total actualidad en nuestro entorno tomar conciencia que la persona es un todo que no sólo necesita del cuidado físico, ya que al mismo tiempo su parte psicológica y social, también se ve afectada por el proceso que le lleva a quedar en las manos de los sanitarios. Los profesionales de la enfermería tendrán que tener fuertemente revitalizada la vocación en su proceso terapéutico con el otro, para que su trabajo no se quede vacío de toda humanidad necesaria en dicho proceso.

En primer lugar, tenemos que tener conciencia que la enfermería ha sido pensada y tratada como ciencia a partir de los últimos decenios del siglo pasado a través del estudio científico de los fenómenos que integran el cuidado de la salud humana. Pero detengámonos en el análisis de lo que históricamente ha determinado el conjunto de significados en torno a la enfermería. Por un lado, los saberes milenarios sobre el cuidado humano dan cuenta de una constante que, según señala Collière²¹, es el cuidado de la vida. A esos saberes se suman diferentes dimensiones históricas y filosóficas sobre el contenido de los cuidados humanos que, en el devenir, han adquirido significados según las ideas sobre la salud, la vida, el hombre y su destino..., que dominaban en cada época, con las particularidades de cada lugar o latitud en que se protagonizaran distintos oficios del cuidado.

Quienes asumieron el rol de cuidadores determinaron perfiles similares a esas concepciones en cada contexto tempo-espacial, hasta llegar a ser definidos en el marco de una profesión a partir del siglo XIX, con los aportes de Florence

20 Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia: https://web.archive.org/web/20081211201255/http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson. Consultado 24-08-2015.

21 M.F. COLLIÈRE, *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados en enfermería*. McGraw-Hill/Interamericana. Madrid. 199, 101-116.

Nightingale²². Dichos aportes se sustentaron en una concepción higienista y del entorno, que constituyó la base de la práctica enfermera, prácticas para resolver problemas educativos y administrativos, hasta 1950.²³

Es con la década de los cincuenta cuando comienza el desarrollo investigador, caminando en unión con un desarrollo teórico que alcanza el máximo esplendor en los años setenta.²⁴

Se tratará de reflexionar sobre el estado actual de estructuración del conocimiento enfermero en torno a lo que se ha reconocido como su objeto de estudio²⁵, y que es el cuidado de la salud humana, a través de los aportes y análisis de Fawcett²⁶ y Newman²⁷.

A partir de este reconocimiento, es posible definir a la disciplina de la enfermería como «*el estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana*».²⁸

La estructuración actual de los conocimientos de enfermería es incipiente en cuanto al establecimiento de supuestos y proposiciones que den cuenta de los fenómenos que se involucran en el cuidado. Son numerosos los matices que se podrían analizar en dichos fenómenos, por tanto, como veremos más adelante en este trabajo, destacar los valores y actitudes presentes en la disciplina enfermera y los presentes en el carismas de las ACJ nos ayudara para

22 J. HERNÁNDEZ CONESA, M. ESTEBAN-ALBERT, *Fundamentos de Enfermería. Teoría y Método*. McGraw-Hill/Interamericana. Madrid. 1999, 6-36.

23 M. DURÁN DE VILLALOBOS, M. MARCO, “Epistemológico de la Enfermería”, *revista Aquichan Bogotá*, 2(2002), 9

24 DURÁN, *Epistemológico*, 9

25 GRUPO CUIDADO. *Avances conceptuales del Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería*. Universidad Nacional de Colombia, 2004, 157-162

26 J. FAWCETT, *Analisis and evaluation of contemporary nursing knowledge: models and theories*. Philadelphia: FA. Davis Company, 2000, 155

27 MM. NEWAN, M. SIME, & S. CORCRAN-PERRY, “The focus of the discipline of nursing.” *Advance in nursing science*. 14 (1991), 1 - 5.

28 DURÁN, *Epistemológico*, 9

determinar la riqueza que puede aportar dicho carisma en la relación que se establece al cuidar.

Numerosos modelos teóricos que se han desarrollado, se han fundamentado en otros campos disciplinares y han trasladado sus principios al contexto de la enfermería.

Estas connotaciones, sumadas al hecho de que el cuidado ha sido históricamente considerado como una actividad carente de sistematización conceptual, han generado una dimensión descriptiva de aspectos concernientes al mismo, sin mayores indagaciones y aclaraciones, con escasos lineamientos de una aproximación básica hacia la explicación enfermera. Es necesario seguir dando pasos y como señala Hernández Conesa²⁹, debemos continuar con una *«evolución específica de carácter primordialmente interno: plasmar la reflexión sobre la praxis enfermera. De este modo, el desenvolvimiento pleno de un enfoque enfermero propio implica:*

- *El desarrollo de una problemática específica suficientemente diferenciada de aquella que es propia de las orientaciones inculcadas por el modelo médico hegemónico;*
- *El desarrollo de las teorías enfermeras: paradigmas interpretativos y analíticos de los fenómenos sobre los que con posterioridad se desarrollan las intervenciones de los cuidados enfermeros;*
- *El desarrollo de las cuestiones específicas o problemas sobre aspectos concretos de situaciones de salud y enfermedad en las etapas de desarrollo del hombre, que tienen que ser conectadas con la presentación paradigmática de los problemas enfermeros;*
- *La conexión de esas orientaciones con perspectivas de investigación científica y conceptos analíticos particulares»³⁰*

Estas consideraciones son las que darán lugar al conocimiento y crecimiento científico de la disciplina enfermera, complementada por todos los campos del saber, pero con una praxis autónoma. El cambio al que está llamado el saber y el hacer

29 HERNÁNDEZ, *Fundamentos*, 6-36.

30 HERNÁNDEZ, *Fundamentos* 6-36.

enfermero con palabras de M. C. Castrillón Agudelo³¹ podríamos decir que tal cambio radicaría en el saber propio de la disciplina a través de la articulación de:

- Teorías generales;
- Investigación en el territorio del cuidado, los cuidadores, las vivencias de los procesos vitales o de sus transiciones;
- La práctica fundamentada en evidencias.

Consideramos también que los conceptos enfermeros propios y los juicios, expresados en un lenguaje coherente e inherente a su saber y quehacer, serán premisas del avance del desarrollo científico en torno a los fenómenos que involucran al cuidado humano. Este momento histórico de finales del siglo XX y principios del siglo XXI aparece como decisivo para el crecimiento de la disciplina enfermera, ya que han comenzado a replantearse las ideas fundamentales y se han confrontado con los problemas metodológicos, en una crítica reflexiva de los conceptos de la propia actividad de construcción del conocimiento enfermero³².

Así, desde una nueva concepción metateórica de la ciencia en general, la enfermería se ha permitido «*cuestionar la fundamentación empírica como única y dominante*»³³ y ha posibilitado rescatar el énfasis en la dimensión humana de la ciencia, donde junto a un racionalismo científico que permita el entendimiento universal de los fenómenos por su comprobación empírica, se incluya una dimensión interpretativa y comprensiva de las situaciones particulares, no como herencias del sentido común, de dogmas ocultos o tradiciones de “opinión”³⁴, sino como un paradigma integrador y revelador de la naturaleza del conocimiento del cuidado humano. Dentro de este

31 M.C. CASTRILLÓN AGUDELO, “Teoría y práctica de la enfermería: los retos actuales”, *Investigación y Educación en Enfermería*. Universidad de Antioquia, XIX (2001), 55.

32 A. AIMAR, N. VIDELA, M. TORRE., “Tendencias y perspectivas de la ciencia enfermera.” *Enfermería Global*, 9 (2006), 1-7.

33 M. DURÁN DE VILLALOBOS, *Enfermería: Desarrollo teórico e investigativo*. Unibiblos. Bogotá. 1998, 44-52.

34 HERNÁNDEZ, *Fundamentos* 6-36.

paradigma integrador la riqueza que también puede aportar en este caso concreto el carisma de las ACJ.

Según Durán de Villalobos, el crecimiento de nuestra disciplina, radica en parte, «en el desarrollo de las teorías que dan sustento al conocimiento de la enfermería, pero, más que todo, en aquel conocimiento que permita ser la base de la práctica fundamentada y autónoma. Es decir, un conocimiento que exprese el tipo de conocimiento que maneja la enfermería».³⁵

Por tanto, podemos decir que la disciplina debería sustentarse en los siguientes aspectos:

- La pluralidad, en la que tienen cabida múltiples interpretaciones de la realidad y del cuidado.
- La evolución contextualizada, teniendo en cuenta el momento histórico y sus determinantes, lo cual nos hace detenernos en diferentes lugares y situaciones cambiantes, con lo cual se retroalimentara y se construirá continuamente.
- El soporte fundamental a través de la indagación científica rigurosa en torno a su objeto de estudio.

Desarrollar el conocimiento enfermero propio es condición *sine qua non* para la construcción disciplinar, reflexionamos ahora sobre las conexiones o “inconexiones” que se establecen con la praxis, o sea, con el actuar profesional.

Históricamente se ha “atendido al paciente” (individuo, familia o comunidad) según procedimientos sistematizados, que buscan optimizar los recursos, basados en conocimientos o fundamentación científica, tomados de otras ciencias y fundamentalmente para contribuir al logro de objetivos planteados por otras disciplinas.

Pero la reflexión epistemológica que empieza a generarse de cara a la praxis en los últimos años del siglo XX, permite distinguir un antes y un después, donde los

35 M. DURÁN , EPISTEMOLÓGICO, 44-52.

patrones de conocimientos descritos por Carper³⁶ (1978), parecen imprimir el sello particular del tipo de conocimiento que distingue a la enfermería. Tales patrones son: el empírico, que constituye la ciencia de enfermería; el ético o componente moral; el de conocimiento personal, para las relaciones transpersonales de cuidado; y el estético o el arte de enfermería donde puede sintetizarse todos los anteriores componentes del conocimiento enfermero, según Chinn y Jacobs (1987)³⁷.

Tanto en el ayer como en el hoy estas tendencias han delimitado no sólo la actuación directa sino que han configurado la enseñanza, la administración y también la investigación. Se identifican a través de rasgos característicos que definen la enfermería de “ayer” y la enfermería de “hoy”³⁸.

Para establecer los paralelismos entre ambas tendencias de ayer y de hoy utilizaremos la comparativa realiza por el Grupo Cuidado que nos muestra claramente el concepto enfermera³⁹:

Enfermera antes del siglo XX	Enfermera Actual y de Futuro
Se dirige a una acción particular y concreta para dar cuidado a su paciente a través de soluciones simples para problemas unicausales.	Acepta la reciprocidad y reconoce la multicausalidad de las situaciones de salud.
Se reconoce a sí misma como poseedora de conocimiento y por tanto superior en el área del cuidado frente a su “paciente”	Reconoce al otro y a sí misma como ser activo y trascendente.
Ve al paciente con componentes bio-psico-sociales y espirituales que lo integran	Ve seres holísticos y se ve a sí misma como parte de la comprensión de esa totalidad
Realiza escasos estudios propios y siempre cuantitativos y positivistas	Reconoce el valor de la investigación y acepta el valor complementario de abordajes cualitativos y cuantitativos para retroalimentar la práctica de enfermería basada en el cuidado.

Fuente: *GRUPO CUIDADO. Avances conceptuales del Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.*

36 B. CARPER, “*Fundamental Patterns of Knowing in Nursing.*” *ANS*, 1 (1978), 13-24, World Wide Web: <http://samples.jbpub.com/97807637> Consultado 4 Marzo 2016.

37 M. DURÁN *Enfermería*, 44-52.

38 GRUPO CUIDADO, *Avances*, 157-162.

39 GRUPO CUIDADO, *Avances*, 157-162.

La actualización y renovación que la disciplina enfermera está protagonizando en la perspectiva de su saber hacer, saber ser y saber pensar; se genera a partir de re-definir, re-conocer y re-dimensionar el núcleo que la identifica y que es el cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana⁴⁰.

Es un proceso que dará como fruto el enriquecimiento de la disciplina como consecuencia de la generación de teorías, en base a la evidencia, teniendo en cuenta que se desarrollará en un contexto cambiante, dinámico, complejo, con la necesidad de múltiples miradas y lecturas de una misma realidad y con la reflexión permanente de la práctica enfermera. En esta permanente reflexión necesaria para que enfermería de la mejor respuesta a la demanda social, quiere incidir nuestra investigación, generando un nuevo campo donde enriquecer nuestros valores y actitudes.

El gran desafío es no sólo poder describir y llegar a explicar los fenómenos en torno al objeto disciplinar, sino comprender, transformar y recrear la expresión del cuidado en una obra donde la estética sintetice la impronta del artista, y haga único e irreplicable ese instante de la existencia humana. Dichas estética se trabajará profundamente como un valor fundamental en el cuidado enfermero y se analizara en nuestro trabajo de campo.

Así el acto del cuidado será arte y ciencia, se transformará en reflexivo, deliberado, heurístico y autónomo. La disciplina enfermera integrará la praxis y la academia, como sólo es posible pensar la complejidad del cuidado humano. Abierta a la totalidad de fenómenos que afecta la existencia humana, que a lo largo de la historia le han ido dejando su impronta en dicho objeto disciplinar, quedando afectado y complementado, intentaremos el desafío de situarnos en el marco aconfesional propio de la disciplina de enfermería en la actualidad, pero conscientes de que es posible enriquecernos de la parte de originalidad que posibilita el carisma de las ACJ al acto del cuidado.

3.1.1 El sentido antropológico del cuidado en enfermería.

Hace ya casi tres décadas que comenzó la institucionalización disciplinar de la Antropología en España, la configuración académica como Licenciatura de Antropología Social y Cultural. Fue a partir de los años setenta cuando comenzó a formar parte como materia de estudio en las universidades españolas.

La antropología que se trata de una disciplina de las Ciencias Sociales que se encarga de estudiar la realidad del ser humano desde un enfoque holístico en el que todo determina el comportamiento de las partes, es decir, análisis del contexto cultural y social. También analiza el origen, el desarrollo como especie social y los cambios de su conducta, o sea, de su evolución a través del tiempo⁴¹.

Podemos relacionar fácilmente la enfermería con la antropología utilizando la aportación de V. Henderson⁴² según la cual: la función de la enfermería es atender al individuo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o una muerte pacífica)..., actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, de tal forma que contribuiremos a ganar su independencia lo antes posible. Por tanto, la Enfermería no deja de ser una disciplina dualista en tanto que por una parte es una Ciencia de la Salud, pero a la vez también lo es de lo humano, lo holístico, lo probabilístico, en definitiva de lo cultural, podemos entonces considerar que también se nutre de la Antropología desde esta perspectiva⁴³.

Para delimitar la estrecha vinculación existente entre antropología y enfermería, resulta imprescindible definir el concepto más esencial de la disciplina enfermera: “el cuidado”. Los cuidados no constituyen acciones ni pensamientos abstractos, sino que están inmersos en la cultura, no están monopolizados por enfermedades ni patologías, sino que forman parte del universo de los fenómenos cotidianos que se dan en cada cultura y se manifiestan en el conjunto de las situaciones “vida-salud”, situaciones

41 M. GARCÍA, “Aproximación antropológica a la Enfermería del s. XXI.” Ateneo. *Revista Cultural del Ateneo de Cádiz*. (2014), 15-29.

42 C. HERNÁNDEZ MARÍN, *El Modelo de Virginia Henderson en la Práctica Enfermera*. Universidad de Valladolid, 2016, 6.

43 M. A. MARTORELL, J. COMELLEES, M. BERNAL, *Antropología y Enfermería*. Publicaciones URV. Tarragona. 2007, 178-194.

que se exponen en una relación triangular en la que los dos lados del triángulo están formados por la amplísima y variada dialéctica “salud-enfermedad”, la cúspide o vértice superior está ocupado por una perspectiva forjada epistemológicamente en la reflexión conceptual sobre los cuidados, y todo ello se asienta sobre la base de la cultura.

3.1.2. ¿Qué es cuidar?

Deteniéndonos más profundamente en el concepto podemos decir que el cuidado es una actividad permanente y cotidiana de la vida. El cuidado de enfermería forma parte de este conjunto, por lo que, para comprenderlo, debemos remitirnos al contexto que le da su significación y su sentido real; hay que situar el cuidado en el contexto de la vida, incluyendo la muerte, a la cual el hombre se enfrenta día a día a lo largo de su devenir.

El cuidar se tiene que considerar una actividad fundante y fundamental del ser humano, elevándose del orden teórico para alcanzar su máxima en la subsistencia y desarrollo de cualquier ser humano. Partiendo de la idea de fragilidad que alberga la naturaleza humana, unida a su pobreza ontológica, precisa ser cuidado desde su amanecer hasta su ocaso, para que desarrolle en plenitud los potenciales a los que ha sido llamado.⁴⁴

La relación existente entre este cuidar y la enfermería pudiera parecer una cuestión moderna, pero mucho más lejos de esto, la realidad lo sitúa en tiempos de Florence Nightingale⁴⁵ en el siglo XIX. Hoy no se duda de la relación del cuidado y la disciplina enfermera, aunque resalta la paradoja de lo poco que estos profesionales del cuidado han investigado por lo que los constituye y da su origen profesional.⁴⁶

El verbo cuidar es esencial para el hombre, en su acepción *autos* (cuidarse) cuidar de sí mismo, *alter* (cuidar del otro) abierto a la práctica trascendente, ajeno a lo que

44 F. TORRALBA, *Antropología del cuidar*, Mapfre Medicina, Barcelona.1998, 222.

45 F. NIGHTINGALE,(1820-1910) es considerada como la enfermera que inicio la profesionalización y modernización de la profesión de enfermería.

46 V. KYLE T., “The concept of caring: a review of the literatura.” *Journal of Advanced Nursing*. 21 (1995), 506-514.

configura mi personalidad⁴⁷. Enfermería es la responsable profesional de ejercer el cuidado, pero para Torralba, el cuidado no sólo se queda en estos límites asistenciales de déficit, suplencia y educación en el cuidar, se eleva al ámbito sanitario, como algo que lo constituye y requiere de ello para seguir siendo lo que es, desarrollando los potenciales que posee en su naturaleza.

F. Torralba⁴⁸ nos habla del cuidado como:

«Cuidar es velar por la autonomía del otro.

Cuidar es velar por la circunstancia del otro.

Cuidar es resolver el cuerpo de necesidades del otro.

Cuidar es preocuparse y ocuparse del otro.

Cuidar es preservar la identidad del otro.

La práctica del cuidar exige el auto-cuidado.

La práctica del cuidar se fundamenta en la vulnerabilidad».

Enfermería ha fundamentado cada uno de estos conceptos y ha hecho teorías sobre lo que nos propone este autor para darle un cuerpo teórico y un fundamento científico al cuidar profesionalizado. En este trabajo nos detendremos en algunos aspectos que nos parecen relevantes sin profundizar en este tema que no es el origen de nuestra investigación.

No podemos cuestionarnos que cuidar es un acto propio e intrínseco a la vida; con infinitas actividades encaminadas al mantenimiento de la vida, que hacen posible su continuación y perpetuación en el tiempo. Este cuidado al que hacemos alusión se encuentra en todos los seres vivos, los cuales, gracias a él hacen posible la continuidad de la vida a lo largo de los tiempos.

Cuidar es un acto individual que cada uno de nosotros realiza por sí mismo, requerirá para ello adquirir una autonomía suficiente, pero también es un acto de

47 F. TORRALBA, *Antropología del cuidar*, 223.

48 F. TORRALBA, *Antropología del cuidar*, 227-230.

reciprocidad que damos a otra persona temporal o definitivamente, cuando precisa ayuda o para cubrir sus necesidades. La ayuda queda circunscrita a aquellas circunstancias en la que la persona no pueda cuidar de sí misma. La disminución, insuficiencia o pérdida de autonomía personal serán el origen del cuidado interpersonal o recíproco. Podemos hablar de autocuidado cuando la propia persona mantiene el nivel de satisfacción de sus necesidades vitales, y de cuidado interpersonal o de reciprocidad cuando precisa la ayuda de alguien para ello⁴⁹.

H. Peplau (1009-1990)⁵⁰ elabora una síntesis de las causas que pueden originar la demanda de ambos tipos de cuidados:

I. Las condiciones fisiológicas del organismo que precisan la manipulación de condiciones materiales.

II. Las condiciones interpersonales, que son individuales y sociales, y que satisfacen las necesidades de la personalidad y permiten la expresión y uso de las propias capacidades de forma productiva⁵¹.

En el ser humano, las demandas de cuidados vienen relacionadas, ya sea por acontecimientos de la vida, como podrían ser por ejemplo la maternidad y el parto, o ya sea por crisis y obstáculos, como podríamos citar aquí las enfermedades y accidentes. Observamos claramente que en el devenir de la vida se van modificando y cambiando las diferentes necesidades de cuidados o ayuda, que modificarán directamente las dificultades para suplir esas necesidades creadas, estando pues la necesidad de ayuda del otro, el cuidador, en relación directa con el nivel de autonomía de la persona que los viva.

Está claro que el nivel de autonomía puede quedar alterado por necesidades

49 P. ANTÓN ALMENARA, *Enfermería: Ética y legislación*. Masson- Salvat, Barcelona 2004, 13-47.

50 A. MARRINER TOMEY , R. M. ALLIGOOD, *Modelos y teorías en enfermería*. 6ª Ed. Madrid: Elsevier, 2007, 16.

51 C. P. ARREDONDO-GONZÁLEZ, J. SILES-GONZÁLEZ, “Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales.” México, *Index Enferm* [online] 18, (2009), 32-36. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007. Consultado 02-09-2016.

reales o adquiridas, pero, nuestro objeto de investigación no se detiene en analizar el origen de estas necesidades sólo en analizar y superar las dificultades que se puedan plantear para aportar lo necesario y superar estas necesidades. Centraremos nuestro énfasis en las actitudes y valores que son necesarios para desarrollar estos cuidados mencionados, no solo para el desarrollo de la disciplina de cuidar, que por excelencia es la profesión enfermera, sino más bien para llegar a mostrar la vocación que subyace en su más profundo origen del cuidar y la riqueza de la que puede nutrirse y apoyarse dicha vocación como proceso dinámico que acompaña a la persona y a la vida, como estamos viendo en el proceso antropológico del cuidado humano.

Todo esto se complementa en la idea que los seres vinculados a la sociedad y a un grupo de iguales, para asegurar el mantenimiento de la propia vida, el ser humano precisa cuidados de los demás para su supervivencia y para alcanzar el nivel de felicidad deseado. El ser humano es un ser por definición social⁵². La familia, el entorno, la comunidad en la que desarrolla su vida, son sus principales fuentes de cuidados, siendo él parte de la reciprocidad mencionada anteriormente y portador de cuidados para su entorno y sus congéneres. En numerables ocasiones, la ayuda demandada, no tiene que pasar por un nivel de complejidad superior, pero si su resolución no se hace efectiva, la complejidad de la situación puede agravarse por no encontrar respuesta en lo inicial de la necesidad.

Los cuidados que las personas precisan a lo largo de su vida pueden dividirse según F. Collière, eminente profesora francesa de enfermería, y destacada figura de la enfermería internacional, en dos grandes grupos⁵³:

Cuidados cotidianos y habituales: son los que están ligados al mantenimiento, continuidad y conservación de la vida. Se basan en los hábitos de vida, costumbres y creencias. Están profundamente ligados a la comunidad o grupo social en el que se vive. Son los cuidados que una madre da a su hijo y los que nos damos a nosotros mismos cuando vamos adquiriendo a la autonomía suficiente: comer, beber, protegerse del frío, eliminar, desplazarse, moverse, relacionarse con los demás, desarrollar un

52 R. O. RODRIGUEZ ROSSI, "El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva", *Centro Universitario de Ciencias de la Salud*, Guadalajara, México, 2 (2005), 105-111.

53 COLLIÈRE, *Promover*, 101-116.

trabajo reconocido...nuestros autocuidados cotidianos configuran nuestra identidad personal y contribuyen a la satisfacción dentro de un núcleo social determinado. Son aquello que es fundamental para la vida y que en la actualidad se conocen generalmente por necesidades básicas para el desarrollo de la vida de cualquier ser humano.

Cuidados reparadores o curativos: están vinculados a reparar lo que constituyen un estímulo para la vida, la necesidad de cuidados reparadores surge de las situaciones de enfermedad. Se sobre añaden a los cuidados cotidianos y carecen de sentido a menos que se acompañen de ellos, aunque en algunos momentos son los cuidados reparadores los que permiten la continuidad de la vida y el restablecimiento de la salud, refiriéndonos en esta parte a los cuidado tanto de restablecimiento físico, psíquico, como social.

La disciplina enfermera debe tener en consideración ambos tipos de cuidados. Tendemos como profesionales del cuidado a centrar nuestra atención en los cuidados reparadores, obviando el fundamento de la vida que tenemos en nuestras manos, lo que da lugar a desvincular al ser humano de sus entorno y de sus propias capacidades, dificultándole el mantenimiento de la vida desde sus aspectos cotidianos y básicos. No podemos vaciar al hombre de lo humano para acampar con la técnica reparadora de la materia, que queda sin sentido si arrancamos la parte de humanidad que encierra toda persona.

Los cuidados de reparación y de conservación de la vida son el núcleo de la atención de enfermería. Nuestras acciones en el campo del cuidar deben ir dirigidas a responder adecuadamente a las necesidades de las personas que atendemos. Sólo podemos comprender el cuidado desde esta perspectiva y necesita de la máxima proximidad de la persona a la que se dirige. La finalidad de la atención de enfermería nunca deberían ser las propias acciones de cuidados, sino el grado de satisfacción de la necesidad o necesidades alteradas.

M. Françoise Collière, en enero de 2005,⁵⁴ quien profundizó durante toda su vida en los cuidados de enfermería y sus clasificaciones, y que contaba con multitud de conocimientos de gran interés que aportó para el desarrollo científico de la disciplina enfermera, deja en sus testamento a la humanidad estas palabras, llenas de una riqueza incuestionables desde cualquier campo del cuidado, para el desarrollo de cualquier

54 COLLIÈRE, *Promover*, 101-116

aproximación al prójimo sufriente o necesitado cuando intentamos satisfacer las necesidades que lo han conducido a su debilidad.

«Enfermeras, enfermeros, estudiantes de enfermería:

Sepan por lo que yo he podido constatar, por mi experiencia de vida conduciéndome hasta la muerte, que sólo basta una ruptura comportamental o gestual en la continuidad de los cuidados para que toda la calidad del trabajo de un equipo sea destruido.

Basta una “oveja negra” para que la fragilidad de lo que quita la vida sea confrontado con el desasosiego y lleve hacia la desesperación más abrupta.

Las mejores competencias técnicas profesionales son anuladas por la ruptura del respeto interpersonal y priva a la persona cuidada de palabra para defenderse, porque aparecen entonces las realidades de las represalias y la persecución en los cuidados.

A todos, les pido centrarse sobre las fuerzas de la vida, la movilización de sus recursos vitales en el respeto de la persona y de la humanidad, para promover los cuidados y promover la vida»

Con estas palabras se ensalza y se anima nuestra investigación en la vocación que nos pone en contacto con el otro y que hace posible la calidad de los cuidados para promover la vida respetando a la persona y por tanto a la humanidad.

La enfermería como actividad profesional cuyo origen está en la necesidad ontológica que tiene toda persona de requerir el cuidado del otro, tiene que seguir profundizando y ennobleciendo la técnica, sin reducir su disciplina sólo a dicha actividad. La enfermería tiene que tomar consciencia de la importancia de su dimensión social y ética, pues el desarrollo de su ejercicio profesional se realiza dentro de una comunicación entre seres humanos que incorpora sus propios valores.⁵⁵

Al profundizar con nuestro estudio en los valores, actitudes, competencias morales y conductas profesionales, estamos ensalzando la dimensión social y ética de nuestra disciplina en un intento de llevarla a la excelencia y remarcar la importancia

55 L. FEITO GRANDE, *Ética y Enfermería*, Bioética Básica Comillas, San Pablo / Universidad P. Comillas. Madrid, 2009, 167-174.

de seguir trabajando en este campo que no se agota y que se debe actualizar con el trascurso del tiempo.

El Carisma de las ACJ sigue reforzando en la actualidad la idea a la que nos acercamos cuando nos referimos al cuidado profesionalizado, Luz R. Casanova sostenía: «*esos rasgos, ese estilo, ese modo de ser y estar, esa espiritualidad que le lleva a Cuidar la vida, haciendo el mayor bien posible al mayor número posible de personas*»⁵⁶ nos da una idea de que este carisma quiere cuidar del prójimo desde la totalidad de la persona.

El seguir cuidando la vida hoy para los que siguen viviendo este Carisma, implica poner escucha y máximo respeto a toda criatura viviente y a la creación, destacando en el centro de la creación la humanidad, donde la vida clama, para poder ser bálsamo del prójimo sufriente y necesitado de nuestros cuidados.⁵⁷ Para la fundadora de esta Congregación cuidar la vida era tan importante como respirar:

*«Hay que tener un oído atento a todo lo que suponga buscar con atención suma, escuchar para curar con delicadeza todo murmullo que salga del dolor de aquellos corazones que pretende que se curen con el bálsamo del amor».*⁵⁸

Este carisma igual que la vida crece y camina junto a la humanidad, hoy quiere seguir dando respuesta a esa necesidad de cuidar la vida de los más débiles, de los que tienen derecho al “bálsamo del amor”, que tanto se preocupó Luz C. de inculcar a los que quisieran ser “apóstoles del Amor” y así lo reconocemos en los últimos documentos capitulares:

*«El dinamismo del espíritu sigue alentándonos a generar vida, urgiéndonos a la conversión, desde un modo de ser y estar entre los/as empobrecidos/as, al estilo de Jesús, desde abajo y desde dentro».*⁵⁹

56 M. L. LÓPEZ, “El cuidado de la vida”, Apostólicas del Corazón de Jesús, *el colibrí*, Madrid, 21 (2015), 3.

57 LÓPEZ, *El cuidado*, 3.

58 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 488-490.

59 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIV Capítulo General, Collado Mediano, España, 2014, 11.

«Queremos recrear una espiritualidad del cuidado de toda vida, comprometiéndonos con los derechos humanos de los niños/as, movimientos de liberación de las mujeres...los derechos de la Tierra, movimientos juveniles...»⁶⁰

Este carisma quiere seguir atento a los signos de los tiempos y junto a otros y otras seguir tejiendo la fraternidad y el cuidado humanizado de toda vida, buscando el Reino de Dios y su justicia.⁶¹

3.1.3 Estrecha relación ente antropología y cuidados de enfermería

El cuidado profesionalizado, llamado actualmente cuidado de enfermería, se ha gestado a los largo de la historia de la humanidad, como ya ha quedado evidenciado anteriormente, pero aumenta su profesionalización en las últimas décadas, donde se quiere enmarcar dentro de un conocimiento universitario basado en la evidencia científica que da fundamento a lo que anteriormente se ejercía sin ningún rigor cuantificable y científico. La manera como ese cuidado profesional se ejerza tiene una gran trascendencia para la vida, la salud e incluso la dignidad de los que van a ser receptores de nuestros cuidados. Por todo ello, el trabajo cotidiano del profesional de enfermería tiene que estar ligado indiscutiblemente a un rigor moral.⁶²

Después de lo profundizado en el apartado sobre ¿qué es cuidar? y las aportaciones que se han dado por diferentes autores, podemos plantearnos las reflexiones siguientes:

Reflexión sobre las ideas, valores, creencias y sentimientos (reflexión teórica); los hechos y comportamientos (reflexión práctica); y las circunstancias (reflexión situacional), relacionadas con el proceso optimizador de las necesidades de salud

60 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIV CG. 19.

61 LÓPEZ, *El Cuidado*, 4.

62 J. VIELVA ASEJO, *Ética Profesional de la enfermería*. Ed. Descleé de Brouwer, S.A.2002, 25-50.

que garantizan la integridad y la armonía de todas y cada una de las etapas que constituyen la vida humana.⁶³

Esta forma de interpretar los cuidados implica la necesidad de considerar, como factores claves de su estudio, no sólo el mundo de los hechos y comportamientos (como fenómenos observables en la realidad de la sociedad y, por tanto, los más fáciles de valorar), sino también aquellos factores que permanecen ocultos bajo la superficie de lo explícitamente manifiesto y que, sin embargo, desde su invisibilidad determinan que tal comportamiento o estilo de vida se produzca de una forma y otra. Estos factores ocultos constituyen las raíces de los comportamientos, saludables o no, y determinan de forma radical las tendencias de los comportamientos y el hecho de que éstos se transformen en hábitos al mantenerse constantes en el tiempo. Los estilos de vida saludables y no saludables se corresponden con tendencias conductuales estables durante largos períodos de tiempo y su perseverancia o resistencia al cambio es directamente proporcional a la fortaleza de sus raíces (ideas, valores, creencias y sentimientos).

La estrecha relación ente antropología y cuidados de enfermería se aprecia en la conexión existente entre los factores biológicos y la forma de organizar las actividades cotidianas que forman parte del proceso de satisfacción de necesidades. Desde tiempos ancestrales un factor biológico, el sexo, ha venido determinando la manera de organizar y distribuir las tareas entre los integrantes de los diferentes grupos humanos: la primigenia división sexual del trabajo.⁶⁴ La mujer se encargaba de algo tan importante como la supervivencia del grupo mediante la reproducción. Desde los cuidados del embarazo al parto y, posteriormente, los cuidados perinatales, la lactancia y la crianza determinaron que la mujer fuera la responsable de los cuidados de enfermería. Es por todo ello que al hablar de cuidados de enfermería se hace referencia al género femenino en particular y al mecanismo de satisfacción de necesidades en general.

63 J. SILES GONZÁLEZ, M. C. SOLANO RUIZ, *Antropología educativa de los cuidados: Una Etnografía del aula y las prácticas clínicas*. Universidad de Alicante, Marfil, 2011, 14-30.

64 J. SILES, *Antropología*, 14-30.

Esta situación de parentesco entre enfermería y antropología se refleja claramente al confrontar teorías tan desiguales a priori, como las que a continuación se relacionan:

Las teorías de Carderera⁶⁵, un eugenista de principios del siglo XIX, marca las pautas domésticas a las que debe ceñirse la labor de la mujer⁶⁶, y las clasifica en dos grupos “principios fundamentales” (orden, aseo y economía), y deberes domésticos (comida, vestido, limpieza)

-Las aportaciones esenciales de Florencia Nightingale que se recogen en su opúsculo “Notas de Enfermería...”⁶⁷ y describe la naturaleza de los cuidados: aire, luz, calor, limpieza, tranquilidad, dieta.

-La taxonomía del sistema de necesidades realizado por Henderson⁶⁸.

-La teoría de las necesidades básicas y sus concomitantes culturales de Malinoski⁶⁹.

En todas estas clasificaciones y teorías en las que estas teóricas se asientan, el sistema de necesidades y la forma de cumplir con este requisito elemental para todos los grupos humanos se aprecia una gran relación entre enfermería y antropología. Queda evidenciado el sentido antropológico de la disciplina enfermera, asentado en su cultura y formas de vida que ha experimentado el hombre a lo largo de la historia de las diferentes civilizaciones, lo cual nos permite hacer una lectura de cuál ha sido el proceso del cuidar para estos diferentes momentos, hasta llegar al momento actual donde se erige como disciplina y adquiere la categoría de ciencia, pudiéndose aplicar su estudio científico, teniendo encuesta todas estas reflexiones.

65 J. SILES, *Antropología*, 14-30.

66 M. GÓMEZ FERRER, *Las relaciones de género*. Marcial Pons, Madrid 1992, 13-28.

67 F. NIGHTINGALE, *Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es*. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona. 1990, 1-14.

68 V. HERDENSON, *The nature of nursing: reflections after 25 years*. National League for Nursing, New York, 1991, 29.

69 B. MALINOWSKI, *Una teoría científica de la cultura*. Sarpe, Madrid 1984, 82-86.

3.2. El sentido antropológico de la vocación personal en enfermería.

No siempre los deberes cumplidos espontáneamente son los más gratos o los más importantes. Muchas veces son las circunstancias las que nos lanzan en la realización de cosas que de otro modo nunca realizaríamos, y que sin embargo, son las que satisfacen un anhelo y hondo deseo de nuestra conciencia. Nos paramos a reflexionar sobre la disciplina enfermera, sobre la vocación que encierra en lo más profundo de su sentido y la reflexión antropológica que enriquece y permite desarrollarse como ciencia de la humanidad.

Tener la oportunidad de aproximar estos conocimientos al carisma de Luz R. Casanova y que este manantial a su vez pueda ser agua fresca que revitalice la praxis y el sentir enfermero en la actualidad cotidiana y personal, hacen posible plantearnos que no hay nada terminado y que todo se puede ir dando de maneras y visiones diferentes, enriqueciendo al hombre en su día a día y en la vocación a la que ha sido llamado, quizá sin plantearse ni lo más mínimo, que es el constructo fundamental sobre el que se asienta la disciplina para poder desde ahí elaborar herramientas que midan y den respuesta a las necesidades cotidianas, donde se apoyan nuestras llamadas a decidir una u otra actitud, valor o conducta profesional y otros muchos temas trascendentales para la excelencia en la profesión del cuidado.

Todo este enriquecer o elenco de relaciones al que hacemos mención, nos ayuda a tener presente que el hombre es efímero e inexorablemente tiene que adaptarse al perfil de estos tiempos para no convertir las leyes humanas en formulas huecas de toda eficacia., como ya decíamos en nuestra introducción.

El proceso de adaptación al que hacemos mención es necesario, sucede espontáneamente, sin que los hombres se lo propongan. No quita este hecho, la importancia de que algunos nos detengamos a examinar el deber teórico y las exigencias del momento, en un intento de mostrar a los demás los resultados de lo analizado con la intención de enriquecer el cuidado enfermero.

3.2.1. Necesidad de la vocación

La buena formación del sanitario puede tropezar con un inconveniente grave, no exclusivo de las ciencias de la salud. Queda claro que para cuidar del otro, en cualquiera de las disciplinas actuales de la salud, se requiere de la vocación.⁷⁰ De esta premisa sucede que al iniciar una de estas disciplinas sin plantearnos en lo más mínimo cual es el deseo y llamada que hace plantearnos uno u otro camino profesional, puede devenir una cadena de tropiezos y fracasos en la elección de uno u otro desempeño futuro de la profesión.

¿Qué es vocación? Es, en su etimología y en su real y vulgar acepción, la voz, voz interior, que nos llama hacia la profesión y ejercicio de una determinada actividad.⁷¹ Todos podríamos coincidir en que esto es la vocación, y a diario empleamos con absoluto acierto y propiedad la palabra. Pero si nos detenemos en meditar sobre su exacto contenido en cada caso, apreciaremos que no todas las veces asignamos el nombre de “vocación” a la misma cosa; al contrario, es el vocablo ilustre, vasija que alberga y dignifica a mercancías de muy diversa dignidad.

La vocación es la inclinación a cualquier estado, carrera o profesión. El término proviene del latín *vocatio* y, para los religiosos, es la inspiración con que Dios llama a algún estado. Por eso el concepto también se utiliza como sinónimo de llamamiento o convocación.⁷²

A nivel general, la vocación aparece relacionada con los anhelos y con aquello que resulta inspirador para cada sujeto. Se supone que la vocación concuerda con los gustos, los intereses y las aptitudes de la persona.

Si observamos las ciencias de la salud y queremos profundizar en lo que profesionalmente tiene por misión suprema el cuidar, no puede quedar al margen la importancia que tiene el decidirse en la vida por esta opción, hacemos directamente alusión a la vocación “llamada” que nos inclina a este camino. Esta importancia y planteamiento de la vocación para dedicarse a la disciplina enfermera queda abalada

70 G. MARAÑÓN, *Vocación y ética y otros ensayos*. Espasa-Calpe, Madrid 1946, 18.

71 MARAÑÓN, *Vocación*, 19.

72 Voz Vocación, en: <http://www.biblia.work/diccionarios/vocacion/>. Consultado 03-07-2015.

por numerosos estudios de los cuales citaremos algunos a continuación, destacando también que socialmente Enfermería es considerada una profesión vocacional, postulándose en muchas afirmaciones que enfermería “es” una profesión de vocación y también que además lo “debe ser”.⁷³ Socialmente se da por sentado que enfermería es también una profesión con vocación de servicio, sin que se pueda argumentar este servicio en la mayoría de los análisis que sobre el tema se ha realizado. Jaime Zabala y Mercedes Ruano,⁷⁴ después de su estudio sobre los motivos por los que los alumnos deciden estudiar esta carrera, obtienen como resultados separando por sexos: que en las mujeres el motivo más frecuente es la vocación a la hora de inclinarse por estos estudios y para los varones está relacionado con el corto periodo formativo. Llegando a la conclusión que la motivación más frecuente en general es la vocación seguida de otras motivaciones como puede ser ayudar a los demás.

Ojeda Pérez y otros,⁷⁵ al analizar la vocación y otros intereses dentro de los profesionales de enfermería concluyen en su análisis que el cincuenta por ciento de los encuestados se sienten con esa inclinación o vocación para ser enfermeros.

Silvia Ortiz y Raquel Sánchez⁷⁶, concluyen en sus investigaciones que los principales motivos para decantarse por esta disciplina dentro de los alumnos encuestados, están: «*curiosidad por el mundo de la sanidad*», «*oportunidad de ayudar a los demás*» y «*el poseer cualidades apropiadas para la profesión*». Todo estas consideraciones es lo que delimita la inclinación vocacional a la que se hace alusión al elegir estudiar enfermería según estas autoras.

El que sea un tema muy estudiado a lo largo de la historia de la humanidad es indiscutible por la multitud de estudios que podemos leer haciendo referencia a este concepto. Para Enfermería, sin que se pueda decir que queda unificado el concepto y

73 L. DOUMONT, *Ensayos sobre el individualismo*. Madrid, Alianza, 1987, 27-28.

74 J. ZABALA BLANCO, M. RUANO GÓMEZ, “Motivos de la elección de la profesión de Enfermería.” *Enfermería Científica*, 93 (1989) 7-10.

75 B.OJEDA PÉREZ, MC. ALONSO ROBAINA, “Enfermería en las Palmas: ¿Vocación y otros intereses?” *Revista Roll de Enfermería*; 142(1990), 59-61.

76 S. ORTIZ MOLINA, R. SÁNCHEZ ESPEJO, “Quiero ser Diplomado/a en Enfermería, ¿Por qué?” *Enfermería Científica*, 237 (2001), 66-67.

a lo que se hace alusión cuando hablamos de vocación, es un término que no podemos separar de la disciplina y que así lo ha expresado la sociedad en todo su recorrido histórico. Aunque los distintos trabajos que se puedan encontrar a este respecto no tengan un criterio homogéneo sobre el término vocación⁷⁷.

El Consejo General de enfermería en Marzo⁷⁸ arroja después de su investigación que el 78,3% de los encuestados eligen dedicarse al trabajo enfermero por una opción de preferencia relacionada con sus deseos y anhelos, de lo que se puede derivar directamente que es por la que mayor impulso o llamada tienen, la que más responde a su vocación. Desde aquí se entiende la vocación de una forma determinada, haciendo directamente alusión a lo que le gusta al individuo, por lo que siente una inclinación deseada sin analizar sus motivaciones o lo que le lleva a esa vocación. Estamos ante una forma más de entender la vocación.

La vocación también es considerada como un proceso que se desarrolla durante toda la vida, ya que se construye de forma permanente. Implica descubrir quién soy, cómo soy y hacia dónde quiero ir. Las respuestas a esos interrogantes marcarán la vocación y el camino a seguir por el individuo. Tomando conciencia que no es un proceso que se agota en el tiempo y que evoluciona y se consolida a lo largo del proceso humano, por ello, la hemos situado siempre desde la perspectiva antropológica, siempre tenemos que estar dispuestos a enriquecer y profundizar en nuestra vocación.

Una vocación que encierra llamada y respuesta del hombre, necesidad del encuentro con el otro, acontecimiento decisivo en la vida humana, las condiciones del encuentro, si queremos encontrarnos con una persona en sentido estricto, no sólo estar cerca de él, sino encontrarme, necesito poner en práctica una serie de valores: generoso, veraz, abierto, fiel, cordial, comunicativo, etc. a estas condiciones del encuentro se llaman valores, entendiendo estos como principios internos de actuación,

77 J. M. MARTÍNEZ NIETO, *Vocación en Enfermería: Entre la etnografía y la cuantificación. Una visión a través de estudiantes de enfermería*. Universidad de Cádiz, Cádiz 2004, 24.

78 CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA. *Libro Blanco, la aportación de la Enfermería a la salud de los españoles, Situación actual y prospectiva de futuro de su desarrollo profesional*. Meta 2005 macro-estudio de base. Madrid, 1998.

los valores como capacidades para el encuentro. Crisis de valores puede entenderse desde esta idea como crisis de encuentro, crisis de una vida humana lograda⁷⁹.

El centrar este estudio de investigación en los valores, actitudes y competencias morales fundamentales en la relación de cuidado, desde la disciplina enfermera, es adentrarnos en lo fundamental que ese encuentro con el otro demanda de mí, de mi vocación, de esa relación humana que establezco en mí quehacer cotidiano como enfermero.

Destaca la importancia de las múltiples influencias que pueden enriquecer la vocación de la enfermería, derivada de múltiples factores externos, entre otros los carismas religiosos, o el que es motivo de nuestro análisis, el carisma de Luz R. Casanova, que supo a la luz del evangelio dar una respuesta a su momento histórico, conforme al evangelio y «*al más ardiente amor al salvador*». Un carisma que como podremos destacar más adelante, encierra las actitudes y valores fundamentales que todo cuidador y en cualquier relación de cuidado del prójimo sufriente, tiene o debe tener presentes para que las necesidades que se aborden en el proceso sean cubiertas y solucionadas de la mejor y más terapéutica manera, desde una relación profesional y humana.

3.2.2. La vocación, personalidad de la vocación enfermera.

El proceso de descubrir nuestra propia vocación, es muy complejo y no es igual para todas las personas. Hay quienes creen haber sabido desde siempre que sienten una fuerte unión con una determinada disciplina, y éstos contrastan con las personas que llegan a la mitad de sus vidas y se preguntan qué han hecho y por qué. Y su frustración puede dejarles vacíos de sentido y sin anhelos de conocer donde radica su vocación o el sentido que quieren darle a sus vidas.

Nuestro trabajo no pretende ir encaminado a dar respuesta para aquellos que se pierden en el caminar de la vida, más bien intentamos que ese caminar sea lo más luminoso y pleno para los que se quieran plantear que la vocación es una manera fácil de disfrutar del esplendor de lo que realizamos cotidianamente, que posibilita un encuentro humano pleno con el otro. Destacamos que las ramas de la salud y otros muchos campos necesitan de estas reflexiones más habitualmente de lo que lo hacen,

79 A. LÓPEZ QUINTÁS, *El libro de los grandes valores*. B.A.C. Madrid 2013, 1-3.

pues les permitirá no caer en las tinieblas y la oscuridad que pueda darse a lo largo del proceso asistencial.

Queremos situarnos ante la vocación como la suma de cualidades que caracteriza a cada persona y la lleva a orientarse hacia un determinado oficio o profesión; en enfermería, los profesionales que acceden a estos estudios por vocación sienten la necesidad de ayudar a los demás, sobre todo en los momentos más difíciles de la vida, cuando la persona se enferma, se siente desvalida y vulnerable. La vocación en enfermería refleja la personalidad de la profesión en cada uno de quienes la ejercen; viene inmersa en los valores y principios de cada uno; es un reflejo del cuidado que demuestra el profesional de enfermería.

Para los enfermos, el contar con una mano solidaria, empática y con agradable relación humana, de respeto y cuidado personalizado, es vital, y responsabilidad de la enfermería, profesión que se debe ejercer con espíritu de servicio, buscando la excelencia en el cuidado y favoreciendo así la calidad en la atención. Se debe estar convencido, primero, de la nobleza de ejercer el “cuidado” como el objeto de estudio, enfrentando siempre nuevos retos. La vocación no debe admitir nunca la rutina en la tarea diaria, ni que haya días iguales en el quehacer asistencial, docente o de investigación; cada día debe ser único a través del reflejo de los valores profesionales e institucionales, así como éticos.⁸⁰

Conocer, saber, llegar a la verdad, todo ello se relaciona con el ser humano, con su potencia intelectual, con su voluntad de encontrar la realidad. El querer saber es parte de nosotros, el ser humano desde niño pregunta y muere preguntando ¿por qué?, pero, ¿ello es suficiente para ejercer las ciencias de la salud como vocación?, ¿qué es mejor, conocer la realidad de las ciencias biológicas o psicológicas, o ejercer la voluntad de ayudar? ¿Conocer o amar?

La vocación de enfermería se relaciona con ambas, pero en una dimensión más profunda con la segunda, se debe conocer, saber, pero, ¿para qué?, para servir, para amar. Saber por conocer, puede ser bueno, saber para servir, puede ser mejor.⁸¹ Las ciencias de la salud te permiten poner al servicio de la humanidad tus conocimientos,

80 G. M. NAVA GALÁN, “Profesionalización, vocación y ética de enfermería.” *Enfermería Neurológica*, México. 11 (2012) 37.

81 M. L. CASAS, Conocer y Amar: “Vocación Médica.” *Vital, Bioética* 79 (2007) 50.

posibilitando que eso que en ti se consolida como sabiduría, sea para el otro oportunidad de encuentro, sanación, terapia, ayuda, etc. quedarnos con el saber y no transmitirlo, sería impedir que de fruto nuestra vida. Lo que no transmitimos y sacamos a la luz, muere con nosotros. El enfermero que no pone al servicio del cuidado sus conocimientos no puede establecer una relación sanadora o terapéutica con el enfermo.

El sanitario ante el paciente no es sólo un científico en busca de una realidad, porque su realidad se enmarca ya no solamente en las cosas, sino en la relación personal. Tan científico es un físico cuántico, como un mecánico, como un veterinario, en todos esos ejercicios se requiere del conocimiento, más su aplicación cambia de objeto, y por ello el enfermero sale de ese entorno para situarse en uno muy especial, porque tiene como objeto un sujeto⁸².

De esta reflexión parte la importancia de considerar en el campo de la salud el estudio de la Antropología Filosófica, porque del concepto de persona parte la actuación del cuidador ante el sujeto.

No solo las Ciencias de la Salud estudian al hombre, el Derecho, la Sociología, entre otras, lo abordan, pero desde otro punto de vista, cada disciplina es distinta, específica en sus campos, pero con el mismo sustento, el sustrato que es el hombre mismo⁸³.

El enfermero se relaciona con el hombre en el ámbito de la salud⁸⁴, una salud que pretende ser acorde a la naturaleza humana, por lo que ante un sujeto, el enfermero no solo puede ver un cuerpo, una biología, y cómo funciona esta, como haría buen mecánico, el enfermero ve al hombre, en su forma de persona, en su profunda unidad bio-psico-social y trascendente, en su especial y única especie, está ante un ser autoreflexivo y autónomo, un ser con un sentido en su vida, capaz de crear la ciencia, el arte, la moral y la religión. Un ser especial, que merece respeto en virtud de ser persona.

82 J. M. CABRERA VALVERDE, “La persona humana: fundamento de la bioética.” *Revista Medicina y Ética*, 1(1995), 98.

83 CABRERA, “*La persona*”, 98.

84 J. GARCÍA FÉREZ, F. J. ALARCOS MARTÍNEZ (eds.), *10 palabras clave en Humanizar la salud*, Verbo Divino, Estella, 2003, 65-110.

La vocación de enfermería y en general las de las ciencias humanas, incluidas todas las ramas de las ciencias de la salud, son vocación de servicio, vocación de amor.

Quizás desde la perspectiva de las ciencias experimentales, el amor, nos parezca ajeno y no aplicable a este contexto, lo relacionemos con la subjetividad emotiva, un poco “curioso”; ¿qué es el amor desde la perspectiva experimental? ¿Dónde está físicamente, cuánto pesa, cuánto mide, qué forma tiene? La verdad experimental no abarca el estudio del amor (si acaso del enamoramiento), pero la verdad como realidad se impone y como científicos no dejamos de ser humanos, por tanto, no estamos ajenos a las necesidades existenciales propias de nuestra esencia, y el amor, como señalan Erik Fromm⁸⁵, Víctor Frankl⁸⁶ y muchos más psicólogos existenciales, no solo es una realidad, sino una necesidad básica de realización para cada ser humano.

En la estricta formación del científico experimental a veces sucede que nos volvemos demasiado cuadrados, por la gran cantidad de conceptos que manejamos, se tiende a sintetizarlos, a sistematizarlos, a simplificarlos, de tal forma que los descorelacionamos, en un intento de apartarlos de todo concepto humano que no pueda ser medido, cuantificado, para después manejarlos en forma tan independiente, que aparecen fuera de contexto. Esto es lo que ha pasado con el concepto actual de la ciencia, porque muchos científicos desvinculan la ciencia de su por qué y en el caso de las ciencias de la salud, su por qué es el hombre.

Como seres humanos, necesitamos el amor en nuestra vida cotidiana, necesitamos la vivencia de trascendencia.⁸⁷ Para dar respuesta al hombre contemporáneo necesitamos tener presente que desde el primer contacto que el paciente tiene con el sanitario, se inicia una relación terapéutica y su resultado final estará directamente relacionado si se establece dentro de unos límites óptimos para los que participan de dicha relación. Profundizar en las habilidades y actitudes necesarias para que

85 E. FROMM, ¿Tener o ser? Fondo de Cultura Económica. México. 1980, 11.

86 E. FRANKL VÍCTOR, *El hombre en busca de sentidos* Herder, Barcelona, 1991, 63.

87 P. LAÍN ENTRALGO, *El médico y el enfermo*. Ediciones Guadarrama, S.A. Madrid 1969, 90.

esta relación de ayuda de respuesta acertada al paciente, es fundamental para las disciplinas del cuidar⁸⁸.

El famoso médico, alquimista, filósofo y teólogo suizo Paracelso (1493-1541) afirmaba: «*El más hondo fundamento de la Medicina es el amor. Si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la Medicina; y si es menguado, menguados también serán nuestros frutos: pues el amor es el que nos hace aprender el arte, y fuera de él no nacerá ningún médico*».

Por todo esto, la vocación ideal de cualquier sanitario, no es sólo parecida al amor, sino muy parecida al amor religioso. Y es aquí por qué, no en vano, la vocación más pura, la que en castellano y en todos los idiomas latinos representa, casi por antonomasia, a la vocación, es la vida religiosa⁸⁹. Cuando decimos de un hombre o una mujer que tiene “vocación”, sin añadir para qué, todos podemos pensar que aspira a dedicar su vida al trabajo consagrado en cualquier de las múltiples opciones de vida religiosa que tenemos en nuestra sociedad contemporánea. Si añadimos enfermería, medicina, a vocación ya sí que nos queda claro que estamos hablando de un camino diferente al religioso, pero, no que aparta el termino vocación, como ya veíamos anteriormente de su significado original, “llamada a...” lo cual nos sigue dando pistas, de que la vocación es algo compartido por múltiples disciplinas y dedicaciones en las que el objeto último, es el ser humano en todas sus posibilidades y necesidades.

88 R. VIDAL BLAN, J. ADAMUZ TOMÁS, P. FELIU BAUTE, “Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera”. *Enfermería Global*, 17 (2009), 29.

89 MARAÑÓN, *Vocación*, 20-21.

4. LA BIOÉTICA DENTRO DE LA VOCACIÓN DE ENFERMERÍA

4. LA BIOÉTICA DENTRO DE LA VOCACIÓN DE ENFERMERÍA.

Regresando al amor, en un intento de contextualizarlo dentro del ámbito que nos preocupa y del que no se puede desvincular, podemos decir, que amar es servir, procurar el bien integral del otro, ejercer en él la beneficencia. Esta beneficencia entendida dentro de la bioética, que es la rama de la ética que se dedica a proveer los principios para la correcta conducta humana respecto a la vida⁹⁰, tanto de la vida humana, como de la vida no humana (animal y vegetal), así como al ambiente en el que pueden darse condiciones aceptables para la vida.

La bioética es una disciplina relativamente nueva, y el origen del término, corresponde al pastor protestante, teólogo, filósofo y educador alemán Fritz Jahr, quien en 1927 usó el término *Bio-Ethik* en un artículo sobre la relación ética del ser humano con las plantas y los animales.

Para entender mejor este concepto nos detendremos en aclarar que se entiende por ética y su complementario, por moral. Sin entrar en su origen etimológico que ya hemos abordado en capítulos anteriores, sólo, aclararemos la distinción entre ambos términos, que en muchos casos se usa de manera casi igualitaria sin que por ello signifique que aluden a igual significado. «*La moral se limita a decir cómo se comportan los hombre en determinadas circunstancias y describe cada uno de los actos utilizando las expresiones justo/injusto, bueno/malo. La ética, sin embargo no se ocupa de lo concreto, de lo bueno o de lo malo, sino de la justicia, del bien y del mal*».⁹¹

Entendemos ética como una disciplina filosófica-normativa y teórico-práctica centrada en las características individuales y sociales del individuo, a conformidad de la moralidad de los actos humanos, (costumbres, normas, deberes, ect.) guiada y acotada esta siempre por la razón, origen de toda ética; en otras palabras podemos decir que es la parte de la filosofía que centra su reflexión en la moralidad de las acciones y conductas humanas. La moral la entenderíamos entonces como los valores y normas presentes en un grupo social y que vinculan a todos sus miembros, aceptando

90 J. BATIZ, *Problemas éticos al final de la vida*, DDB, Bilbao 2006, 41-45.

91 J. GARCÍA FÉREZ, *¿Cómo debemos tratar y cuidar a una persona con enfermedad de Alzheimer? Perspectiva Bioética*. AFAL, Madrid 2001, 44-46.

los conceptos de obligación y prohibición y que se van configurando a lo largo de la historia, acompañando la evolución de las sociedades y sus diferentes necesidades y realidades. Nunca podemos pensar en una ética o una moral única.

Más adelante, en 1970, el Bioquímico norteamericano dedicado a la oncología Van Rensselaer Potter utilizó el término *bio-ethics* en un artículo sobre “la ciencia de la supervivencia”⁹² y posteriormente en 1971 en su libro *Bioética: “un puente hacia el futuro”*⁹³.

En 1978 el *informe Belmont*⁹⁴ dará lugar a una serie de principios éticos, estos son: Principio de **beneficencia**, Principio de **No-maleficencia**, principio de **Autonomía**, principio de **Justicia**. En 1979, los bioeticistas T. L. Beauchamp (filósofo) y J. F. Childress (teólogo)⁹⁵, reformulan y articulan estos principios como básicos para la bioética de la época contemporánea. En un primer momento definieron que estos principios son *prima facie*, esto es, que vinculan siempre que no colisionen entre ellos, en cuyo caso habrá que dar prioridad a uno u otro, dependiendo del caso. Sin embargo, en 2003 Beauchamp considera que los principios deben ser especificados para aplicarlos a los análisis de los casos concretos, o sea, deben ser discutidos y determinados por el caso concreto a nivel casuístico⁹⁶. Estamos ante la unificación de unos principios éticos a nivel global, que permiten un lenguaje común y que

92 A. R. JONSEN, *The Birth of Bioethics*. USA: Oxford University Press 2003, 23.

93 R. VAN POTTER, *Bioethics: Bridge to the Future*. New Jersey: Prentice Hall. 1971, 76.

94 Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento, “Informe Belmont de 30 de septiembre de 1978. Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación”, en M. CASADO (con la colaboración de S. Darío Bergel, M. Dobernig, G. Figueroa Yáñez y A. Sánchez Urrutia): *Las leyes de la bioética*. Gedisa, Barcelona 2004, 85-111. Este informe es considerado como la carta fundacional de la Bioética actual.

95 T. L. BEAUCHAMP Y J. F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, Fourth Edition, Oxford University Press, Nueva York/Oxford 1994 (trad. cast. Principios de ética biomédica. Masson, Barcelona 1999).

96 BEAUCHAMP, *Principios*, 1999.

representan a la mayor parte de la humanidad en un mundo formado por miles de culturas, religiones e idiomas diferentes⁹⁷.

Los cuatro principios que dan lugar a ese léxico común con sus respectivos significados son:⁹⁸

1. No maleficencia: no se puede hacer mal a otro, no hacer daño al paciente y evitar todo mal posible.
2. Beneficencia: se ha de procurar el mayor bien del otro, hacer el bien al paciente y promover su bien.
3. Autonomía: se ha de respetar la libertad de las personas, respetar la libertad y capacidad de decisión del paciente como agente moral.
4. Justicia: se ha de tratar a todos por igual, igual consideración y respeto para todos los pacientes y garantizar el bien común.

4.1. Principio de No-maleficencia

Que obliga a no dañar a los demás (primun non nocere) y a realizar correctamente nuestro trabajo profesional. Se traduce en protocolos que recojan las exigencias de una buena práctica clínica. El tratamiento médico debe proporcionar más beneficio que riesgo o peligro para el paciente.

El sanitario debe establecer su actuación dentro de los márgenes que aseguren una correcta actuación de enfermería, para lo que se servirá de todas las herramientas necesarias de las que se dispone dentro de esta disciplina, estableciendo una correcta actuación, control y evaluación de su actividad. El daño que se derive de nuestra actuación siempre se debe dar de manera fortuita sin que nuestra intención sea proporcionarlo, pues muy al contrario siempre se tienen que dar las condiciones de seguridad para poder evitar cualquier mal al paciente.

4.2. Principio de Beneficencia:

Que obliga a hacer el bien, según los criterios de bien del posible beneficiado. El médico debe ayudar al paciente a sobrellevar y reducir el impacto de la enfermedad.

97 J. GARCÍA FÉREZ, *¿Cómo debemos tratar y cuidar a una persona con enfermedad de Alzheimer? Perspectiva Bioética*, 51. AFAL, Madrid 2001.

98 L. FEITO, “*La ética del cuidado como modelo de la ética enfermera*” *Metas de Enfermería*, 8 (2005), 14-18.

El enfermero debe ayudar al otro a conseguir lo que le aporte beneficio para él, reduciendo los riesgos que puedan causar daños físicos o psicológicos.

4.3. Principio de Autonomía

Que es la capacidad que tienen las personas de realizar actos con conocimiento de causa, información suficiente y en ausencia de coacciones internas o externas. Un paciente competente tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento médico o de delegar su decisión a alguien que actúe en su nombre cuando él no lo pueda hacer.

Este principio ético propugna la libertad que cada sanitario tiene para realizar sus acciones conforme a su elección. Como enfermeros debemos respetar a la personas como individuos autónomos, reconociendo sus decisiones, que establecerán según sus valores y convicciones personales. El problema que se puede presentar para la enfermería en este nivel viene dado cuando el paciente tiene limitada esta autonomía por causas externas (ambiente hospitalario, disponibilidad de recursos existentes, etc.) o internas (mentales, de conciencia, edad o condición de salud, etc.).

4.4. Principio de Justicia

Que obliga a proporcionar a todos los enfermos las mismas oportunidades en el orden de lo social, sin discriminación, segregación o marginación y a la correcta administración de los recursos sanitarios en su mayoría públicos.

El enfermero debe ser equitativo y justo a la hora de establecer los cuidados de acuerdo a las necesidades que se presenten. Las personas que presenten iguales necesidades de salud, recibirán igual cantidad y calidad de servicios y recursos. Este principio está íntimamente relacionado con la veracidad y fidelidad.

Es fundamental definir y tener claro los principios de bioética, en esta investigación, para no apartarnos de los que está establecido como éticamente correcto para el desempeño de esta disciplina, no sólo no queremos alejarnos, si no que nos aproximaremos siempre e intentaremos ser fieles a sus contenidos en todo el desempeño de la práctica asistencial y si queremos dar respuesta a la vocación que nos impulsa al desarrollo de ese cuidar del otro, estarán presentes en todas nuestras acciones de manera intrínseca a cualquier acción a la que seamos llamados.

Algunos científicos se acercan a la medicina en un afán de conocer, de apropiarse de una realidad externa y llevarla a su interior. La obtención del conocimiento cambia al sujeto, porque el objeto aprehendido, enriquece su acervo, modifica su realidad

interna, nos acercamos con los sentidos y la inteligencia, quedamos afectados, no podemos aislar el conocimiento aprendido de lo que experimentamos en ese proceso. Los sentidos nos posibilitan esa riqueza que amplía la ciencia y el saber humano, abre posibilidades y no agota la sabiduría en su esencia del concepto. Quien conoce más tiene más, porque ha acrecentado su acervo de objetos de conocimiento.⁹⁹ Ha quedado impregnado de los bienes morales, culturales o materiales del nuevo conocimiento, por ello no podemos apartar al hombre de la antropología y a la vocación que le lleva a seguir en el camino del aprendizaje, del sentido antropológico de la vocación personal, centrándonos en nuestro estudio en los valores, actitudes, competencias morales, conductas profesionales y sensibilidad moral en la vocación en enfermería.

Conocer es desmenuzar, conocer es una forma de adueñarse, de manipular, de poseer al objeto, y muchas veces de tener un poder sobre lo que conocemos.

El proceso de aprehensión, de apropiación de una realidad externa a la realidad interna del sujeto, al ser manejada por la subjetividad se deforma, por supuesto que cuanto más realistas seamos, menos nos alejaremos de la realidad, pero nunca lo podremos hacer en forma tan perfecta que la lleguemos a conocer en todas sus dimensiones siendo ello mucho más aplicable en cuanto a que este conocimiento se refiere al hombre, un ser que por naturaleza “se hace” a sí mismo en el mundo.¹⁰⁰

Conocer en cierta forma es poseer, por eso se tiene que tener un por qué y para qué del conocimiento, sobre todo en las ciencias de aplicación al hombre. La Bioética nos refleja esta problemática, no basta conocer para tener derecho de aplicar, de utilizar, teniendo en cuenta lo que mencionábamos anteriormente y atendiendo a los principios básicos de esta disciplina, nos ayuda o no perder del horizonte, que es el ser humano, el objeto de este estudio y de esta investigación.

Si la ciencia considera al hombre al servicio de la ciencia, estaría en un problema de la tecnología contemporánea, porque se ha olvidado que aunque el conocimiento es

99 J. HESSEN, *Teoría del conocimiento*. Editores Unidos. Madrid, 1996, 13-17.

100 R. GUTIÉRREZ SÁENZ, *Historia de las doctrinas filosóficas*. Heidegger. Ed. Esfinge. México. 1991, 202.

un bien en sí, no basta para ser aplicado en el humano, deberíamos aplicar solamente aquel conocimiento que promueva la humanización de la especie humana¹⁰¹.

La aplicación de las ciencias biológicas al hombre no puede ser semejante al de otras especies animadas, en virtud de que el valor de la vida humana es específico y especial, porque está relacionado sustantivamente con el valor del sujeto-persona, en cuanto a que el valor del hombre vivo se funda precisamente en que está vivo, en que disfruta de esa disposición que es la vida; de igual forma la fundamentación del valor del cuerpo humano consiste en que el cuerpo humano no participa sino que posee el mismo valor de la persona, que solo se pierde por la muerte, pues en el caso de la persona el cuerpo es consustancial a la esencia humana, la expresión pues se relaciona con que la dignidad del cuerpo humano es del viviente en cuanto a que está dotado de un cuerpo vivo de la especie humana¹⁰².

Llegado a este momento de la investigación podemos establecer que el termino vocación está sustancialmente relacionado con unas actitudes y valores fundamentales propios y necesarios para la profesión de Enfermería¹⁰³, quedando reflejado por los analizado hasta el momento.

En palabras de Domínguez-Alarcón¹⁰⁴ que establece una consustancialidad de la enfermería y la vocación, relacionándola con aspectos: «*servicio a los demás*», «*la entrega a los demás*», «*el compartir el sufrimiento ajeno*», «*el cuidado cariñoso, bondadoso, dulce*». Gregorio Marañón¹⁰⁵ como ya hemos citado anteriormente, plantea la verdadera vocación como «*altas vocaciones humanas*», «*de categoría superior*», «*vocaciones de amor*».

101 I. CARRASCO DE PAULA, “Dignidad y vida humana: dos conceptos fundamentales de la ética médica.” *Revista Medicina y Ética*. España 11 (1996), 67.

102 M.D. VILA-CORO. *La vida humana en la encrucijada. Pensar la Bioética* Ediciones Encuentro, Madrid, 2010, 9-39.

103 C. DOMINGUEZ ALCÓN, “Para una sociología de la profesión de enfermería en España” *revista española de investigación sociológica*, 8, (1979), 103-132.

104 DOMÍNGUEZ, *Para una Sociología* 103-132.

105 MARAÑÓN, *Vocación*, 23-24.

A pesar de la importancia de estas connotaciones atribuidas al término vocación, en muchos entornos se aplica este término desprovisto de esta dimensión, autoras como Rizzo,¹⁰⁶ aboga por la defensa de « *separar la enfermería como disciplina científica base de una profesión autónoma, de la enfermería como vocación*» o López¹⁰⁷, que propone « *es importante que apostemos por desarrollar y profundizar en los conceptos fundamentales de la disciplina y profesión, que no acabamos de asumir; y ser muy cautelosos al tratar el aspecto de <vocación> y <llamada>, que sugieren ideas ya superadas del pasado, y connotaciones espiritualistas y de atracción vital, que no son definitorias de la profesión ni universales en el colectivo enfermero*». Otros autores siguen poniendo la vocación en el centro y en el fundamento de la disciplina e incluso definitorio de la Enfermería, relacionándolos íntimamente con los aspectos religiosos, trascendentales e incluso con la santidad, ejemplo de ello es el artículo de Espino Villafuente¹⁰⁸.

Parece que no es fácil conciliar ambas posturas acerca del término vocación cuando nos referimos al cuidado enfermero, en este trabajo de investigación nos acercamos al término vocación desde los valores, actitudes, competencias, conductas profesionales y sensibilidad moral que se encierran en su esencia, cuando nos referimos a la Enfermería, desacralizando el término de la vocación, pero sin olvidar que en nuestra disciplina trabajamos con personas que intentamos ayudar y acompañar incluso en los peores momentos de sus vidas, con un marcado contenido humanista y social, y esto nos lleva a contemplar la inseparable dimensión trascendental de las personas.¹⁰⁹

Poder analizar los valores, actitudes y competencias profesionales fundamentales en la relación de cuidado establecidos por la Asociación Americana de Cuidados de

106 R.M. RIZZO PARSE, *Hombre-vida-salud. Una teoría de enfermería*. En Riehl Susca J. Modelos Conceptuales de Enfermería. Barcelona: Doyma, 1992, 31-32.

107 J. LÓPEZ RUIZ, “Reflexiones en torno a la idea de vocación como atributo de la enfermería.” *Enfermería clínica*, Madrid, 10 (2000), 7-10.

108 M.E. ESPINO VILLAFUENTE, “Enfermera, Mujer y Santa.” *Desarrollo Científico enfermero*, 8(2000), 249-251.

109 MARTÍNEZ, *Vocación*, 28.

Enfermería¹¹⁰ no elimina la disyuntiva a la que hacíamos referencia con el termino vocación, pero si elimina de nuestra investigación la necesidad de unificar lo referente a este criterio, pues no es el objetivo de este estudio.

El rigor científico se conserva sin la necesidad de conocer lo que los entrevistados entiende por vocación ya que no altera el resultado ni el objetivo pretendido, pues queremos establecer un dialogo y enriquecimiento dentro de la disciplina de la Enfermería a esos valores y actitudes fundamentales que se tienen que dar en la relación de cuidado y que están presentes según los datos obtenidos en los dos grupos analizados. No queremos con este trabajo imponer connotaciones espirituales a la base científica que da cuerpo a nuestra investigación. Muy al contrario lo que se pretende es establecer el posible y fructífero dialogo entre ciencia y fe que da cuerpo a las propias ciencias teológicas y que es riqueza posibilitadora para la ciencia y la disciplina enfermera en este caso particular. No quedarnos en el saber teórico y que los datos de nuestro estudio den cuerpo a ese dialogo a la luz de los resultados obtenidos es lo que pretendemos en esta investigación.

110 MIRTHA, *Valores*, 87.

5. VALORES FUNDAMENTALES DE LA ÉTICA DEL CUIDADO

5. VALORES FUNDAMENTALES DE LA ÉTICA DEL CUIDADO

Vivimos en la era de la ciencia, adquiriendo esta un poder que con demasiada frecuencia ocasiona abuso, discriminación y corrupción, por estar relacionada en la práctica con el ámbito político y económico, cuando la ciencia se relaciona al poder, deshumaniza a quien la posee, porque el hombre se vuelve medio de utilización de ese poder.¹¹¹ Podemos recordar las palabras de grandes autores que hacen alusión a este problema al que nos enfrentamos:

*«En otro tiempo, los hombres de mérito utilizaban sus propias luces para iluminar a los demás hombres; en la actualidad, se usa la oscuridad para iluminar a los otros».*¹¹²

*«La bestialidad es una modalidad del vicio que excede toda medida. Porque cuando vemos que un hombre es radicalmente malo, decimos que no es un hombre sino un animal (...) Sin embargo, no es en los animales donde nosotros vemos esto, sino en el hombre, ya que nosotros usamos esta palabra para expresar un exceso en el vicio humano».*¹¹³

*«El hombre es la más cruel de todas las fieras cuando a las pasiones se une el poder».*¹¹⁴

Abordaremos en este punto de nuestra investigación los conceptos de persona y dignidad, en un intento de no pasar los límites que dejan despojado de todo lo humano a la ciencia y atentan contra la dignidad humana. Los conceptos de “dignidad” y de “persona”, son referentes definidores de lo humano, y los pilares de una fundamentación ética de la realidad vital que nos compete: el ser humano como ser personal en su dimensión corporal, existencial y espiritual. Estos conceptos nos permitirán entender, la relación asistencial desde una visión lo más justa, universal y humanizadora posible.

111 O. D. BAUTISTA, *Ética Pública Frente a Corrupción. Instrumentos éticos de aplicación práctica*. IAPEM, México 2015, 11-13.

112 CONFUCIO. *Los cuatro libros*, Citado O.D. BAUTISTA, *Ética pública frente a corrupción. Instrumentos éticos de aplicación práctica*. Iapem, México, 2015, 5.

113 ARISTÓTELES. *Gran Ética*, en: BAUTISTA, *Ética*, 5.

114 PLUTARCO. *Las vidas paralelas*, en: BAUTISTA, *Ética*, 6.

5.1. La dignidad

El término “dignidad” etimológicamente viene del latín *dignitas* y significa, según el diccionario de la Real Academia, lo adecuado, lo conveniente a una determinada realidad o actitud. En una primera instancia lo más que podría afirmarse de la dignidad es que constituye una sublime modalidad de lo bueno¹¹⁵. Pero, ¿qué es lo que hace que a un determinado tipo de bondad le corresponda el apelativo de dignidad? Tomás Melendo describe que en el fundamento íntimo de la dignidad hay dos elementos emparentados: la superioridad o elevación en la bondad, y la interioridad o profundidad de semejante realeza¹¹⁶.

La noción de dignidad puede ser tomada, según Roberto Andorno¹¹⁷, en dos sentidos distintos:

1) *Dignidad ontológica*: cualidad inseparablemente unida al ser mismo del hombre, siendo por tanto la misma para todos. Es el valor que se descubre en el hombre por el hecho de ser y existir. En este sentido, todo hombre, aun el peor de los criminales, es un ser digno y no puede ser sometido a tratamientos degradantes, como la tortura. La Declaración Universal de Derechos Humanos desarrolla dos artículos delimitando la prohibición de estos tratos degradantes:

- Art 4: Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre; la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas en todas sus formas.
- Art 5: Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

2) *Dignidad ética*: hace referencia no al ser de la persona, sino al obrar. En este sentido, el hombre se hace él mismo mayormente digno cuando su conducta está de acuerdo con lo que él es, o mejor, con lo que debe ser. Esta dignidad es el fruto de una vida conforme al bien, y no es poseída por todos de la misma manera. Se trata de

115 F. TORRALBA, *La dignidad humana*, Herder, Barcelona, 2010, 7-77.

116 T. MELENDO – L.T. MILLÁN-PUELLES, *Dignidad: ¿una palabra vacía?* Eunsa, Pamplona, 1996, 181-185.

117 R. ANDORNO, *Bioética y dignidad de la persona*, Tecnos, Madrid, 1998, 67-77.

una dignidad dinámica, ya que es construida por cada uno a través del ejercicio de su libertad.

Desde la antigüedad, el ser humano se interroga sobre el origen de su dignidad. Los griegos lo explicaron por la presencia de un elemento divino en el hombre. Este elemento se encuentra en la realidad más trascendente de su ser, que es el alma racional.

Con el cristianismo, se difunde la convicción de que el hombre es el único ser sobre la tierra que ha sido hecho a imagen y semejanza de Dios: cada alma humana es una obra maestra de Dios y su fin último consiste en orientarse hacia su Creador para gozar de una vida bienaventurada en la eternidad divina.

Tomás Melendo, tratando de fundamentar la dignidad de la persona, hace un análisis histórico para llegar a la superioridad de la persona: *«Si bien la dignidad de la persona humana podría demostrarse filosóficamente por muy variados medios¹¹⁸ —como la capacidad del hombre de captar la verdad en cuanto tal, de aprehender y querer lo bueno en sí y de apreciar y construir la belleza—, una significativa mayoría de los tratadistas la han ligado de manera indisoluble a la libertad. El hombre es digno porque es libre: en esto parece concordar la casi generalidad de los especuladores que se han ocupado expresamente del tema».*

Para Kant: *“La humanidad misma es una dignidad, porque el hombre no puede ser tratado por ningún hombre (ni por otro, ni siquiera por sí mismo) como un simple instrumento, sino siempre, a la vez, como un fin; y en ello precisamente estriba su dignidad (la personalidad¹¹⁹)”.* Remite la dignidad personal a la autonomía de la voluntad y a la libertad.

Pico della Mirandola: en el discurso sobre la dignidad humana¹²⁰, pone en boca del Creador las siguientes palabras: *«no te he hecho ni divino ni terrestre, ni mortal*

118 T. MELENDO, “Dignidad humana y libertad en Bioética”, *Cuadernos de Bioética*, 2 (1994), 79.

119 T. MELENDO, *Las claves de la eficacia empresarial, un reto a los empresarios españoles*, Rialp SA. Madrid 1990, 42.

120 P. DELLA MIRANDOLA, P. (1486), *Discurso sobre la Dignidad del hombre*, Traducción, introducción, edición y notas de QUETGLAS P.J. Textos Universales, PPU S.A. Barcelona, 2002, 5.

ni inmortal, para que puedas con mayor libertad de elección y con más honor, siendo en cierto modo tu propio modelador y creador, modelarte a ti mismo según las formas que puedas preferir».

Tomás de Aquino¹²¹ hace radicar la superioridad del hombre sobre las realidades meramente materiales en el hecho de haber sido creado a imagen y semejanza de Dios; y ese mayor grado de similitud se debe a que el hombre posee una voluntad libre, por la que puede dirigirse a sí mismo hacia la propia perfección: “*El hombre es imagen de Dios en cuanto es principio de su obrar por estar dotado de libre albedrío y dominio de sus actos.*” En consecuencia, “*he aquí el supremo grado de dignidad en los hombres: que por sí mismos, y no por otros, se dirijan hacia el bien*”, hacia su fin.

Los tres autores referidos coinciden, igual que muchos otros filósofos, en relacionar dignidad humana y libertad. La fundamentación de la bioética se mantendrá en un estado de ambigüedad constitutiva mientras el punto último de apelación de la realeza humana sea simplemente la libertad; y sólo alcanzará su estatuto definitivo cuando esa libertad se manifieste como expresión, sin duda privilegiada, de la excelsitud del ser personal al que revela. Mientras la dignidad humana no aparezca radicada en la superioridad del ser personal del hombre, todo lo que se cimente sobre ella correrá el peligro inminente de desfondamiento. La tarea es, pues, la de adentrarnos, desde la consideración de la libertad del sujeto humano, hasta la aprehensión de la superior excelsitud de su ser personal.

Al referirnos a la libertad podemos movernos en tres niveles distintos:

a) Por una parte, apelar a un conjunto de operaciones, a lo que se llama el obrar libre: decisión, elección, acciones que encuentran en mí la única razón de su ser en el ámbito que les es propio.

b) En segundo término, aludir a la facultad o facultades gracias a las cuales el hombre puede actuar libremente: esas facultades son en esencia dos, el entendimiento y la voluntad; como muestra la filosofía, residen propiamente en el alma espiritual, aunque se encuentren condicionadas por elementos neurofisiológicos, de modo que,

121 A. GARCÍA CUADRADO, *El fundamento de la imagen de Dios en el Hombre*, Interpretación de BÁÑEZ D. a la Doctrina Tomista, Universidad de Navarra 2008. https://www.researchgate.net/profile/Jose_Garcia_Cuadrado/publicatio, Consultado 17 junio 2017.

aun existiendo semejantes potencias, su uso pudiera quedar impedido por alguna lesión cerebral, pongamos por caso.

c) Por último, al hablar de libertad podemos estar refiriéndonos al fundamento intrínseco último de las operaciones y de las mismas facultades: al sujeto libre o, más todavía, al acto intimísimo radical por el que ese sujeto es libre. Es ahí donde, reside la nobleza del hombre. Siempre que, por los medios que fuere, se pueda confirmar la existencia de un acto de ser espiritual o libre, por más que algunas de sus manifestaciones resulten veladas, estamos en presencia de una realidad personal, digna, merecedora de todo el respeto que corresponde a lo absoluto.

Si el hombre merece un respeto incondicional, el fundamento de ese respeto debería ser algo absoluto. Y este absoluto para fundar la dignidad humana no lo encontramos en el hombre mismo, que es un ser limitado, contingente y mortal. Para llegar al fundamento último de la dignidad humana, Melendo nos da la siguiente fundamentación¹²², que compartimos y consideramos la clave de la defensa de la dignidad de todo ser humano. El hombre es, no sólo desde el punto de vista biológico, una unidad, un organismo: una realidad en la que cada uno de los elementos se encuentra relacionado con todos y cada uno de los restantes. No cabe, por tanto, una consideración analítica de la persona, que aislara alguno de sus componentes, para hacer residir en él la excelencia del sujeto humano.

La clave de la excelencia humana es la presencia vitalizadora del espíritu: presencia que la ciencia no puede descubrir, aunque a menudo la entrevé, pero que aparece clara a la mirada filosófica carente de prejuicios. Por eso es sólo en la cooperación entre filosofía y ciencias donde se puede advertir en toda su vigencia la irrefrenable dignidad de la persona. ¿Por qué? Porque el fundamento inmediato de la dignidad del hombre bascula en torno a lo que en él hay de espíritu; y esto sólo puede captarlo la mirada filosófica, metafísica¹²³. Pero esa grandeza alcanza hasta las dimensiones más menudas de su persona, también a las que son perceptibles para el científico en cuanto científico. Es el espíritu el que hace del todo una realidad elevada, autárquica, íntima. El espíritu es al auténtico centro, la intimidad; en él «se apoya» la

122 T. MELENDO, *Dignidad humana y bioética*, EUNSA, Universidad de Navarra, 1999 11-23.

123 MELENDO, “Más sobre la dignidad humana”, *Cuadernos de Bioética* 8, (1997), 1480-1489.

persona íntegra. Pero también los componentes corpóreos participan de la dignidad humana, que se torna entonces perceptible para el científico como tal.

En definitiva, cualquier hombre exhibe una peculiar nobleza ontológica por cuanto su ser «descansa en» el alma espiritual, a la que en sentido estricto pertenece; y el alma humana, no es científicamente experimentable, al menos según la ciencia actual. Pero desde ella, el hombre encumbra hasta su mismo rango entitativo a todas y cada una de las dimensiones corporales de su sujeto; y ahí el científico ya tiene algo que decir. Porque, en realidad, como fruto de la unión intimísima entre alma y cuerpo, todos los integrantes materiales del hombre se encuentran elevados, personales, merecedores no sólo de respeto, sino de veneración y reverencia. Todo en el ser hombre participa de su índole de persona. El cuerpo humano es, simultáneamente, material y personal. Y es el ser del alma, quien le concede toda su realidad. En el instante preciso de la animación, y ya para el entero curso de la existencia terrestre, un principio de vida que por distintos indicios sabemos espiritual asume la materia del cuerpo humano y la ensalza hasta su propio rango particular —el del espíritu—, sin por ello eliminar los caracteres distintivos del organismo corpóreo.

La dignidad adquiere un particular relieve cuando se fundamenta exclusivamente en ese acto de ser personal, espiritual, y resultan como anuladas, ocultas, o incluso inexistentes¹²⁴ las restantes manifestaciones de la grandeza humana. Rafael Tomás Caldera¹²⁵ opina que *“la dignidad inalienable del hombre se muestra sobre todo cuando no hay en el hombre nada más que su humanidad. Cuando ya no le queda juventud, belleza, poder, inteligencia, riqueza o cualquiera otra de esas características por las cuales una persona puede dispensarnos un favor, sernos agradable, ser un motivo de atracción. Cuando a una persona no le queda nada, sino su condición de persona en el sufrimiento, en ese momento se pone de relieve con mayor elocuencia su dignidad inalienable. La llamada a manifestar amor a la persona en ese momento es una pieza esencial de la cultura moral, del cultivo del corazón humano, y piedra de toque de la civilización”*¹²⁶. La dignidad es propia de lo absoluto. Y lo absoluto es, por definición, incomparable. Por eso el hombre «desnudo» no es más o menos digno

124 MELENDO, *Más sobre*, 1480-1489.

125 MELENDO, *Más sobre*, 1480-1489.

126 MELENDO, *Más sobre*, 1480-1489.

que ningún otro, y ni siquiera «tan» digno como otro. Es digno de manera absoluta, sin confrontación.

Pero si la grandeza sólo se consigue cuando no se establecen comparaciones, resalta con especial fulgor la dignidad de los débiles. Dentro de estos podemos incluir a todos aquellos seres humanos que, de una manera u otra, encuentran «amenazada» la manifestación o la consistencia de su dignidad interna configuradora, como embriones, enfermos terminales o ancianos. Todos estos sujetos resultarían depositarios de un «complemento» de dignidad, imprescindible para paliar las asechanzas que se ciernen sobre ellos. Y, ante cualquiera de esos individuos, un ser humano responsable reaccionará incrementando la reverencia y las atenciones. Un subnormal profundo, puede ser objeto de desprecio, de irrisión, de burla, de compasión o de exquisita aprobación admirativa, necesariamente acompañada del amor y del afecto. ¿Por qué esta última posibilidad? Porque ante unos ojos que saben apreciarlos, los infradotados manifiestan, con mayor claridad que los sujetos normales, los auténticos títulos de la insondable dignidad del ser humano.

El disminuido psíquico parece estar diciendo, *«no radica mi excelencia ni en la eficacia laboral, que acaso nunca tenga, ni en la belleza corpórea, que no poseo, ni en la inteligencia o la capacidad resolutive; deriva de mi ser — ¡yo también soy hombre, persona!— y de mis consiguientes disposiciones amorosas. Mi verdad terminal de plenitud en el Absoluto es tan cierta como la vuestra; pero a vosotros puede ocultárosla todo el acompañamiento de brillantez, de inteligencia, de eficacia, de hermosura y galanuras del cuerpo, a los que con tanto empeño os aferráis. ¡Ésa es mi ventaja!»*.¹²⁷

Es preciso resaltar que además de los deberes para con los demás, tenemos, en razón de nuestra propia dignidad, deberes para con nosotros mismos. Kant, en la *Metafísica de las costumbres* y en las *Lecciones de Ética*, distinguió entre los deberes del hombre para con los demás y los deberes del hombre para consigo mismo¹²⁸. En el primer caso, se trataría de respetar la dignidad de las personas que nos rodean, mientras que los deberes para con nuestra persona resaltan la obligación moral que tenemos de respetar nuestra propia dignidad como sujetos racionales. Porque cuando

127 MELENDO, *Más sobre*, 1480-1489.

128 I. KANT, *Lecciones de Ética*, Crítica, Barcelona, 1988, 158-160.

uno contraviene los deberes para consigo mismo, poco valora la humanidad y en realidad está despreciando los valores para con los demás. Por ello dice Kant¹²⁹.

“El ser humano puede disponer de todo cuanto forme parte de su persona, mas no de su persona misma, así como tampoco puede volver en contra suya a la libertad...El hombre puede disponer, sin duda, de su situación, pero no de su persona, puesto que él mismo es un fin y no un medio; es completamente absurdo que un ser racional, que es un fin para el cual todo lo demás suponen medios, se utilice a sí mismo como medio. Ciertamente, una persona puede servir de medio a otra, con su trabajo, por ejemplo, pero sin perder su condición de persona y de fin. Quien hace algo que le impida seguir siendo un fin se utiliza a sí mismo como un medio y hace de su persona una mera cosa. Pero uno no es libre de disponer de su persona como de un medio, dado que las consecuencias de tal acción te sobrepasan...”

Según Kant, los deberes para con uno mismo son independientes de todo provecho y se refieren tan solo a la dignidad del género humano. Enrique Bonete¹³⁰, al defender la dignidad humana sostiene que es evidente que este tipo de deberes morales se basa en el hecho antropológico de que carecemos de una libertad absoluta con respecto a nuestra persona. Nos están indicando que hemos de respetar a la humanidad en nuestra propia persona, de lo contrario nos convertimos en seres sin valor alguno. Los deberes para con uno mismo representan la suprema condición y el principio de toda la moralidad. Estamos obligados moralmente cada uno a respetarnos a nosotros mismos, a someter nuestra libertad a la defensa de la propia dignidad.

En conclusión, podemos afirmar, siguiendo a García Férrez que¹³¹ *“El hombre es un ser que tiene dignidad: todo ser humano tiene un valor y una intrínseca dignidad por encima de cualquier circunstancia externa o personal. Esta dignidad nunca se pierde ni se deteriora. Es un valor inherente a todo hombre por el hecho de ser persona. Es algo que no admite discusión, pues si así fuera, podríamos atentar contra*

129 KANT, *Lecciones de Ética*, 158-160.

130 E. BONETE, *La maldad, Raíces antropológicas, implicaciones filosóficas y efectos sociales*. Cátedra, Madrid, 2017, 23-97.

131 J. GARCÍA FÉREZ, *Aspectos bioéticos de la enfermedad de Alzheimer*, Proyección. Teología y mundo actual XX 2001, 208. J. GARCÍA FÉREZ, *La bioética ante la enfermedad de Alzheimer*, DDB, Bilbao, 2005.

lo más sagrado del ser humano: su vida. La dignidad humana no puede quedar a merced de la opinión o consideración de los otros, es decir, es un valor en sí mismo que no puede ser cuestionado por nadie”.

5.2. La persona

El concepto de persona es fundamental para la bioética. Según la noción y concepción que se haga de la persona humana, así será la reflexión y análisis que se haga sobre muchos temas bioéticos. Un punto sobre el que hay acuerdo hoy día es la obligación moral de respetar a la persona. Pero surge una pregunta: ¿quién es persona? Atribuir a alguien la cualidad y calidad de ser persona equivale a reconocer en él todos los derechos que ésta ostenta. No reconocer a alguien como persona supone el derecho de no respetar la inviolabilidad y dignidad que ésta posee. De ahí que sea preciso definir claramente qué entendemos por persona y quién merece esta dignidad. Al reflexionar sobre la noción de persona, debemos plantearnos dos preguntas, una ontológica y otra ética: ¿qué es la persona? o, mejor aún, ¿cuál es su valor?

La definición de persona más célebre es la de Boecio en el siglo VI: “*sustancia individual de naturaleza racional*”¹³². Esta definición no reduce la personalidad a la conciencia, sino que reconoce a la persona en la totalidad humana, cuerpo y espíritu. La conciencia no es constitutiva de la persona, sino que es posterior a ella. El recién nacido no posee aún conciencia de sí, al igual que el hombre dormido, lo que no les impide ser personas. La persona es un ser de naturaleza racional, pero ella no es su razón, ni menos aún su conciencia, sino que pertenece a una naturaleza capaz de razón y de conciencia. Gracias a esa naturaleza, ella se constituye sujeto y se distingue del resto del mundo material. Cada persona tiene mayor densidad ontológica que todo el universo que la rodea. Por este motivo, no tiene que probar sus capacidades intelectuales para ser respetada como un fin en sí. Desde este enfoque, se considera persona a todo ser humano vivo, aun cuando no haya desarrollado todas sus potencialidades o las haya perdido irremediamente (como en demencias avanzadas). Hay que destacar que el hombre, aún perteneciendo a la naturaleza, la trasciende, es mucho

132 BOECIO, *Liber de persona et duabus naturis*: ML, LXIV, 1343: «Persona est rationalis naturae individua substantia». Cfr. Tomás de Aquino: *Summa theologiae* (S. Th.) I, q. 29, a. 1.

más que una naturaleza. ¿Por qué? Porque es único. La personalidad es el elemento individualizador de la naturaleza humana.¹³³

Desde esta perspectiva, que yo comparto y defiendo, el hombre es persona desde el momento que empieza a ser humano y mientras permanezca con vida. No se exige que acredite la posesión de determinadas características para ser un fin en sí.

En la perspectiva opuesta está la visión dualista, de raíz cartesiana, que radicaliza la distinción entre materia y espíritu. Para Descartes, la persona es la “res cogitans”, es decir, su pensamiento. El cuerpo no es más que “res extensa”, una cosa que ocupa un espacio físico. La visión dualista ha influido mucho en la filosofía moderna, que tiende a excluir el cuerpo de la reflexión sobre la persona. Así, para Locke, persona es un ser inteligente pensante, que posee razón y reflexión y puede considerarse a sí mismo como la misma cosa pensante en diversos tiempos y lugares.¹³⁴

Para Kant¹³⁵, la identidad numérica de la conciencia de sí es la que configura al hombre como persona. El esquema dualista de la persona da lugar a la ruptura entre razón y cuerpo. Éste deja de ser un elemento constitutivo de la persona para volverse un objeto exterior sobre el cual se ejerce un dominio análogo al que se tiene sobre los objetos materiales. La realidad corporal del hombre se ve como un dato puramente técnico.

Engelhardt distingue entre personas en sentido estricto y vida biológica humana. Las personas son seres autoconscientes, racionales, libres en sus elecciones, capaces de juicio moral¹³⁶. Sólo a ellas concierne el principio de autonomía y el deber de respeto mutuo. Los individuos humanos que reúnen los requisitos de personas entran en la categoría de vida biológica humana. Los seres que no reúnen los requisitos están protegidos por el deber de beneficencia, si son capaces de experimentar dolor y en

133 J. P. NIEVA MORENO, “El acceso del hombre a Dios en Zubiri: la vía de la religación.” *Enfoques*, 23(2011), 41-67.

134 J. LOCKE, *Ensayos sobre el conocimiento humano*, ed FCE, México, 1993, 27.

135 V. PÁRAMO VALERO “El eterno dualismo Antropológico Alma-Cuerpo: ¿Roto por Laín?” Universidad de Valencia, España, *Thémata. Revista de Filosofía*, 46 (2012), 563-569. P.LAÍN ENTRALGO, “Sobre la persona”, *Arbor*, 613 (1997), 22.

136 H.T. ENGELHARDT, *Los fundamentos de la Bioética*, Paidós Ibérica, Barcelona, 1995, 135 ss.

la medida en que tengan cierta significación para alguna persona en sentido estricto. El respeto de la persona se reduce al respeto de su autonomía moral. Según esta tesis, el embrión no posee una dignidad intrínseca, sino que vale en la medida en que posea cierta significación para quienes esperan su venida al mundo. Esta concepción es totalmente contraria a toda la defensa de la dignidad personal que he tratado de fundamentar en este trabajo. Nos parece preocupante y peligrosa, ya que la dignidad y el valor dependerían de la percepción o la valoración subjetiva que cada uno haga de la vida, y de cara a la ancianidad esta postura puede ser peligrosa.

Singer distingue dos significados distintos en el término ser humano. El primero sería cualquier miembro de la especie *homo sapiens*¹³⁷. Esto podemos corroborarlo con un cariotipo. Desde esta acepción, el embrión concebido por la unión de dos gametos humanos es un ser humano desde la fecundación. El segundo significado requiere de indicadores de humanidad: autoconciencia y racionalidad. Reserva el término persona para esta segunda acepción. Con esta forma de considerar a la persona, el embrión, el feto, el recién nacido o el niño con discapacidad mental severa, no serían personas. Tampoco el anciano cuando pierde sus capacidades cognitivas. Mantiene que sostener la primacía de la vida humana constituye un privilegio arbitrario a favor de los seres humanos. Como ya he manifestado al criticar a Engelhardt, considero que esta concepción de la persona es contraria a la dignidad que considero que Dios ha otorgado a cada ser humano. Puede parecer difícil sostener una visión de la ética que parta de unos presupuestos tan equivocados.

La noción de persona que se adopte como punto de partida condiciona nuestra conducta respecto de la vida humana. Los que mantenemos que todo ser humano es persona, adoptamos una actitud de respeto hacia todo individuo humano, cualquiera que sea su edad o su estado de salud. Los que mantienen la posición dualista, mantienen una actitud de indiferencia hacia los seres humanos más débiles, que pueden ser expuestos a tratamientos degradantes o ser directamente suprimidos. Los límites temporales de la persona, su comienzo y su fin, se vuelven difusos, y de este modo, es el respeto mismo de la persona el que se debilita.

137 P. SINGER, *Ética Practica*, New York y Cambridge, Cambridge University Press, 1993, 2ª ed. 83-89.

Según R. Spaemann,¹³⁸ esta segunda posición va contra los derechos humanos, ya que nadie está autorizado para decidir si otro individuo humano es un sujeto de derechos. Es la pertenencia a la especie *homo sapiens* la que debería determinar su status de persona. Cualquier otro criterio convertiría a algunos hombres en jueces de otros, y la noción de derechos humanos quedaría suprimida de raíz. El primero de estos derechos es que nadie está autorizado para poner en discusión la pertenencia de otro a la categoría de hombre que posee semejante derecho. Sólo cuando el hombre es reconocido como persona sobre la base de lo que es simplemente por naturaleza, puede decirse que el reconocimiento se dirige al hombre mismo y no a alguien que cae dentro de un concepto que otros han convertido en criterio para el reconocimiento¹³⁹.

Spaemann sostiene que los hombres poseen determinadas cualidades que nos mueven a llamarlos personas. Pero a lo que nosotros llamamos personas no es a estas cualidades, sino a su portador. Por lo demás, hay, como es evidente, hombres que no disponen de esas cualidades. Podría parecer que esos hombres no son personas. Si las personas son los portadores individuales de una naturaleza racional, parece que no son personas aquellos hombres que todavía no disponen, o no disponen ya, o no dispondrán nunca más, de racionalidad e intencionalidad, como por ejemplo, los niños pequeños, los disminuidos profundos o los que duermen.

Si el ser personal no significa que se es un caso de un concepto o elemento de clase, sino que se es miembro de una comunidad de acogimiento, surge la pregunta sobre cómo se entra en esa comunidad. Y es natural pensar que el estatuto de persona es algo que se realiza mediante la acogida en ella. De hecho, el niño sólo desarrolla los rasgos característicos de la persona si es acogido y experimenta una entrega acorde con ello. La entrega parece estar al principio, y el ser personal, parece deberse a ella. Sólo la acogida crea la personalidad. El reconocimiento de personas consiste en aceptar que tienen derecho a un lugar en la comunidad de personas ya existente, no en la cooptación de acuerdo con determinados criterios definidos por los ya reconocidos.

138 ¿Son todos los hombres personas? Robert Spaemann: <https://www.almudi.org/articulos-antiguos/7290-son-todos-los-hombres-personas-robert-spaemann?tmpl=component&format=pdf>. Consultado 10-10-2016.

139 R. SPAEMANN, *La naturaleza como instancia moral de apelación*, en: AAVV, *El Hombre: Inmanencia y Trascendencia*, vol I, EUNSA, Pamplona, 1991, 66.

¿Quién puede reclamar ese derecho o para quién se puede reclamar? ¿Qué cualidades debe poseer alguien para tener derecho a ser reconocido como persona?¹⁴⁰

La antigüedad precristiana entendía por persona el papel desempeñado en una obra de teatro o en la sociedad. Cuando San Pablo escribe que Dios no mira a la persona, tiene ante los ojos este concepto, quiere decir que Dios no tiene en cuenta el papel desempeñado en la sociedad ¿Qué es lo que mira entonces? Precisamente aquello que más tarde se designará con ese nombre.

Una enfermedad del cuerpo, de la mente o del espíritu no destruye a la persona. Por lo que se refiere a los hombres débiles, que claramente no son capaces de expresiones de una vida personal, tampoco tenemos ningún motivo para no considerarlos como personas y tratarlos como tales. Ellos no son, de ninguna manera, seres de otro tipo. Los podemos describir como defectuosos, como enfermos, pero nunca como indignos. Su naturaleza es defectuosa y si pudiéramos, intentaríamos curarlos, porque partimos de que tienen una naturaleza humana. Ellos están necesitados de nuestra ayuda. Nuestra propia dignidad como personas no se hará más clara por otra cosa que por la ayuda que prestemos a esos seres, aunque no haya en ellos nada que despierte nuestra simpatía.

Debemos volver a aprender a respetar, y más aún, a amar con todas sus deficiencias, a todo ser humano. Hay que luchar contra la enfermedad, pero sabiendo distinguir entre la enfermedad y el enfermo. Es a la primera a la que hay que suprimir, y no al segundo. Nuestra época, que ha adquirido una conciencia más clara de la dignidad de cada ser humano, tiene necesidad de ver afirmado una vez más el principio de igualdad entre todos los hombres. Se trata de redescubrir en cada ser humano un tesoro cuyo valor supera infinitamente las concretas capacidades intelectuales o físicas del individuo.

Blanca Castilla hace las siguientes consideraciones en torno a la concepción de la persona¹⁴¹. Hay que destacar las dos dimensiones fundamentales de la persona que son aparentemente incompatibles: 1) su irrepetibilidad, que los clásicos llaman incomunicabilidad; y 2) su apertura y relación con los demás, es decir, su máxima

140 R. SPAEMANM, *Personas. Acerca de la distinción entre algo y alguien*. Eunsa, Pamplona, 2000, 227-236.

141 B. CASTILLA, *Consideraciones en torno a la concepción de la persona*. En: AAVV. *El primado de la persona en la moral contemporánea*. XVII Simposio Internacional de Teología. 1997.

comunicabilidad, a través de la inteligencia y de la libertad, que posibilitan el conocimiento y el amor.

A partir de las concepciones clásicas que acentuaban la incomunicabilidad y la subsistencia y de la relacionalidad, se ha ido describiendo a la persona con diferentes formulaciones. En tanto que ser espiritual subsistente, la persona es un ser que se posee a sí mismo y que es dueño de sus actos. La persona es un ser dotado de intimidad, y en virtud de su espiritualidad puede entregarse sin alejarse de sí. Por eso, aunque es incomunicable en cuanto que es él y no otro, además es un ser abierto, hecho para la comunicación, ser para otro. Ser persona quiere decir también ser libre y consciente de sí, saber de sí y disponer de sí. Todas estas características están relacionadas, pues para disponer de sí es preciso ser libre y el ejercicio de la libertad presupone el conocimiento y conduce al autoconocimiento. La característica que engloba todas las demás está reflejada en su relacionalidad y es la capacidad de amar y de ser amado. Sólo la persona puede amar y sólo la persona puede ser amada.¹⁴²

La persona, perteneciendo al nivel trascendental, actualiza y configura todas las dimensiones humanas. Visto desde la persona, el cuerpo pertenece a la persona y le sirve de expresión. El cuerpo es expresión de la persona, y por tanto adquiere una dignidad indiscutible, aquella que es propia de persona. Al ser expresión de persona, es imagen de Dios. Por ello, dice Juan Pablo II: el hombre, al que Dios ha creado varón y mujer, lleva impreso en el cuerpo, desde el principio, la imagen divina¹⁴³. El cuerpo, al ser expresión de la persona, expresa la apertura innata que ésta tiene frente a los demás. Y esta apertura expresada en el cuerpo tiene un significado esponsal. Este significado esponsal consiste por un lado en ser capaz de expresar el amor, en el que el hombre-persona se convierte en don. Por otro lado, le corresponde la capacidad y la profunda disponibilidad para la afirmación de la persona¹⁴⁴.

142 T. ADORNO, La doctrina kierkegaardiana del amor, en *Kierkegaard. La construcción de lo estético*, trad. Vernengo, Venezuela, Monte Ávila Editores, 1969, 233-235.

143 JUAN PABLO II, *Varón y Mujer; Teología del Cuerpo I*, Palabra, 2011,16.

144 JUAN PABLO II; *Audiencia General*, (9-1-1980) AG 2, 3, 4.

Por último vamos a exponer la concepción de la persona, del personalista Gabriel Marcel¹⁴⁵, parecen muy acertada, y clave como base para el concepto de persona. En relación con la persona existen en el pensamiento de Marcel toda una serie de conceptos o categorías que guardan una estrecha relación: disponibilidad, don, responsabilidad, compromiso... Estos diferentes conceptos están mutuamente relacionados. Pero de ellos, el principal es la disponibilidad. La persona es disponibilidad, pero, ¿a quién? La persona humana es apertura a los otros. Además, la persona se encuentra dotada de una libertad que le impele a crearse a sí misma y a ser responsable de sus actos. Esta libertad sólo es entendible si se la pone en relación con algo superior: la Gracia. El hombre no es nada sin su apertura a los otros, cuya suprema expresión es la apertura a Dios como el Otro y no hay auténtica libertad humana si no es por relación a la Gracia.

La persona es una realidad espiritual que requiere un acceso propio. Las vías por las que se accede a la persona son las del amor y el respeto, y gracias a esta actitud tiene lugar el encuentro. El encuentro es la experiencia que todos hemos experimentado en presencia de determinadas personas, es ese contacto íntimo que se crea entre dos seres y que no responde a ningún razonamiento, es un don.

La persona es además un ser capaz de recogimiento, de penetrar en su interior, y esta característica es la que pone de relieve que la persona es un ser capaz de trascenderse. Lo que hay detrás de todas las descripciones fenomenológicas del hombre es la imposibilidad de entender qué es el hombre si no es por referencia a Dios. El hombre es *imago Dei*, y por ello no hay otra respuesta a la pregunta por el hombre que la que da el mismo Dios. Por ello, en la persona humana hay un ámbito que es sagrado: su dignidad. La vida humana es sagrada.

Estas consideraciones nos permiten ver de qué forma empieza a aparecer el concepto de dignidad humana: la persona humana va más allá de sí misma, es una apertura a la trascendencia y en eso se ve que es una criatura creada a imagen de Dios, y por lo tanto, está más allá de toda posible utilización o cosificación. La dignidad de la persona, es decir, su valor inviolable, consiste en su mismo ser personal, en

145 J. URIBAYEM, *La concepción de G. Marcel acerca de la persona y la dignidad personal*, en: AAVV. *El primado de la persona en la moral contemporánea*. XVII Simposio Internacional de Teología. 1997.

que su ser es sagrado, en que puede autotranscender, en la capacidad de amar, de estar disponible a los otros y sobre todo a Dios, hasta el punto de la entera disponibilidad. Así se entiende que la dignidad humana consista fundamentalmente en su finitud. El hombre es un ser finito, pero no está encerrado en su finitud, sino que es capaz de abrirse a la infinitud cuando al oír la llamada del ser suprapersonal responde con su vocación y con su vida.

El hombre es el único ser sobre la tierra que posee un grado de individualidad tal que le permite decir “yo”, diferenciarse, ser él mismo, existir como persona. Si por naturaleza todos los hombres son iguales, en lo más profundo de su ser cada uno es diferente y único. Desde el comienzo de su existencia, el hombre tiene una identidad exclusiva, que se desarrolla y se enriquece a través del ejercicio de su libertad¹⁴⁶. Cada hombre, en cuanto persona, es decir, en tanto ser único y dotado de un espíritu, posee un mundo interior. Sólo se habla de interioridad en el hombre, puesto que es el único ser capaz de recogerse sobre sí mismo, de reflexionar acerca de lo que él es, de meterse en terminología zubiriana,¹⁴⁷ en su “mismidad” y vivir desde ella.

Como conclusión del concepto de persona y de sus implicaciones en la Bioética, tomo la brillante conclusión de Roberto Andorno¹⁴⁸ “en estas últimas décadas, los progresos biomédicos han contribuido enormemente al bienestar de la humanidad y es de esperar que continúen haciéndolo. Pero al mismo tiempo, han creado nuevos riesgos para la integridad y la identidad del ser humano. Por este motivo nació la bioética. La tarea de esta nueva disciplina consiste en regular los nuevos poderes, es decir, procurar que los desarrollos de las biotecnologías estén subordinados al sentido de la vida humana sobre la tierra. Porque las técnicas no son fines en sí; sólo existen para servir al hombre, que sigue siendo el fin de todas las instituciones sociales y políticas.

Así pues, el dilema que se plantea a la bioética puede resumirse en: ¿cómo hacer para que el hombre continúe siendo sujeto, es decir, para que no se vuelva objeto? Estos desafíos son estimulantes, porque nos obligan a reflexionar sobre cuestiones

146 ANDORNO, *Bioética*, 124.

147 J. ANTÚNEZ CID, *La intersubjetividad en Xavier Zubiri*, Editreca Pontificia Universita Gregoriana, Roma 20016, 254-256.

148 ANDORNO, *Bioética*, 163-166.

antiguas, como la noción de persona, y también sobre cuestiones que antes no nos habíamos planteado, como el deber de autoconservación del género humano. Pero los desafíos son también peligrosos, porque lo que está en juego es la esencia y el destino de la naturaleza humana. Y perder estos desafíos equivale a perderlo todo. Por ello, no tenemos derecho a equivocarnos en el camino a seguir. Más que nunca, tenemos necesidad de una sabiduría excepcional. Se trata de comprender que las técnicas no tienen por sí mismas la facultad de resolver la problemática humana en su conjunto. Ellas poseen su propio campo de acción, pero no son dueñas de un saber total sobre el hombre. Más aún, ignoran lo esencial del hombre. Pueden fraccionarlo, fabricarlo in vitro, disecarlo, sin llegar a captar lo que realmente es. Pero no es sólo la esencia de lo humano lo que se les escapa: el sentido último de la vida humana sobre la tierra les es completamente desconocido.

El problema deriva del hecho de que si bien es fácil señalar el fin de la bioética en el plano teórico, no lo es tanto el ponerlo por obra en la realidad social, en especial, desde que no hay acuerdo acerca de los valores esenciales para vivir y convivir. La paradoja es inquietante: la sociedad humana se ve obligada, en nuestros días, a hacer opciones éticas decisivas, justo en el momento en el que ya no tiene certezas absolutas. Por un lado, siente que el poder inusitado de que está investida reclama límites, y por otro, ignora cómo fijarlos. Tal vez la salida de este laberinto consiste en un nuevo esfuerzo por redescubrir a la persona humana. Por ello, hoy tenemos una necesidad urgente de reflexionar sobre lo que somos, más que en cualquier otra época de la historia. Debemos superar la actitud de desprecio del cuerpo, que deriva de no haber comprendido que lo esencial en él es espiritual. El amor es la única antítesis a la instrumentalización de la persona¹⁴⁹. Sólo él nos permite escapar a una visión utilitarista del hombre. Solamente el amor nos permite advertir que cuanto más débil y enferma es una persona, tanto más necesita de nuestro afecto.

Terminamos este punto apelando al amor, pero no sólo al amor que día a día nos conforma como personas, sino al más genuino y puro sentido de tener un por qué y para qué vivir desde lo que somos y compartimos con los demás, y ello desde lo personal y desde lo profesional (desde el ser y desde el obrar). Unir este por qué y para qué con el conocer y poseer del conocimiento al que antes hacíamos mención nos sigue uniendo el sentido último de nuestro estudio, que dará fundamento a la

149 ANDORNO, *Bioética*, 771-779.

vocación como un elemento que subyace en lo profundo que mueve nuestro querer seguir conociendo, un conocer y poseer conocimiento siempre desde la perspectiva de la humanización. Los enfermeros como parte de este conocimiento de aplicación al hombre también forman parte de este entramado que no deja de lado ninguna parcela que compete a la complejidad humana.

6. UNIENDO PRAXIS DEL CUIDADO Y VOCACIÓN

6. UNIENDO PRAXIS DEL CUIDADO Y VOCACIÓN

Las biotecnologías y la era de la tecnificación de los cuidados, en aras de un avance y mejora de la calidad de los cuidados y de los éxitos que de ello se deriva, nos habla también de la problemática cuando vinculamos el poder científico con el económico y el político. No podemos dejar de lado que la política está presente en todos los campos de la sociedad y ejerce su poder directamente en todo lo que tiene que ver con el hombre y sus sistemas, con muy diferentes objetivos en la mayoría de los casos de los que deberían primar para el bien común. Los países que presenta esta problemática, se creen tener en sus manos y posibilidades todo su poder.

Si el poder se liga a las naciones, no es menos cierto que también se relaciona con la persona como individuo. Pues la política y las sociedades están formadas por individuos, por ello nos detendremos a analizar que se puede derivar de estas situaciones y como afecta directamente a la vocación que cada persona siente en la relación con el o los otros, en este estudio analizaremos como afecta este hecho en la relación de cuidado.¹⁵⁰

Para poder entender a que nos estamos refiriendo podemos poner un ejemplo que nos facilitara esta cuestión: un equipo médico de cirugía, se dispone a realizar una intervención quirúrgica y entra en la sala de operaciones, cuando el paciente esta preparado para lo que se le va a realizar, sólo queda al descubierto la parte del cuerpo a la que van a dirigir sus técnicas de gran prestigio y con los mejores adelantos de los que se dispone en la sanidad de nuestro país. Se da el caso que no conocen al enfermo porque el equipo que realizo las consultas previas no es el mismo, a su comienzo no conocen el nombre del paciente y nunca han establecido una relación con el mismo.

Cada intervención supone para este equipo un reto de poder, algo personal para cada miembro que lo componen. Si todo se desarrolla con los mejores resultados salen del quirófano igual que han entrado y ni indagan ni como se llama y quizá nunca más se dirigirán a él. Han conseguido demostrar su dominio y poder desde la tecnología y las practicas quirúrgicas que han puesto en práctica, sólo escucharán alabanzas de su trabajo y lo realizado en la sala de operaciones.

150 M. APARECIDA BAGGIO A. LORENZINI ERDMANN, “*Relaciones múltiples del cuidado de enfermería: el surgimiento del cuidado «de nosotros»*” *Latino-Am. Enfermagem*, 18(2010), 1-8.

Los une el éxito, pero, cuando el fracaso es el resultado de sus intervenciones, la desolación acompaña al equipo, el responsable cambia su conducta siendo más desagradable con los compañeros y la situación cambia de alabanzas al silencio. Pasaremos a tener depresión personal, que en ningún momento por la suerte del paciente o la afectación que se derive de ello. La tristeza del equipo se debe al fracaso que les recuerda que no son todopoderosos.

Observado el acto sanitario desde la objetividad del equipo, nos parece adecuado, un equipo de cirugía que opera exitosamente a un paciente; pero si analizamos la intención del equipo existe una gran diferencia. ¿Por qué lo opera?, ¿por el bien del paciente, o por su propio bien?, ¿por qué él es un equipo de realización del bien, o por la sensación de poder que cada acto les da? Intenciones y fines de los actos humanos, ¿quién podrá juzgarlos sino uno mismo? Estas situaciones de pérdida de poder, nos recuerdan los límites, el saber tiene límites, la tecnología tiene límites, y estábamos acostumbrados al poder y al triunfo aplicando solamente la técnica.¹⁵¹

Conocer para ayudar, verdaderamente presenta un cambio en la acción personal, porque si nos damos cuenta que tratamos con personas, la relación de cuidado se vuelve un medio para beneficiar al paciente.

Conocer lo que la persona es, nos vuelve a la reflexión del deber ser, pues al saber de las potencias humanas, nos damos cuenta de las actualizaciones que se presentan en el paciente, y cuáles le faltan por ejercer, moviéndonos entonces a ayudarlo a recuperar lo que por naturaleza le pertenece. Si no sabemos quién es la persona humana perderemos la visión de cuál sería su perfección.

Quizás desde el punto de vista de las ciencias experimentales nos ha faltado el concepto de conocer para qué. Conocer es adueñarse del objeto, amar¹⁵² en cambio, y sólo puede amarse a las personas, es acercarse al sujeto, sin más deseo que entenderlo, contemplarlo y ayudarlo a su perfección, porque se quiere por sí mismo, sin afán de manipulación ni transformación, porque se entiende la realidad de su ser.

151 D. CALLAHAN, *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society* Whth “Response to My Critics”, Georgetown University Press, 2003, 39-127.

152 T. MELENDO, *Antropología de la sexualidad y del amor*. Instituto de Ciencias para la Familia. Universidad de Navarra. Pamplona. España. 1991, 6-21.

Esta reflexión es base de la vocación de beneficencia porque al ver el dolor, sufrimiento, alteración de una función en un paciente, y al reflexionar, aunque sea de forma inconsciente, que ello no le pertenece por naturaleza, sino que presenta una carencia, que no debería ser, nos mueve a darle lo que por naturaleza le compete, la ausencia de dolor, sufrimiento o impedimento físico, psíquico o social.

A mayor carencia, más necesidad de beneficencia, a mayor carencia, el equipo sanitario se siente más motivado a prestarle ayuda; a quien no ve, recuperarle la vista; a quien no razona, acercarle al razonamiento; a quien tiene lesión de un órgano, a recuperar la integridad de la función, a quien no tiene nada más que la vida, a conservar la vida, en la mejor forma posible, sin dolor ni sufrimiento.¹⁵³

Si tenemos claro el concepto de persona, y somos enfermeros en toda la extensión de su palabra no sólo técnicos sanitarios, sino integrales, personalistas, el paciente nos moverá a la reflexión de los valores humanos, la persona en sí, por su misma presencia, se vuelve un valor, porque modifica su entorno, aunque se encuentre inconsciente y aunque no existan posibilidades de recuperación.¹⁵⁴

Es por eso que el conocer tiene que tener un por qué y un para qué, en los ámbitos de las ciencias humanas, porque el conocer y poder manipular al objeto conocido, nos hace sentir dueños de ese objeto, porque lo podemos cambiar, transformar, o quizás aniquilar...

Es por ello que no se puede apartar los valores y actitudes que encierra la vocación sanitaria como la entendemos en este estudio de las ciencias con aplicación al hombre, porque podremos caer en el error de no saber el por qué y el para qué de mis actos y de mi saber. El sanitario es un ser humano, igual que su paciente, la relación enfermero paciente es relación humana, y todo humano necesita amor de beneficencia, vocación de “amor”, porque somos subsidiarios, siendo por ello una relación necesaria y enriquecedora.

La relación entre libertades puede ser, relación de amor, entrega en todos los campos del ser humano, participando de esa forma en la cocreación de un mundo

153 M. L. CASAS, “Conocer y amar: vocación medica” *Cuadernos de Bioética*, México 34 (1998), 336-343.

154 J. GEVAERT *El problema del hombre*. Ed. Sígueme. Salamanca. España. 1993, 72.

mejor. Quizás debamos cambiar el nombre de amor por otro sinónimo que nos sea más familiar, propongo “compromiso con el bien del otro”, “compromiso de beneficencia”, porque compromiso no significa solamente desear el bien, sino ayudar con actos a que así sea, a pesar del esfuerzo y de la inconveniencia que ello nos cause.

Sólo en el compromiso de beneficencia se entiende la postura ante la dignidad de la persona en todas sus dimensiones, el carisma en el que centraremos nuestra reflexión al igual que el catolicismo, son caminos que permiten a las personas avanzar hacia la dignidad de toda persona y hacia esa co-creación de un mundo mejor, más para todos, más fraterno. La vocación por tanto que nos mueve hacia el otro como cuidador, no puede diferir mucho de la que puede mover a cualquier cristiano que viva conforme al evangelio de Jesús, y por supuesto no varía tampoco de la vocación que convoca a la familia apostólica entorno al carisma que su fundadora tubo la intuición de acoger, precisamente al leer los signos de los tiempos y la llamada que el creador hacia desde sus hijos sufrientes y necesitados de su “Amor”. Adaptando la vocación que nos mueve a los que conocemos este carisma al que hacemos mención, a los términos de “compromiso de beneficencia” o “compromiso con el bien del otro” podemos ver que compartimos más de lo que se pueda percibir a simple vista con cualquier sanitario que quiera acercarse al otro desde una relación de cuidado sanadora, integral, y terapéutica.

Quizás suena extraño pedir que amemos a nuestros pacientes, quizás sea mejor decir, comprometámonos con su bien, y solo así podremos alcanzar la verdadera realización, del otro y de uno mismo.

El compromiso cambia a la persona, y cuando es recíproco cambia a ambos. La relación enfermero-paciente es también una relación enseñanza- aprendizaje entre participantes, no sólo por el actuar propio de la sanidad, que pretende en el paciente participación activa para cuidar, mantener y promover su salud, así como en fomentar hábitos saludables de vida tanto en la población sana como enferma, sino en un aspecto más humano, en un intercambio de actitudes ante la vida.

Por todo ello, es parte fundamental de nuestra vocación, analizar cuáles son la actitudes y valores fundamentales del cuidador y de la relación de cuidado, en la que centraremos este trabajo, para descubrir qué relación guardan con la vocación y cuál

es la influencia que puede ejercer el carisma de las ACJ sobre esta vocación de cuidar del otro.

Se intuye en la relación sanitaria la necesidad de trascendencia del hombre y de sus valores, y en una u otra forma, la relación enfermera-paciente se vuelve parte del adiestramiento para la vida, para la comprensión y valorización de la misma.

El sanitario en una primera instancia es consciente de su vocación y responsabilidad de educar al paciente, pero no repara en forma suficiente en que esta relación es recíproca y el sanitario también recibe enseñanzas del mismo paciente, de sus familiares y de sus compañeros de trabajo. ¿Qué tipo de enseñanzas?, esencialmente enseñanzas de actitudes de vida.¹⁵⁵

Podemos entonces afirmar que la vocación no es algo estático, al contrario, va creciendo y dándose a lo largo del proceso de la persona en la relación de cuidado y el devenir de la propia vida, afectada por la relación con los otros, enriquecida y animada día a día. La vocación y la praxis enfermera son inseparables, se nutren y se alimentan conjuntamente, se dan de forma gratuita en cada acercamiento al acto que nos mueve hacia la necesidad del otro, del paciente, que también ejerce su función activa en esta relación sanadora. Seguir tomando consciencia de todo esto nos da pistas y afianza nuestra teoría de que la vocación del cuidado puede ser enriquecida y animada desde muchos otros campos de la realidad humana, entre ellos la religión, sin que necesariamente tengas que definirte como una persona creyente, pero sí que tendrás que creer en lo que transmite el otro de una manera activa, inconsciente, sin darte cuenta, y tal vez este sí que sea religioso y practicante de cualquier religión y en ninguno de los casos se plantea transmitir sus creencias, pero, si sus valores y actitudes, con lo cual está influyendo directamente en el ensanchamiento de tu vocación, de tus valores, actitudes y sensibilidad moral.

Lo anteriormente expuesto puede ayudar a entender que una crisis de valores afecta directamente al sanitario, al paciente y la relación que se pueda establecer entre ambos. Siendo necesario para la vocación, entendida como la llamada que nos guía a poner en práctica esos valores y actitudes fundamentales en la relación de cuidado, el vehículo para llegar a superar esta pobreza técnica y deshumanizada en la que actualmente cabe el peligro de caer en las sociedades del poder y la tecnología, y no

155 CASAS, “*Conocer y amar*” 336-343.

tan rara esta situación en las ciencias de la salud, como hemos podido ver en nuestro ejemplo y en muchos ejemplos que se podrían poner. Una disciplina que tiene como objeto directo al hombre, necesita tomar conciencia de su vocación, de cuál es su movimiento interior, el por qué y el para qué. Todo esto es necesario para llegar a la excelencia en la disciplina de la enfermería y en cualquier disciplina que afecte a la humanidad directamente.

7. VALORES FUNDAMENTALES EN LA VOCACIÓN DE ENFERMERÍA

7. VALORES FUNDAMENTALES EN LA VOCACIÓN DE ENFERMERÍA

Una vez destacados los valores de dignidad y de la persona en un intento de no dejar despojado de todo lo humano a la ciencia y atender contra la propia dignidad humana, nos centramos en los valores que han movido nuestra investigación, los valores fundamentales que deben estar presentes en toda relación de cuidado¹⁵⁶, los que encierra y anima esa vocación de enfermería sobre la que se centra este trabajo y que forman el constructo de nuestra investigación a la luz del Carisma de las ACJ. En la ansiada búsqueda de la excelencia para no despojar de la humanización¹⁵⁷ que está necesitando continuamente esta disciplina.

Es difícil llegar a unificar los valores, actitudes y competencias profesionales fundamentales en la relación del cuidado enfermero, teniendo clara su existencia, pero es de mucha complejidad universalizar y unificar cuales deben de ser estos. Tendremos como referencia y aceptamos por su rigor científico los propuestos por la *American Association of Colleges of Nursing (AACN. 1969)* de referencia para múltiples estudios científicos.¹⁵⁸ La Asociación Española de Enfermería y Salud fundada en el 2002 como respuesta a una necesidad profesional, buscando un foro de debate, un punto de encuentro ajeno a ideologías políticas y sindicales, no ha trabajado en la definición de valores fundamentales en el cuidado enfermero. Reconocemos su escaso peso a nivel mundial por ello la elección de la AACN para tenerla como referencia en este estudio.

El profesional de enfermería en el desempeño de su actividad profesional cuenta con una base de conocimientos y un manejo de habilidades, actitudes y valores que lo conduce a realizar su trabajo desarrollando de la mejor manera que puede esas

156 V. CAMPS “Los valores éticos de la profesión sanitaria”, Universidad autónoma de Barcelona, España, *Educación Médica*, 16 (2015), 3-8.

157 R. GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ *El Reto de Humanizar la Actividad Asistencial, Planes Autonómicos de Humanización, «Descendiendo a la Realidad»* Sociedad Española de Formación Hospitalaria, Madrid 2017, 3-33. Cfr. V. Camps «*En busca de la excelencia profesional*», 4

158 M. DÍAZ FLORES, D M. CASTRO RICALDE , J. CUEVAS, L. BRENDA “Valores profesionales de enfermería: Una mirada hacia la formación en la Educación Superior.” *Humanidades Médicas*, 12 (2012), 289-299; MIRTHA, *Valores*, 80-93.

capacidades.¹⁵⁹Toda concepción que nos conduce al cuidado enfermero nos lleva a tener presente un sistema de creencias, valores sociales y culturales, propios de la identidad profesional y de relevancia para esta disciplina.¹⁶⁰

Tenemos presente «valor», como termino proveniente del latín «*valere*» que significa «*estar bien*».¹⁶¹Un valor es algo que se implanta por sí solo, impone lo que es aceptado y deseable para un individuo o sociedad como preciso y exacto, como un todo.¹⁶² Nos vamos acercando al termino valor, como un patrón a seguir, como una guía que ayudará a nuestro comportamiento, a ser, estar y vivir de un modo propio, particular, configurando ese criterio de juicio, preferencia y elección para la acción,¹⁶³ y que en nuestra investigación vamos descifrando que encierra nuestra vocación de cuidar.

Estos valores a los que nos vamos acercando son manifestados desde el sentir y la voluntad humana, no asimilables a fuentes puramente intelectuales, necesitando

159 C. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, , K M. PILOTO TOMÉ, L. INSÚA GRILLO, B. MOREJÓN PERDOMO, “Formación de valores en los enfermeros del nuevo modelo pedagógico.” *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 11(2007), 175-184.

160 A. RAMIO JOFRE “Noción de cuidar, valores y actitudes de la Profesión de enfermera.” *Revista Labor Hospitalaria. Barcelona: EUI Sant Joan de Deu. Esplugues de Llobregat*, 276 (2005), 39.

161 M. C. AGUILAR L, MA. GARCÍA M, Q. CALVO S. “Valores hacia el trabajo del personal de enfermería.” *Enferm*, 13(2004), 44-45; J. A. RAMIÓ *Valores y actitudes profesionales, Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. Barcelona: Departamento de Sociología y Análisis de las organizaciones Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Barcelona; 2005, 50-51.

162 J. ORTEGA Y GASSET, *Introducción a una estimativa: ¿Qué son los valores?* Ed. Madrid: Encuentro; 2004, 11-16.

163 A. J. GARCÍA, *Actividades Religiosas, Valores y razonamiento Moral* [tesis doctoral]. Valencia: Facultat de Psicologia Departament de Psicologia Bàsica, Univessitat de València; 2002.

para ello en palabras de Frondizi¹⁶⁴ ser adquiridos estos valores desde la libertad del sujeto, mediante un proceso de valoración o juicio crítico, dentro de un proceso relacional, necesitamos del otro y de la socialización de estos valores. Sólo existe el valor si hay un sujeto que lo valore y una sociedad que ensalza su proceso de valoración. Su socialización estará condicionada por ambientes físico, culturales, sociales, conjuntos de necesidades de ese momento histórico y el factor tiempo y espacio con el que se relacione.¹⁶⁵

Si en el proceso educativo tanto académico como continuado de toda profesión, tenemos en cuenta el aprendizaje de los valores y actitudes, estaremos fomentando una formación integral de las personas¹⁶⁶ y caminando a la excelencia como profesionales.

Llegar a ser un buen profesional, es la meta a la que cualquier trabajador debería aspirar dentro de su desempeño profesional, independientemente de la rama a la que se dedique, pero dentro de las ciencias de la salud, cuando nos referimos a la enfermería o la medicina, esto se da por supuesto. Por ello asociamos no en vano que cuando alguien se quiere dedicar en su vida a ser enfermero y ocuparse del cuidado profesional como un elemento de su existencia, lo hace movido por una serie de valores y actitudes, por vocación.¹⁶⁷

Según Rocher¹⁶⁸ los valores relacionados con la disciplina del cuidar tienen que estar siempre al servicio de la vida y no la vida al servicio de estos valores, para ello podremos identificarlos mediante actitudes y comportamientos específicos de las personas. Desde aquí según este mismo autor daremos sentido e identidad a la profesión.

Pasaremos ahora a detenernos en los valores fundamentales para el profesional

164 R. FRONDIZI, “¿Qué son los Valores? Introducción a la Axiología.” 3a. Ed, México, *Breviarios del Fondo de Cultura Económica* 135 (1986), 77.

165 FRONDIZI, *¿Qué son...?*, 79.

166 ML. BARBA, “Los valores y la formación universitaria”. Alcántara SA, *Reencuentro*, 38 (2003), 16-23.

167 CAMPS, *Los valores*, 3-8.

168 RAMIO, *Noción de cuidar*, 41.

de enfermería, de los que se derivaran una serie de actitudes y conductas profesionales, definidos como tales por la American Association of Colleges of Nursing y sobre los que hemos centrado nuestro trabajo de investigación, al realizar los cuestionarios de nuestro trabajo de campo en los que esta asociación define como fundamentales.

7.1. Altruismo

Valor esencial para la relación de cuidado definido por la AACN¹⁶⁹ como:

«Preocupación por el bienestar de los demás», relacionándolo directamente con las actitudes y cualidades profesionales de: «cuidados, compromiso, compasión, generosidad y perseverancia». Al mismo tiempo que le atribuye como conductas profesionales: «dar atención completa al paciente cuando lo atiende, ayuda a otros profesionales para prestar cuidado, expresa preocupación sobre tendencia y cuestiones sociales que tienen implicación sanitaria».¹⁷⁰

Podemos decir que es del francés donde encontramos su sentido etimológico del término, su origen está en la palabra «altruisme», que significa «filantropía» y que, a su vez, procede del latín «alter», que podía traducirse como «el otro».

Consideramos al filósofo francés Auguste Comte¹⁷¹, padre de la Sociología y el Positivismo, el que acuña el término por primera vez a mediados del siglo XIX. Entendemos el altruismo desde esta ideología como la ayuda o atención desinteresada hacia el otro, hacia el prójimo. Buscando ser el opuesto al egoísmo. El altruismo intenta pues preocuparse del bien ajeno, dejando en un segundo plano el del sujeto que lo ejerce. Este sujeto agente, puede que asuma sacrificio en el acto que ejerce para proporcionarle beneficio al prójimo.

Desde su sentido filosófico podemos enmarcar el altruismo como un valor que voluntariamente ponen en juego el sujeto en la relación de cuidado, buscando beneficiar

169 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

170 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

171 A. COMTE, *Catecismo positivista*, Editorial Nacional, Madrid 1982.

al otro y que no repara por anticipado en encontrar beneficios para él mismo. Dejando el sentido que le conduce a realizar esa acción en algo que le es ajeno.¹⁷²

Para Luz C. hacer el bien al prójimo tiene en su base la caridad, movilizadora esta por el amor a Dios. «*La caridad, o sea amor al prójimo, hacerle bien de alguna manera a su alma o a su cuerpo*»,¹⁷³ es fundamental para este carisma tener presente el bien del otro y que la fuerza que nos mueva a realizar ese bien radique en Dios¹⁷⁴, apartándola de la filantropía o de un comportamiento generoso como producto de dar gusto a nuestro propio egoísmo.

Queda evidenciado el sentido de altruismo para la disciplina del cuidar y la fuerte presencia que este valor tiene dentro del carisma de las ACJ como referencia de relación con el prójimo.

7.2. Dignidad humana

Valor esencial para la relación de cuidado definido por la AACN¹⁷⁵ como:

«*Valor y unicidad inherente de una persona*», relacionándolo directamente con las actitudes y cualidades profesionales de: «*consideración, empatía, humanidad, amabilidad, respeto y confianza*». Al mismo tiempo que le atribuye como conductas profesionales: «*proteger el derecho individual a la intimidad, trata a los individuos como ellos lo prefieran, mantiene la confidencialidad de los pacientes y el personal, trata a los demás con respeto independientemente de los antecedentes*».¹⁷⁶

Conocemos que la dignidad humana está en el centro del Carisma de las ACJ:

«*Las que militan esta congregación han de tener el más ardiente amor al*

172 Voz “Altruismo” en <https://definicion.de/altruismo/> Consultado 18-4- 2016.

173 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 416.

174 Mt 25,31-46, «*Cada vez que lo hicisteis con uno de éstos, mis humildes hermanos, conmigo lo hicisteis*».

175 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

176 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

*salvador y la máxima estima del valor de un alma (dignidad) [...] por eso deben desear sinceramente realizar la misión que el Señor con tan singular amor les confía...».*¹⁷⁷

En nuestra condición de personas nos encontramos de manera categórica con la dignidad, esta está necesitada del fundamento tan real y concreto como es la vida. La vida desde esa perspectiva, es ya el sostén material de la dignidad humana, no podemos separar estos términos, la dignidad sin la vida no encuentra su sentido, porque lo que no subsiste encarnado no existe.¹⁷⁸

Añadiendo alguna novedad a la idea de dignidad que hemos analizado profundamente en otro capítulo de este trabajo anteriormente, podemos asegurar que cuando se cuida la vida, cuidamos la dignidad del ser humano sobre el que se realiza como enfermeros nuestro trabajo cotidiano.

7.3. Estética

Valor esencial para la relación de cuidado definido por la AACN¹⁷⁹ como:

*«Cualidades de objetos hechos y personas que proporcionan satisfacción», relacionándolo directamente con las actitudes y cualidades profesionales de: «gratitud, creatividad, imaginación, sensibilidad». Al mismo tiempo que le atribuye como conductas profesionales: «adaptar el entorno de forma que sea agradable para el paciente. Crear un ambiente de trabajo agradable para sí misma de forma que favorece una imagen positiva de la enfermería».*¹⁸⁰

La palabra estética se deriva de una palabra griega que es αισθητικός, en latín «*aesthetica*», y que es «sensación» o también podemos entenderlo como «percepción». Nos podemos preguntar a qué hace alusión este término dentro de la disciplina del cuidar. Estética significa: teoría de la percepción; teoría de la facultad

177 Constituciones de la congregación de Damas apostólicas de Sagrado Corazón de Jesús, art. 9, p. 11.

178 JI. CALLEJA SÁENZ DE NAVARRETE. . El cuidado de la vida, Apostólicas del Corazón de Jesús, *el colibrí*, Madrid, 21 (2015), 24-25.

179 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

180 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

de tener percepciones; teoría de la faculta de tener percepciones sensibles y también teoría de la sensibilidad como facultad de tener percepciones sensibles. Así la utiliza Kant en su *Crítica de la Razón Pura*¹⁸¹. Queda evidenciado que la enfermería tiene que tener esta sensibilidad de captar lo que el otro necesita, incluso sin que haya comunicación verbal, interpretando su gesto de dolor o su mirada de sufrimiento.

Podemos hablar de la estética como teoría de lo bello, gracias al filósofo alemán, casi contemporáneo de Kant, Baumgarten,¹⁸² sin embargo este filósofo se apoyará en Platón y Aristóteles, para atribuirle ese nuevo significado. Tales filósofos vinculaban la palabra estética con la percepción y muy particularmente con la percepción de la belleza y el influjo que ejerce sobre nuestra mente.

Podría parecer un desafío referirnos a nuestro quehacer enfermero como un arte, pero si llegamos a entenderlo como una forma de actuar mediante la cual vamos a usar los recursos de los que disponemos para imitar o expresar las emociones de la persona y lo invisible, no estaremos lejanos al cuidado.¹⁸³ Pretendemos plasmar ideas, sentimientos emociones, producto de una obra humana, aquí nos podríamos estar refiriendo a las terapias que se usan en innumerables patologías neurológicas, discapacidades físicas, rehabilitaciones, etc.

Para Chinn y Kramer¹⁸⁴ nos ayudan a reconocer que la estética en la disciplina enfermera es un camino para llegar al interior de una situación y reconocer su significado, conscientes de que necesitaremos contar con los recursos adquiridos que permitan transformar nuestra experiencia. Este conocimiento estético se hará visible mediante las acciones, conductas, actitudes, narrativa e interacciones de los profesionales de la enfermería cuando se relaciones con otros. Su transmisión es de

181 J. HUTCHISON STIRLING, *The Critique of Pure Reason*, Aesthetic, Categories, Schematism, Oliver and Boyd, Tweeddale Court, Edinburgh, 1881, 29.

182 J. DEL VALLE, “El principio de la estética y su relación con el ser humano: Acerca de la dimensión antropológica de la Estética de Alexander Baumgarten” *Estudios de Filosofía*, 38(2008), 47-68.

183 LL.VELANDIA Historia del arte, 2010. <http://www.monografias.com/trabajos13/histarte/histarte.shtml> Consultado 4-6- 2016.

184 CHINN, *Theory and Nursing*, 1-15.

unos a otros y lo perfeccionamos desde la relación profesional y en el desempeño cotidiano de los cuidados.

Esta relación a la que hacemos alusión como conocimiento estético entre profesionales también se establece entre los profesionales y el sujeto que recibe los cuidados, hablando de individuos o comunidades, de esta relación se deriva una expresión transformadora de la realidad, refiriéndonos a la propia experiencia que se va a desarrollar entre ambos y que puede estar muy mediada o no por esa evidencia estética a la que hacemos alusión.¹⁸⁵

Continuando con la realidad que nos plantea Potter,¹⁸⁶ nos supone un problema inicial cuando pensamos en pintura, escultura, cine, danza y otras “obras de arte”, sin caer en la cuenta que no son las únicas vías de comunicación de la evidencia estética. Queda demostrado que la estética esta y tiene su importancia dentro del cuidado profesional de la enfermería.

Luz C. repara en la estética desde la modestia, como forma de distintivo, no quiere que se lleve hábito exterior, son los gestos, la tranquilidad, la serenidad sin dureza, desde la personalidad cultivada en la vida interior y en la piedad, donde hacía el llamamiento a la importancia que tenía esta expresión para alcanzar que se les reconociera como religiosas sin necesidad de mostrar crucifijos o hábitos externos. Tienen que vestir como las gentes humildes del lugar, lo que les permitirá acceder a lugares donde no esté bien visto el ser católico y para no mostrar en ningún caso distancia o diferencia con el prójimo necesitado. «*La compostura del rostro... el modo de hablar, de mirar, de tenerse, es decir que sea una compostura perfecta... por ahí nos han de conocer que somos religiosas, este debe ser nuestro hábito*».¹⁸⁷

«*Actuaras de tal forma, que sin saberlo la persona que te vea pueda pensar: esta es la enviada del Señor*»¹⁸⁸

185 S. PORTER, “Fundamental patterns of knowing in nursing: the challenge of evidence-based practice.” *Ans Adv Nurs Sci.*, 33(2010), 3-14.

186 PORTER, *Fundamental*, 3-14.

187 M^a. MUNÍTZ, *Explicaciones de la Reverendísima Madre Fundadora. Diario y otros*, Madrid, .27.

188 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 457.

Este carisma también tiene palabras para la belleza: *«nos preocupa la dificultad para cultivar una cultura donde el bien, la verdad y la belleza sean objeto de preocupación para dar sentido a la vida propia y común, para asentar la justicia social, para entender la compasión con los pobres, para hacer posible el respeto de los otros en sus diferencias justas y negar, sin embargo, lo que son fundamentalismos culturales contra los derechos de las mujeres, los niños, los migrantes... Nos importa mucho esta base cultural que hace posible hablar de Dios como Sentido y Amor, sin que suene ofensivo o caduco»*.¹⁸⁹

7.4. Igualdad

Valor esencial para la relación de cuidado definido por la AACN¹⁹⁰ como: *«Tener los mismos derechos, privilegios y situación»*, relacionándolo directamente con las actitudes y cualidades profesionales de: *«aceptación, asertividad, imparcialidad, autoestima, tolerancia»*. Al mismo tiempo que le atribuye como conductas profesionales: *«ofrecer cuidados enfermeros respecto a las necesidades individuales, con independencia de características personales, interactuar con otros profesionales de una forma no discriminatoria, expresar ideas sobre la mejora del acceso a la enfermería y la atención sanitaria»*.¹⁹¹

Podemos hablar de la igualdad como: *«el trato idéntico que un organismo, estado, empresa, asociación, grupo o individuo le brinda a las personas sin que medie ningún tipo de reparo por la raza, sexo, clase social u otra circunstancia plausible de diferencia o para hacerlo más práctico, es la ausencia de cualquier tipo de discriminación»*.¹⁹²

Tenemos claridad cuando nos referimos a la igualdad en las disciplinas del cuidar, hacemos alusión directa a los principios de bioética que abordaremos en otros capítulos de la investigación y a lo que expresa explícitamente la AACN. Sin querer

189 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIV CG, 11-12.

190 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

191 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

192 Igualdad valor, <https://www.definicionabc.com/social/igualdad.php>, Consultado 11-02-2017.

entrar en profundidades filosóficas sobre este término, que no son cometido de esta investigación ya que su pretensión es tener claridad cuando nos referimos a la materia fruto de este trabajo.

La declaración Universal de los derechos humanos¹⁹³ puede ser considerada como el paso fundamental para definir y resaltar la dignidad e igualdad de las personas, dice en su artículo primero: *«Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros»*.¹⁹⁴

En los textos bíblicos podemos encontrar también algunas llamadas importantes a la igualdad, que nos hacen entender que ha sido una necesidad desde el origen de la humanidad.¹⁹⁵ Siempre desde una llamada a la fraternidad.¹⁹⁶ Al identificarse Luz C con la misma lucha que su Señor *«quien dice Apóstol dice enviado del Señor»*¹⁹⁷ implícito queda en su carisma esa lucha por la igualdad, entendida como fraternidad verdadera.

193 Historia de la redacción de la Declaración Universal de los derechos Humanos: <http://www.un.org/es/documents/udhr/history.shtml> Consultado 3-11-2016.

194 Declaración universal de los derechos humanos: http://www.derechoshumanos.net/normativa/normas/1948-DeclaracionUniversal.htm?gclid=CPnF48_IzbgCFSIV7AodWS8Azg. Consultado 3-11-2016.

195 Gálatas 3:28 *«Ya no hay judío ni griego; no hay esclavo ni libre; no hay varón ni mujer; porque todos vosotros sois uno en Cristo Jesús»*.

196 Mateo 20:26-28, *«Pero entre ustedes no debe ser así. Más bien, aquel de ustedes que quiera hacerse grande será su servidor; y aquel de ustedes que quiera ser el primero, será su esclavo. Imiten al Hijo del Hombre, que no vino para ser servido, sino para servir y para dar su vida en rescate por muchos»*.

197 .RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 8.

7.5. Justicia

Valor esencial para la relación de cuidado definido por la AACN¹⁹⁸ como:

«*Defender los principios morales y legales*», relacionándolo directamente con las actitudes y cualidades profesionales de: «*coraje, integridad, moralidad, objetividad*». Al mismo tiempo que le atribuye como conductas profesionales: «*actuar como un defensor de la atención sanitaria, distribuyendo los recursos de forma justa, informar de la práctica incompetente, no ética e ilegal de forma objetiva e imparcial*».¹⁹⁹

El valor de la justicia está muy ligado a la práctica sanitaria y desde el *Informe Belmont*²⁰⁰ en 1978 se tiene presente y se incluye como uno de los principios de bioética que hay que respetar y universalizar para toda la humanidad.

Estos principios de bioética a los que hacemos alusión y que ya hemos destacado anteriormente en nuestro estudio son reformulados en 1979 por los bioeticistas T. L. Beauchamp y J. F. Childress,²⁰¹ a modo recordatorio los mencionamos: Principio de beneficencia, Principio de No-maleficencia, principio de Autonomía, principio de Justicia.

Centrándonos en la justicia como valor dentro de la disciplina enfermera, podemos decir teniendo en cuenta este principio: que como sanitarios estamos obligados a proporcionar a todos los enfermos las mismas oportunidades en el orden de lo social, sin discriminación, segregación o marginación y a la correcta administración de los recursos sanitarios en su mayoría públicos.²⁰² Enfermería debe conforme a sus principios y lealtades, establecer siempre en función de las necesidades que se planteen, realizar su plan de cuidados de una manera justa y equitativa, sin que

198 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

199 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

200 Este informe es considerado como la carta fundacional de la Bioética actual. Cf. Ministerio de Sanidad y Consumo, *Ensayos clínicos en España (1982-1988). Monografía Técnica*, núm. 17. Anexo 4: «The Belmont Report», Comisión Nacional para la Protección de Personas Objeto de la Experimentación Biomédica y de la Conducta, Madrid, 1990, 121-131.

201 BEAUCHAMP, *Principles of Biomedical*. 121-131.

202 BEAUCHAMP, *Principles of Biomedical*. 121-131.

se pueda plantear ninguna cuestión discriminatoria, de segregación o marginación en el momento de administrar los recursos sanitarios.

Este principio general de justicia, desde su inclinación ética, fue descrito por los juristas romanos como *suum cuique tribuere*,²⁰³ elevándolo a la virtud de dar a cada ciudadano lo suyo o lo que le corresponde.

Podemos establecer el origen de la justicia aproximándonos a la evocación explícita de la dignidad de todo ser humano por su naturaleza, sin tener presentes razas, inteligencia, cultura, economía, edad, género, etc., conforme a la igualdad de trato que merecen todos los seres humanos en estima a dicha dignidad.²⁰⁴ Desde esta estima a la dignidad no podemos por menos que recordar el núcleo del Carisma ACJ: *«Las que militan esta congregación han de tener el más ardiente amor al salvador y la máxima estima del valor de un alma (dignidad) [...] por eso deben desear sinceramente realizar la misión que el Señor con tan singular amor les confía...»*²⁰⁵ donde esa estima a la que hace alusión la fundadora pasa implícitamente por la justicia.

Para este Carisma sigue siendo hoy un valor muy importante a tener en cuenta en la relación con el prójimo y en la manera de ser y estar, lo podemos encontrar en la inspiración que da nombre a su último Capítulo General *«Buscando el Reino de Dios y su Justicia»*.²⁰⁶

Desde este Carisma *«somos conscientes que no podremos equiparar nuestros criterios de justicia con la justicia de Dios, que siempre altera nuestras expectativas y nos introduce en la lógica de la gratuidad, la desmesura de su Misericordia y la centralidad de los empobrecidos. La justicia vivida desde los criterios del Reino supone una llamada que ensancha los límites del Carisma [...] que se compromete por hacer del mundo un espacio de fraternidad universal, justicia y dignidad,*

203 GARCÍA , *¿Cómo debemos tratar?...Cuadernos prácticos*, 63.

204 GARCÍA , *¿Cómo debemos tratar?...Cuadernos prácticos*, 64.

205 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 9,11.

206 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIV CG, 1. Cfr. Mt. 6,33 *«Busquen primero el Reino de Dios y su Justicia y lo demás se les dará por añadidura»*.

*donde la vida sea posible para toda la Creación».*²⁰⁷ Como profesionales de la salud tenemos que luchar para que nuestros cuidados y planes de actuación en enfermería, vayan encaminados a la universalidad, la justicia y el respeto de la dignidad de todo ser humano. En nuestro impulso sanitario, no se encuentra la fuerza de la *Ruah*, palabra hebrea que significa «*espíritu*» (en griego *pneuma*) «*Espíritu Santo*», pero si compartimos las mismas metas, los mismos objetivos, por lo que estamos unidos en la misma misión o compromiso con la humanidad.

*«El Amor tiene una dimensión política y la Justicia es la concreción de ese Amor. Frente a la desigualdad creciente a la que asistimos en nuestro mundo, nos sentimos urgidas con otra mucha gente a trabajar y construir la justicia con entrañas de Misericordia, como una manera determinada de ser y estar en el mundo... hoy no podemos vivir y entender la justicia si no es contando con los derechos de la Tierra. Por eso no podemos desvincularla de sus dimensiones de Integridad de la Creación y cultura de Paz».*²⁰⁸ Jesús desde su evangelio nos urge a construir un mundo y una sociedad justa,²⁰⁹ donde el prójimo enfermo tenga la posibilidad de sanar y curar todo tipo de heridas. Ser responsables como sanitarios de luchar en esas claves de justicia, puede conducirnos a lograr que nuestras actuaciones y cuidados se establezca conforme a la justicia que defiende la bioética que hemos mencionado anteriormente, consiguiendo llevar la disciplina de la enfermería a la excelencia a la que esta llamada.²¹⁰

La justicia es un reto para la sociedad, para la humanidad y por consiguiente para las disciplinas del cuidado, enfermería no es ajena a esta necesidad y sigue apostando por que se cumpla con los términos establecidos dentro de los marcos legales y morales que se han aceptado en nuestra sociedad. (Ver Anexo 8: Código Deontológico)

207 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIV CG, 7.

208 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIV CG, 9.

209 A. BANDERA, *Paulo Freire. Un Pedagogo*, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Colección Manoa 1981, 199-202.

210 NAVA , *Profesionalización*, vocación, 62.

7.6. Libertad

Valor esencial para la relación de cuidado definido por la AACN²¹¹ como:

«Capacidad para ejercer la elección», relacionándolo directamente con las actitudes y cualidades profesionales de: «*confianza, esperanza, independencia, apertura, autodirección, autodisciplina*». Al mismo tiempo que le atribuye como conductas profesionales: «*respetar el derecho individual a rechazar el tratamiento, apoyar los derechos de otros profesionales a sugerir alternativas al plan de cuidados, animar al debate abierto de las cuestiones polémicas de la profesión*».²¹²

Podemos plantearnos la libertad desde el punto de vista existencial: ¿somos libres? Si nos situamos del lado determinista, la libertad es una utopía; desde los indeterministas hablamos de la libertad como probabilidad de elección entre todas las existentes. Desde la visión filosófica la libertad es la facultad de optar por la primacía de una cosa descartando las otras opciones. Desde el plano profesional nos podemos acercar a la libertad entendiéndola como la intención de actuar persiguiendo el bien intrínseco de toda profesión sin vincularlo a nada ni a nadie.²¹³

Hay que tener en cuenta una serie de circunstancias y limitaciones que se pueden atribuir a este valor por estar presente en el hombre desde su naturaleza limitada, perteneciente a una sociedad, a un mundo con una realidad incompleta. Estos requisitos pueden ser:²¹⁴

- Extrínsecos: violencia foránea, manipulaciones, circunstancias físicas (enfermedades), principios culturales (aprendizaje).
- Intrínsecos: psicológicos (destrezas, aciertos, equivocaciones, autoestima), por desconocimiento, por costumbres o hábitos.

Lo que no podemos poner en duda, por difícil que pueda ser establecer la

211 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

212 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

213 J. GARCÍA FÉREZ, “Responsabilidad moral de los profesionales sanitarios”, Cátedra de Bioética, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, *Labor Hospitalaria*, 266,(2005)296.

214 GARCÍA, *Responsabilidad moral*, 296.

universalidad de este valor, es que la libertad constituye uno de los presupuestos del ser humano, constituido como fundamental y básico en los derechos de la persona junto con la dignidad humana. Proclamándose desde todas las culturas y sociedades como un derecho indiscutible del ser humano.²¹⁵

No podemos absolutizar ningún derecho, pues de su uso ilimitado puede darse como consecuencia que se dañe la dignidad de otros seres humanos, siempre se tiene que establecer conforme a un código y a una estructura socialmente aceptada como bien de la mayoría.²¹⁶ Para tener claro a que nos estamos refiriendo podemos tener en cuenta la libertad de expresión como ejemplo, teniendo claro que nuestro sistema legislativo la establece como un derecho de todo ciudadano, sus límites podríamos establecerlos cuando con el abuso de esta podemos lesionar las posibilidades legítimas de otras personas.²¹⁷

Desde el punto de vista de las ciencias de la salud queda acertada la afirmación que proporciona la AACN al establecerla como la capacidad de elección siempre desde el respeto a las libertades del otro, de los pacientes con los que ejercemos nuestra relación de cuidados.

No podemos dudar que este valor es también fundamental para el Carisma de las ACJ, siendo un derecho básico de toda persona y caminando junto con la dignidad de cada ser humano. «*Nos sentimos llamadas a potenciar entre nosotras relaciones de circularidad y fraternidad, propias del Reino, para ser generadoras de vida*

215 El artículo 32.2 de la Convención Americana de Derechos Humanos, expresa que la posibilidad de hacer o abstenerse de cada persona está limitada por los derechos que asisten a los demás. La Convención dispone que ello deviene necesario en mérito de la seguridad de todos, del bien común y de una sociedad democrática. FERRAJOLI, LUIGI, *Teoría de la democracia, dos perspectivas comparadas*, México, Instituto Federal Electoral, 2001, 136.

216 J. CARPIZO, , “La libertad de expresión frente a la no discriminación”, *Revista de la Facultad de Derecho de México*, México, 252 (2009), 11.

217 A. ENEGAS, LYNCH Y C. JACKISCH, *Límites al poder; los papeles antifederalistas*, Buenos Aires, Lumière, 2004, 61.

fraterna en reciprocidad, libertad e interdependencia».²¹⁸ Apostar por la libertad, la reciprocidad y la interdependencia para alcanzar una vida más fraterna, nos acerca a humanizar nuestras relaciones, poniendo en el centro el respeto por la dignidad, con los valores del Reino como guías, que no son otros que los mismos valores de los derechos humanos fundamentales.

Desde este Carisma queremos: *«vivir prácticas que, ante tanta desigualdad, construyan la justicia, la paz, el amor y la verdad, prácticas de liberación que brotan del amor y la ternura, que humanizan la vida de lo pequeño, en lo cotidiano, en lo que nos toca bien de cerca, en lo que tenemos al lado..., que nos relacionan y conectan también con otras tantas personas que intentan lo mismo: ser más humanas entre nosotras y hacer un mundo humanizado, particularmente para los más frágiles y olvidados, los que padecen las consecuencias de toda injusticia*».²¹⁹ Caminar hacia la humanización en la justicia, la paz y la verdad, son comunes a las demandas que la actual sociedad está exigiendo a los profesionales de la sanidad, consciente de la necesidad de la relación con otras personas que intentan lo mismo, desde este Carisma se anima al diálogo, al encuentro con el otro, para procurar siempre un mundo más humanizado.

7.7. Verdad

Valor esencial para la relación de cuidado definido por la AACN²²⁰ como:

«Fidelidad a los hechos o la realidad», relacionándolo directamente con las actitudes y cualidades profesionales de: *«responsabilidad, autenticidad, honestidad, curiosidad, racionalidad»*. Al mismo tiempo que le atribuye como conductas profesionales: *«documentar los cuidados enfermeros de forma exacta y honesta, obtener suficientes datos para emitir juicios firmes antes de informar de infracciones de las políticas organizativas, participar en los esfuerzos profesionales para proteger al público de la información equivocada sobre la enfermería»*.²²¹

218 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XI Capítulo General, Madrid 1996, 19; Mt. 23,8; Lc. 22,26 Mc. 3,32-35.

219 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIV CG, 5; Mt. 9,12-13; Lc. 15.

220 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

221 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

El principio de veracidad se define como la obligación de decir la verdad y no mentir ni engañar al prójimo²²². Consideramos esta base como fundamental para poder mantener una relación de confianza a lo largo del tiempo con el paciente. Es básico además para poder fomentar la autonomía del paciente.

Según Smith (1978)²²³ la antigua filosofía dejaba en manos de la parcela intelectual la comunicación entre la verdad y el hombre. Para avanzar sobre esa idea de intelectualismo nos acercamos a la filosofía contemporánea y los moralistas como Shaftesbury y Hutcheson, que no entiende la verdad como algo elevado sólo a la razón «*la verdad se implica en la vida entera del hombre, es el hombre el que la profiere y quien cree en ella*»,²²⁴ como sanitarios caminamos hacia esa verdad querida y deseada dentro de la relación terapéutica, respetando los límites que se establecen de forma flexible.

La información clínica deberá ser verdadera y responsable, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades, ayudándole a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. Debe abarcar los aspectos más significativos relacionados con su proceso patológico.²²⁵ Si perdemos esa relación de responsabilidad y verdad, el paciente deja de confiar en los cuidados que se le ofrece y todo nuestro trabajo queda vacío de cualquier contenido que favorezca la humanización y el trato oportuno.²²⁶

Smith²²⁷ quiere elevar la verdad a la universalidad para que sea aceptada como

222 GARCÍA, ¿Cómo debemos tratar ?..., 72-74.

223 A. SMITH A. *Teoría de los Sentimientos Morales*. Trad. GERMÁN EDMUNDO, México: Fondo de Cultura Económica. 1978, 7.

224 R. POPPER K.. *Consideraciones sobre la verdad*. Conocimiento Objetivo. Madrid: Tecnos. 1982, 51.

225 F. MUGÍAS LIZANCOS, “El compromiso social de las enfermeras.” *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 17(2017), 6-7.

226 M-F. COLLIÈRE (1930-2005). “Promover la vida” *Revista Cubana de Enfermería*, 21(2005), 1.

227 SMITH, *Teoría de los sentimientos*. 7.

absoluta, atemporal e independiente de quien la formula. Estas grandes verdades que en filosofía quedan evidenciadas, en las disciplinas del cuidar, la verdad queda enmarcada en el plano legislativo con los derechos y deberes de los usuarios según la autonomía competente, siendo este el terrenos que nos aporta competencia y que alude al valor de la verdad entendido dentro de la disciplina de enfermería.²²⁸

El Carisma de las ACJ quiere seguir en esta línea de la verdad animando a: «*vivir prácticas que, ante tanta desigualdad, construyan la justicia, la paz, el amor y la verdad, prácticas de liberación que brotan del amor y la ternura, que humanizan la vida...*»²²⁹ Una verdad que da sentido a las relaciones humanas sin atentar contra la justicia.

Para Luz C. una persona que no falta a la verdad es una persona de grandes valores y virtudes: «*personas piadosas y hasta virtuosas en grado elevado, que no faltan a la verdad y que están dispuestas a sufrir y sufren por no hacer ningún acto injusto...*»²³⁰ a lo cual dedica un tratado específico: Tratado apostólico sobre la sinceridad.²³¹

Se da importancia suprema a la verdad con el fin de no engañar a los demás y de no hacer daño al prójimo, siendo para ello necesario en algunos momento la falta de sinceridad, no como un atentado a la verdad, sino como un medio para evitar el mal al otro. «*La sinceridad es la verdad, y su falta es lo que llamamos doblez, por otro nombre mentira, falta a la verdad [...] escondiendo la verdad se puede hacer mucho daño, muchísimo daño a la Congregación y a la Obra Apostólica que es lo principal [...] si se trata de un enfermo no se diga nada*» faltarle a la verdad al enfermo es atentar contra la justicia y esa injusticia es delante de Dios.²³²

Tiene en cuenta en este tratado su fundadora diferentes consideraciones acerca de la falta de sinceridad, distinguiendo entre: faltársela a los superiores, faltársela a

228 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE de 29 de abril de 1986).

229 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIV CG, 5; Mt. 9,12-13; Lc. 15.

230 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 165.

231 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 245-251.

232 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 245-246.

las obras y la necesidad de no tener que decir la verdad en determinadas situaciones porque se deriva el bien de ello.²³³

Si esta falta a la verdad, está relacionado con las Obras Apostólicas «*es gravísima porque se trata nada menos que de la salvación de las almas, que es lo más importante que hay después de la salvación de la propia*²³⁴ [...] *no todas las verdades han de decirse, no habría medio de vivir en sociedad, estando siempre molestando y humillando a los demás, porque estoy en la verdad [...] esta sinceridad de andar diciendo verdades sin ton ni son es una verdadera insolencia y muchas veces falta de educación*».²³⁵ Poco hay que añadir en el campo de las relaciones sanitarias a las palabras de la fundadora, si las relaciones del sanitario usan las premisas que se derivan de estas palabras, la relación terapéutica caminará hacia el mayor beneficio y la excelencia profesional. Atentar a la verdad supone, atentar contra el enfermo, si no se deriva beneficio alguna de esta falta de sinceridad.²³⁶

Según los acontecimientos y las demandas de los últimos tiempos nos acercamos a momentos en los que la práctica enfermera basada en la evidencia científica, camina hacia su evolución en «*la práctica basada en los valores*»²³⁷, donde juega un papel central el constructo de valores que componen esta disciplina del cuidar. La sociedad demandará una formación profesional basada en los conocimientos científicos y técnicos, enfatizando en qué valores tienen estos profesionales en su práctica cotidiana, la llamada humanización a la que venimos haciendo referencia en todo este trabajo de investigación.

Si eliminamos de la práctica enfermera, los fundamentos basados en valores, filosofía, historia e incluso teológicos, podríamos vaciar de muchas respuestas

233 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos* 246.

234 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 248.

235 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 251.

236 R. GUERRA ZAGARZAZU, O. BRACHO DE LÓPEZ, “Las virtudes de la diligencia, servicio y responsabilidad en el actuar ético de la atención y del cuidado médico. Una propuesta para la educación en valores en los programas de formación de los profesionales de la salud, en Salud” *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. Universidad de Carabobo 12 (2008) 22-27.

237 S. GRYPMA, “Enfermeras e historia”, Trinity Western University, Langley, BC Canadá, Traducido PÉREZ CANO I. *rev. JCN* 7 (2009), 1-9.

y contenidos a los cuidados y dejarlos en las manos de una salud que ponga su atención en una mercancía más, el paciente y la salud se «cosificarían».²³⁸ Estaríamos atacando la sensibilidad del cuidado enfermero, por lo que tendríamos que reflexionar seriamente que valores nos guían y son fundamentales en nuestra práctica, evitando que los pacientes puedan expresar la deshumanización de la salud y la “robotización” en la atención que reciben.²³⁹

238 A. POTTER P., G. PERRY A, A. STOCKERT P., M. HALL A. *Fundamentos de enfermería*, 8ª edc. Elsevier, Madrid, España, 2015, 707-737.

239 POTTER, *Fundamentos*, 707-737.

8. EL CARISMA VOCACIONAL DE LAS ACJ Y LA PRAXIS DE ENFERMERÍA

8. EL CARISMA VOCACIONAL DE LAS ACJ Y LA PRAXIS ENFERMERA

Recordamos las palabras de F. Nightingale cuando hacia alusión a los requisitos para ser buena enfermera: «*Y recordemos que una enfermera debe ser una persona de la que se puede uno fiar; en otras palabras, capaz de ser enfermera <de confianza> (...); no puede ser chismosa, ni ligera charlatana; nunca debe contestar preguntas sobre su enfermo, sino a aquellos que tienen derecho a preguntar; no debo decir que ella debe ser estrictamente moderada y honesta, pero, más que esto, debe ser una mujer religiosa y devota; ha de respetar su propia vocación, porque con frecuencia se coloca en sus manos el precioso don de la vida; debe ser una minuciosa, fiel y rápida observadora, y ha de ser una mujer de buenos y delicados sentimientos*». ²⁴⁰

Para situar el carisma vocacional de la congregación dentro de la praxis enfermera, en primer lugar haremos referencia a la influencia de la religión a lo largo de la historia y el papel de la mujer como impulsora de la disciplina enfermera, claro está contextualizadas en su momento y con las posibilidades de las que disponían. Posteriormente nos daremos cuenta que Luz R. Casanova elabora una profunda reflexión sobre cómo tratar a los enfermos en su obra que llamara “Patronato de Enfermos”²⁴¹ (Anexo 5) y que actualmente es el nombre que se puede leer en la casa fundacional que tiene esta Congregación religiosa en Santa Engracia, Madrid. Su visión es apostólica y de evangelización, un «*soldado de la batalla de Cristo, de la Lucha de Amor*», pues así se puede interpretar leyendo sus escritos y ella misma hace alusión con esta terminología al ser ignaciana su espiritualidad.

Del Tratado Apostólico del Patronato de Enfermos, podremos decir, que responde a una estructura de cualquier teórica enfermera contemporánea, dejando al margen la verdad de salvación que encierran sus palabras. Desentrañar este tratado es descubrir los valores y actitudes que se pueden exigir de cualquier sanitario para relacionarse con el enfermo, descubrir que somos semejantes en el trato que queremos establecer con nuestros pacientes, dar fundamento a qué y cómo se establece la relación terapéutica cuando queremos cuidar y sanar.²⁴²

240 NIGHTINGALE, *Notas*, 2.

241 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 303-309.

242 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 303.

No escatima detalle en sus palabras Luz R. Casanova cuando quiere atender al enfermo, tiene una visión holística de la persona muy adelantada en el pensamiento a lo que a su época le corresponde «*Que fuera una asistencia completa a ser posible, para conseguir que reciban la parte espiritual si es posible*». ²⁴³ Para ello exige todo el esfuerzo que sea necesario, sin escatimar fuerzas, para que el resultado sea «*un bien grande a las almas y a los cuerpos*». ²⁴⁴

El Tratado queda estructurado en cinco partes, que a su vez se encuentran divididas en tres apartados: Supone (donde establece como tiene que realizarse la relación de cuidado y que tiene que encontrar y obtener el enfermo cuando solicita nuestra ayuda); Soluciones (los recursos necesarios para dar respuesta a las necesidades que se deriven de apartado anterior, tanto personales, materiales, espirituales, etc.) Dificultades (enumera una serie de problemas que se pueden plantear, para que si se presentan podamos dar respuesta, minimizando los resultados negativos de la relación con el enfermo). ²⁴⁵

No rebaja detalle alguno, «*que esta Obra del patronato de Enfermos esté perfectamente preparada y ordenada, y los enfermos que a ella acuden en demanda de auxilio encuentren lo que desean*» ²⁴⁶ piensa en todos los elementos que pueden hoy ser necesarios para dar una respuesta enfermera de calidad, piensa el en personal «*personal de mucha conciencia*». Actualmente podemos pensar en un personal formado en valores, actitudes, competencias y comportamientos y una sensibilidad moral que nos capacite para una relación terapéutica de calidad.

«*Un servicio de médico, practicante, farmacéutico y de clínica muy bien montado*» «*que estos servicios se den sin pérdida de tiempo con mucha puntualidad sin interrupción y con constancia*» «*se tenga la población dividida por demarcaciones para que se puedan hacer en mejores condiciones*», ²⁴⁷ en la actualidad desde la Ley

243 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 304.

244 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 304.

245 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 304-309.

246 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 305.

247 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 305-306.

General de sanidad²⁴⁸ se hace referencia a esta estructuración de la población como una necesidad para establecer una asistencia sanitaria de calidad e igualdad para todos los usuarios del sistema sanitario de cualquier lugar del país. Es admirable en esta mujer que sin poseer formación específica en sanidad, tiene una visión muy adelantada a su tiempo para concebir las necesidades que han de tenerse en cuenta para establecer una asistencia al necesitado, en la que se tengan presentes todos estos pormenores, que posteriormente con el tiempo descubrimos que no sólo son una necesidad, sino que llegan a legislarse como necesarios para nuestro actual sistema sanitario.

La puntualidad, exactitud y constancia en la asistencia, equipos bien formados para asistir las necesidades que se planteen, saber escuchar y dar respuesta a las quejas que se planteen «*no se ha de mirar con indiferencia las quejas de los enfermos*»,²⁴⁹ todo queda detallado hasta el más mínimo detalle, en un intento de alcanzar la excelencia y en su pretensión como religiosa de regalarle al prójimo el encuentro con Dios: «*solucionar esta lucha de que el enfermo reciba los Santos Sacramentos y se prepare para morir bien y salvar su alma que es lo importante se ha de tratarlo tomando mucho interés en sus sufrimientos, atendiéndole mucho para aliviar sus dolores, que vea que no sólo nos tomamos interés por su alma sino por su enfermedad corporal también; orando mucho por él, procurando que se vaya despegando de la tierra y se acuerde de cielo, llevándole buenas lecturas, no dejando pasar ocasión de hacerle mucho bien y sobre todo tratándole con mucho cariño*».²⁵⁰

Una vez plasmados los contenidos y estructuras elementales de este Tratado, nos podemos hacer una idea de la grandeza de la Obra, la capacidad asistencial que se pretendía cubrir y las condiciones en las que pretende hacerla. No se puede dejar nada a la libertad para tan importante tarea, pues serán muchos los imprevistos a los que tendrá que hacer frente y saber solucionar.

No puede seguir siendo pobreza para la disciplina enfermera, que estos Tratados y el pensamiento de Luz R. Casanova, siga desconocido para su actividad cotidiana, en ese deseo de llevar los valores y actitudes que de su Carisma se desprenden, en los cuales está inspirada esta investigación. Se necesita establecer siempre puentes

248 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE de 29 de abril de 1986).

249 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 306.

250 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 309.

de comunicación para la disciplina enfermera, desde los elementos comunes que creyentes y no creyentes establecemos como necesarios para las relaciones de cuidado o actividades de enfermería²⁵¹.

251 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

9. RECORRIDO HISTÓRICO DEL CUIDADO Y SU RELACIÓN CON EL CRISTIANISMO

9. RECORRIDO HISTORICO DEL CUIDADO Y SU RELACION CON EL CRISTIANISMO.

En el transcurso del tiempo y en todas las culturas han existido especialistas en el cuidado de la salud. Entre las profesiones más antiguas de la humanidad está la de bruja, sanadora, partera, etc.²⁵². Para llegar a ser sanadora o sanador, era preciso ser elegido mediante un proceso propio de cada cultura, por herencia, iniciación en sueños, etc.; además de ser elegido, se exigía preparación (conocimientos y saberes) y adiestramientos (habilidades prácticas), hasta llegar a ser considerado apto por parte de los sanadores mayores y finalmente ser reconocido por la sociedad para recurrir a ella.

La enfermería ha ido desarrollando el contenido de su función a través de la historia, como lo han hecho la medicina y otras profesiones, por lo que su historia hoy día puede dar razones de esta evolución, que se ha hecho irreversible para convertirse en una profesión sin perder la originalidad de su esencia: el cuidado. Partimos del conocimiento que la enfermería, como actividad, de acuerdo con los historiadores ha existido desde el inicio de la humanidad, pues la especie humana siempre ha tenido personas incapaces de valerse por sí mismas y siempre se ha visto en la necesidad de cuidar de ellas.

Si reconocemos que la enfermería existe desde siempre, no resulta tan sencillo demostrar estos extremos en documentos. La asistencia sanitaria es una amalgama de saberes y quehaceres sanadores, de los que surge tanto la medicina como la enfermería.

No podemos dejar de lado el papel que tiene la mujer en esta rama de las ciencias de la salud, y no es una defensa del enfoque de género solamente, es el reconocimiento a la verdad histórica. Cuando se habla de “teóricas” de enfermería se refiere a las mujeres enfermeras, ya que esta ha sido una profesión femenina durante muchos años, y desde mediados del siglo XX con alguna participación masculina; no así en el campo teórico, donde ejercen el protagonismo las mujeres.

Una de estas mujeres es Luz R. Casanova, que se plantea el cuidado de una manera estructurada y organizada, como necesidad de su momento y especialmente de los más empobrecidos, para los cuales se hace más duro el estar enfermo, por la dificultad en las condiciones higiénico sanitarias y de accesibilidad a los recursos sanitarios²⁵³.

252 P. CAMPOS, *Fundamentos de enfermería* en: <http://prisi-campos.blogspot.com.es/2017/12/concepto-de-profesion-este-concepto-en.html>. Consultado 16-1-2018.

253 Mt, 25,46: «a mí me lo hacéis».

9.1. La influencia de la religión.

Dentro del Imperio Romano surge de forma independiente otra cultura sanitaria que tiene como origen la religión cristiana. Este hecho no solo ha merecido la atención desde el punto de vista religioso, también social y médico. Desde este aspecto el profesor Laín Entralgo en 1976²⁵⁴, quien al estudiar la repercusión que tuvo la doctrina cristiana en la medicina de esos siglos, nos dio también las claves para el estudio de la Enfermería. La creación de estas fundamentales novedades que introduce el Cristianismo en relación con el mundo de los enfermos, tuvo al menos las consecuencias siguientes:

- La consideración del sentimiento de ayuda al enfermo como un deber religioso y, por tanto, la creación de instituciones dedicadas a este propósito.
- La condición igualitaria del tratamiento. No hay diferencia entre griegos, bárbaros, hombres libres y esclavos, pobres y ricos. Todos son atendidos sin que exista discriminación, como ocurría en el mundo pagano.
- La incorporación metódica del consuelo. En determinado sentido “técnico” una especie de psicoterapia en la acción del médico y del cuidador.
- La asistencia gratuita. Solo por caridad al enfermo.
- La valoración moral y terapéutica de la convivencia del dolor. El dolor y sufrimiento eran sobrellevados pacientemente.

El amor al semejante centra la atención de toda una sociedad y tiene unas repercusiones importantes para la enfermería. Los grupos de personas dedicadas al cuidado lo atestiguan: la Comunidad Cristiana, las Vírgenes, las Viudas y las Matronas Romanas, grupos que dedicaron su vida a la atención de los enfermos y necesitados, primero en sus domicilios y después en los hospitales. En esta etapa en Constantinopla y Alejandría existía un grupo numeroso de servidores llamados enfermeros y enterradores.

Cuando desapareció el Imperio Romano, con la invasión de los pueblos germanos y escandinavos, la vida social se hizo insegura. En este tiempo la cultura se repliega, se

254 F. HERNÁNDEZ MARTÍN, R. GALLEGO LAstra, S. ALCARAZ GONZÁLEZ, J.M. GONZÁLEZ RUIZ, “La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional”, E.U. De Enfermería, Fisioterápica y Podología Ciudad universitaria Madrid, *Revista Cultura de los cuidados* 2 (1997), 21-37.

centra y conserva en los monasterios, estos se convierten en centros no solo religiosos, sino culturales y de poder, pues los monjes son tenidos por los emperadores y reyes como consultores y como médicos. En los primeros monasterios, se comienza a regular la enfermería, que inicialmente se centra en el cuidado a los propios monjes y después se abren a la sociedad. Las reglas de los monjes establecen por escrito los principios de la enfermería y fundamentan la ayuda al enfermo desde el “a mí me lo hacéis”, del evangelio (Mt, 25,46), de tal forma, que se convierte en principio y máxima para el enfermero monástico.

En la segunda mitad de la Edad Media, la enfermería alcanza un relieve y reconocimiento social más amplio, la Iglesia sale de los monasterios para cristianizar Europa mediante las Ordenes Mendicantes; una de ellas, fundada por el español Domingo de Guzmán²⁵⁵, se diversificaba y daba cabida no solo a religiosos, incorporaba a laicos en la denominada Orden Tercera que, según los mismos principios doctrinales, se abren a las necesidades sociales, sobre todo a la atención a los enfermos en sus propios domicilios. La aparición de estos grupos representa una aproximación a lo profesional, pues el trabajo que realizan es reconocido y reclamado socialmente, de tal forma, que dieron respuesta a las necesidades sociales en momentos de enfermedad y en las grandes pestes.

El efecto del cristianismo sobre la enfermería ha sido definitivo, e influye en la formación de las enfermeras y confiere a los cuidados la presencia de actitudes y valores (espirituales y religiosos) durante mucho tiempo. En los principios y prácticas de la enfermería moderna, que desarrolla Florence Nightingale, están presentes aspectos que se derivan de esta ideología.

Parte de la indumentaria de las enfermeras (cofia, uniforme) se asemejan bastante a los hábitos de las monjas, y la creencia generalizada, hasta no hace mucho tiempo, de que para ejercer la función de enfermería había que tener vocación religiosa, será la base ideológica que va a sustentar su quehacer cotidiano.

El legado escrito de la enfermería iniciado en las reglas monásticas se amplía cuando estas intentan fundamentar todo ese quehacer con los enfermos; de esta manera

255 N. L. BELLO FERNÁNDEZ, *Fundamentos de enfermería*, Ciencias Médicas, La Habana, Cuba 2006, 1-32. <https://es.slideshare.net/anniehiguita/bello-nilda-fundamentos-de-enfermeria-43879731>. Consultado 22 febrero 2017.

se recopila y aparece en 1269, en el libro de Humberto de *Romans De officiiis ordinis praedicatorum*, transcrito más tarde al latín, en Roma en 1889.²⁵⁶ El libro, en su capítulo 27: “Acerca del oficio del enfermero” empieza por definir quién es y lo expresa así: “*El enfermero es el que tiene el cuidado general de los enfermos y de la Enfermería*”. Define al profesional y su campo de acción; dice además de las cualidades que debe poseer, su competencia en cuanto al oficio, al cuidado del enfermo y de la Enfermería; acerca de los cuidados y conocimientos que debe tener sobre los remedios terapéuticos y de la relación y trato con los enfermos; establece una atención personalizada y una jerarquización del oficio de enfermero, habla de un enfermero que lleva la responsabilidad de la enfermería, y otro al que se le asignan enfermos.

Sin duda, los reglamentos de hospitales son una de la mejores fuentes históricas para conocer cuál ha sido el trabajo realizado como “expertos en el cuidado” y en la organización de la atención sanitaria. Estos reglamentos son la expresión de todo el quehacer de un oficio que en el ámbito hospitalario tiene muy amplia función. Esta documentación, aunque sigue el mismo esquema, no por ello todos aportan la misma información, pues en el devenir de los hospitales, nos encontramos que existen de todo tipo, según el origen y vinculación o dependencia, número de camas y tipo de enfermos que atienden, esto marca en realidad, la forma de funcionar. El puesto de trabajo lo define la función, el grado de dependencia e independencia del enfermero frente a la institución y al médico, la organización de la enfermería, las actividades y campos de actuación, la cultura, la responsabilidad y ética profesional. Todo en conjunto marca la relación con el paciente y la conducta profesional.

Todo lo anterior nos permite afirmar que, en esa época, el cuidado era el núcleo sobre el que gravitaba la asistencia al enfermo. Un estudio de las órdenes religiosas como los Hermanos de San Juan de Dios, los Religiosos Camilos, las Hijas de la Caridad, los Hermanos Obregones y los Religiosos Betlemitas desde su historia, sus reglas y los reglamentos de los hospitales nos confirman este pasó hacia la profesionalización.²⁵⁷ También se puede mencionar a las congregaciones menores, que

256 M.L. MARTÍNEZ, E. CHAMORRO 2ª ed. *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Barcelona, Elsevier, 2011, 37-72.

257 J. M. HERNÁNDEZ-CONESA, C. SELLÁN-SOTO, E. MALDONADO-SUÁREZ, “Las coordenadas pedagógicas del cuidado a los enfermos en las Órdenes Religiosas con Voto de Hospitalidad.”

también tiene en sus orígenes y misiones el atender de manera estructurada y firme a los enfermos y necesitados.

Poder traer a este campo de la sanidad la intuición que Luz R. Casanova desarrolla para abordar el trato a los enfermos de su tiempo, es de gran riqueza para el campo del cuidar contemporáneo, al mismo tiempo que amplía el horizonte que quizá soñara Luz para su Obra. Al descubrir que los carismas que el Espíritu regala a lo largo de la historia, para riqueza y vivencia de un evangelio único, no son patrimonio de la orden, sino más bien de la humanidad, hacemos posible que el Dios del Amor sea más cercano a todos sus predilectos, a toda la humanidad.

Sacar a la luz de la sanidad multitud de influencias desde el marco religioso, no tiene la pretensión de hacer apología de sus ideologías, al contrario, se trata de hacer fraternidad entre los iguales, sin ideologías, buscando lo común y lo que nos puede enriquecer. Para los cristianos es oportunidad de abrir fronteras, de hacer posible el Reino, de hacer fraternidad con el otro, y para los que profesan otras religiones y creencias también es posibilidad de ir haciendo camino sin intentar imponer, con humildad, gratitud, simplemente y necesariamente cuidándonos, como necesidad básica que nos iguala a todos y posibilita la vida en relación.

9.2. La mujer impulsa la Profesión Enfermera. Florence Nightingale

A partir de la segunda mitad del siglo XVIII se “medicaliza” la asistencia²⁵⁸; se inician los avances y los grandes descubrimientos de la medicina. En esta etapa el médico asume la responsabilidad del hospital, se revisan todos los reglamentos y se regulan las profesiones sanitarias, por lo que la actividad de enfermería queda supeditada plenamente a la medicina, como ayudante.

La enfermería en esta etapa tuvo un papel muy limitado en el análisis intelectual de los problemas en los que trataba, así como la toma de decisiones sobre estos. La subordinación total a la medicina no siempre fue tan clara como en los dos últimos siglos, en la que, llevada de un gran desarrollo científico, asume un protagonismo social

Enfermería universitaria, 10 (2013), 133-138. Consultado en 28 de marzo de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000400005&lng=es&tlng=es.

258 HERNÁNDEZ, *La enfermería*, 21-37.

y domina el campo de la salud, quedando la práctica sanitaria regulada por el gremio médico, aunque este extremo no siempre fue así.

En el siglo XIX cuando Florence Nightingale²⁵⁹, en su inquietud por sacar la enfermería de su rutina «*no solo significa la administración de medicinas y cataplasmas*», realiza una serie de observaciones que la llevan a reconocer el valor peculiar del cuidado «*debe significar el uso adecuado de aire fresco..., y todo ello con el menor gasto de energía vital para el paciente*», tratando de demostrar todo con datos estadísticos, lo que la lleva a definir la enfermería como: «*Poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él*». Por todo ello Florence Nightingale consideró que «*la enfermería es una vocación que requiere sujetos aptos e inteligentes a los cuales hay que remunerar por la calidad de su servicio*».

Durante mucho tiempo se ha tenido a la enfermera inglesa Florence Nightingale, como iniciadora de la obra y de la tarea de las enfermeras. Durante la guerra en Crimea organizó hospitales, con lo cual mejoró sensiblemente las instalaciones sanitarias de campaña, además, escribió varias obras acerca de estas reformas; por ello se reconoce a Florence Nightingale, hacia finales del siglo XIX, como la impulsora de la Enfermería profesional organizada; ella llegó a ser una figura legendaria en su época, lo que la convierte en “la dama de la lámpara”²⁶⁰.

Por influencia de su padre, Florence recibió una educación con un importante bagaje cultural: idiomas, arte, matemáticas, estadísticas, filosofía, historia, política, gobierno, etc. Estos conocimientos unidos a los recibidos en su formación como enfermera con el pastor Theodor Fliedner en la Orden de Diaconisas Protestantes en Kaiserswerth, Alemania, le permitió crear el primer modelo teórico de Enfermería²⁶¹, en él establecía que el medio ambiente afectaba el estado de salud; este concepto revolucionó la época, si se piensa que la mortalidad de los enfermos aumentaba debido a infecciones que adquirían en los hospitales, no influyendo muchas veces la enfermedad que padecían originalmente. Junto con esto, Florence pensaba que el ser humano es creativo y tiene la habilidad de cambiar su situación en la vida, así como modificar su destino. Señalaba: «*nadie nos va a regalar un mundo mejor, empecemos cuanto antes a construirlo*».

259 NIGHTINGALE, *Notas*, 1-6.

260 NIGHTINGALE, *Notas*, 1-6.

261 NIGHTINGALE, *Notas*, 1-6.

La nueva labor de Florence Nightingale entrañaba no pocas dificultades. El sistema dependía de monjas que carecían de formación; los médicos, como era de prever, no entendían que las enfermeras necesitaran una formación específica.

Florence pone en marcha la Escuela Nightingale donde formará a las futuras enfermeras y alcanzará un gran prestigio en la época, dando lugar a que las alumnas que salen de esta formación formaran sus propias escuelas de enfermería y seguirán formando profesionalmente a otras enfermeras.

Podríamos mencionar a múltiples mujeres como: Hildegard E. Peplau (1952), Ernestina Wiedenbach (1952-1965), Dorothea E. Orem (1957-1959), Virginia Henderson (1959-1960)²⁶², etc. como mujeres fundamentales en la historia de esta disciplina, pero no es el cometido de nuestro trabajo y a modo de comparativa con el ejemplo de Florence Nightingale (1853-1874), tendremos suficiente para mencionar las aportaciones de Luz R. Casanova, haciendo un pequeño y humilde símil con su vida y aportaciones.

Encuadraremos junto a estas teóricas de enfermería la figura de Luz R. Casanova, no se puede parcelar la misión que soñaba y realizó esta extraordinaria mujer, junto a sus compañeras y colaboradoras, todo es parte de su esfuerzo por ayudar a los más necesitados y sufrientes del momento, pero sí que se puede centrar nuestra atención sin pretensión de mermar la actuación de su Obra en la figura de enfermos y pobres debilitados en su salud. Cuando en los capítulos iniciales hablábamos de su biografía y del Patronato de enfermos, podemos observar el profundo parecido que comparte con esta iniciadora de la enfermería, una mujer con una rica formación intelectual que se plantea respuestas diferentes ante las necesidades que aprecia, que sin quedar paralizada se pone en marcha y responde dentro de sus posibilidades como piensa que es la mejor manera para hacer el mayor bien posible. No podemos poner en duda que sigue los mismos patrones de respuesta ante las necesidades en este caso de los enfermos de su época, lo que hace posible relacionar su carisma sin ningún tipo de duda con los cuidados propiamente de enfermería, después de todo lo expuesto en este trabajo.

262 S. VALENZUELA SUAZO, “Fundamentos teóricos de enfermería, una carta de navegación para la enfermería.” *Ciencia y enfermería*, 15(2009), 7.

10. EL IDEARIO RELIGIOSO DE LAS ACJ DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA

10. EL IDEARIO RELIGIOSO DE LA ACJ DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA

Nos detendremos ahora, en descubrir los idearios que mueven a este carisma y las actitudes a las que venimos haciendo referencia a lo largo de todo este trabajo. La vocación de «*Apóstol del Amor*»²⁶³, requiere de gran esfuerzo y trabajo, no se agota en el tiempo y no es fácil llevarlo cotidianamente a la práctica, pero el plantearse simplemente estas actitudes e ideales, nos permite posicionarnos desde otra perspectiva ante el prójimo que necesita de nuestros cuidados.

No podemos dar comienzo a esta parte de nuestro estudio y acercamiento del carisma al cuidado enfermero, más que haciendo alusión explícita a lo fundamental del sentir apostólico, a las palabras con las que se puede resumir lo nuclear que nos une a religiosas y resto de familia apostólica y que Luz R. Casanova decía así:

*«Las que militan esta congregación han de tener el más ardiente amor al salvador y la máxima estima del valor de un alma [...] por eso deben desear sinceramente realizar la misión que el Señor con tan singular amor les confía...».*²⁶⁴

Uniendo estas palabras a las del Tratado Apostólico:

«Que el fin de este apóstol es el amor... o sea que su misión es obrar con amor... Enviado por el amor... su fin es mirar... indagar adivinar... si fuere posible lo que quiere ese amor que lo envía... luego... si no mira... si no escucha... si no actúas bajo la mirada pendiente de la palabra o movida por el anhelo de dar gusto al amor que lo envía... este apóstol ha fracasado en su pretensión.

*¿Sabes a lo que te comprometes Apóstol del amor? Tu nombre es muy alto... y si descuidas no cumple con tu misión».*²⁶⁵

263 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 488.

264 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 9,11.

265 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 488.

Como ya sabemos que la vocación genuina, pudiéramos decir ideal, es algo muy parecido al amor. Es, ha dicho Pierre Termier, «*una pasión de amor*». ²⁶⁶ Una pasión que tiene la exclusividad en el objeto amado y el desinterés absoluto de servirlo. Distinguiéndola de la otra acepción que tenemos del amor relacionada con el “querer” y que es muy diferente a esta relación. Pasión esta última radicalmente interesada, como el niño que quiere a su juguete. El amor quiere servir al objeto amado y no apoderarlo para sí, para poseerlo. Por eso y es «*el más alto ejemplo, se ama, y no se quiere a Dios*». ²⁶⁷

Cambiando el termino de amor, por “compromiso con el bien del otro”, “compromiso de beneficencia”, como ya mencionábamos anteriormente, para que en los contextos científicos la terminología no entre en cuestionamiento, vemos que la similitud con el fin que se persigue en una relación de cuidado, al que se persigue con la Obra Apostólica es el mismo, cuando nos situamos en la máxima estima del valor de la persona y el compromiso con el bien del otro.

El trato al prójimo desde el punto de vista religioso o desde este carisma, es cierto que está sujeto a una visión trascendente, de obligación y compromiso con el Creador, mucho más totalitaria que la que puede tener una relación de cuidado basada exclusivamente en el acto profesionalizado y asistencial. No se pretende demostrar que son iguales o pueden llegar a serlo, más bien al contrario, situarlo cada uno en su contexto y lugar, para una vez conocido y descifrados los valores y actitudes que mueven la vocación, sepamos cuales pueden llegar a ser comunes y en que nos podemos enriquecer.

Como hemos ido viendo al detallar la vocación desde la praxis enfermera y la vocación desde el carisma de Luz R. Casanova, muchos son los elementos que nos unen y en mucho se puede enriquecer nuestra relación con el prójimo en lo estrictamente profesional. «Siempre amable, agradable, fino, paciente, humilde, sencillo, alegre, verdadero, amoldándose a la situación de la persona, afable, ameno, consolador, agradecido...». ²⁶⁸

266 MARAÑÓN, *Vocación*, 19.

267 MARAÑÓN, *Vocación*, 17.

268 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 55.

Para seguir mostrando la fuente inagotable que puede llegar a ser este carisma para esa relación de cuidado a la que venimos haciendo alusión, merece la pena detenernos en dos tratados fundamentales para nuestra relación de cuidado desde este ideario religioso: “Trato apostólico”²⁶⁹ (Anexo 6) y “el Carácter propio de las Damas Apostólicas del Sagrado Corazón de Jesús”²⁷⁰ (Anexo7).

El trato al que Luz hacer referencia, es una configuración especial de la personalidad, que nos capacite y nos haga ser signo de Amor haya donde nos lleve nuestra misión, y si es de cuidar del enfermo también tiene que ser así, « *Este trato tiene que ser muy especial, muy propio de esta obra [...] amable, dulce, bondadoso, deferente, atento, de mucha consideración, afectuoso, respetuoso, complaciente, agradable, fino, paciente, humilde, sencillo, alegre, verdadero, contentadizo, seguro en el bien, adaptable a las circunstancias, amoldable, que no se cansa, afable, ameno, consolador, agradecido, mostrando interés, un trato por el cual todo el mundo cree que tiene derecho a su cariño, dispuesto a desdecirse, dispuesto a mortificarse...* »²⁷¹ todas estas características que podemos enumerar del trato apostólico a las que hace referencia la fundadora de esta congregación, podemos encontrarlas y enmarcarlas dentro de lo que el profesional de enfermería necesita para su práctica diaria.²⁷²

«*El semblante constituye mucho para lograr el fin que se pretende en el trato apostólico: serio sin dureza, tranquilo de paz, de bondad, interesado por el otro, que no se descompona cuando amonesta, sonriente para animar el trabajo, que no es fijo y rígido, expresivo, que toma parte en lo que escucha, abierto, acoge con bondad, atrayente, afectuoso sin ser meloso...*».²⁷³

En la formación de los enfermeros, qué importancia se le otorga a todas estas cualidades que la población está demandado y quiere recibir cuando se encuentran

269 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos* , 55-66.

270 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 119-205.

271 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos* , 55.

272 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

273 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 56-59.

necesitados del cuidado del profesional de enfermería.²⁷⁴ Cualquier profesional que desarrolle su actividad profesional relacionándose directamente con los seres humanos, tendrá que tener presente estos valores y actitudes y mucho más presente si nos acercamos como es el caso de la Enfermería a los seres humanos necesitados de ayuda incluso en situaciones en las que la vida está muy debilitada o llega a su fin.

Cuando hace alusión Luz C. al carácter propio de una ACJ. lleva al absoluto la necesidad de tener muy presente: « *las armas principales de la bondad, la dulzura, la paciencia, la exquisita caridad*». ²⁷⁵ abocando a la responsabilidad de representar al mismísimo Jesucristo, « *Corazón Amante del que el Apóstol del Amor tiene obligación de representar*». ²⁷⁶ No quiere olvidar ningún detalle para lograr que toda la religiosa que se sienta invitada a esa vocación, pueda tener a su alcance la formación y los elementos necesarios para no descuidar tan sublime misión.

Tocar como enfermero el carisma y profundizar en los valores y actitudes que encierran los tratados apostólicos y los escritos de Luz, es una gran oportunidad para mí y para este carisma posibilitador de tantas cosas, pero que ha dormido mucho tiempo en vitrinas y comunidades sin contacto apenas con la vida seglar y mucho menos con el campo de las ciencias de la salud. Como enfermero resultará asombrosa la capacidad de organizar, aplicar e innovar en los cuidados a enfermos que esta mujer, sólo aplicando sabiamente la intuición y el sentido común supo poner en marcha y dar fruto en abundancia... « *Luz realizo su propio camino dentro de una Iglesia y una sociedad que no estaban todavía cabalmente preparadas para comprenderla*». ²⁷⁷

274 P. AULLÓN DE HARO (ed.), *Teoría del Humanismo*. Madrid: Verbum, 2010, 7.

275 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 119.

276 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 119-120.

277 P. M. LAMET, *Como lámpara encendida José María Rubio (1864-1929)*, Belacqua, Barcelona 2003, 39.

Puede que sea ahora el momento de que comprendamos que las aportaciones de este y de otros mucho carismas no son propiedad privada de las congregaciones y como cristianos consideremos que es un regalo que el Espíritu hace a toda la humanidad.²⁷⁸

Cuando Luz R. Casanova hace referencia en el trato apostólico a: «*Siempre amable, agradable, fino, paciente, humilde, sencillo, alegre, verdadero, amoldándose a la situación de la persona, afable, amena, consoladora, agradecido...*»²⁷⁹ son parte fundamental de los valores y actitudes necesarias según American Association of Colleges of Nursing²⁸⁰, la clasificación que esta asociación hace es de referencia para la enfermería a nivel mundial, citados por autores y trabajos que se preocupan de esta temática. Nos podría resultar sorprendente a primera vista que coincidan muchos de estos valores con los que enfermería cuenta o debe contar en el desarrollo de su práctica asistencial.

Con nuestro trabajo de campo daremos autoridad a los que venimos hipotetizando a lo largo de todo este trabajo doctoral, y no es más que los valores de enfermería se pueden nutrir de los que esta congregación tiene como base para poder ser «*Apóstol del Amor*». El ideario que se deriva de todo lo expuesto en relación con el cuidado enfermero, es más que contrastable.

Los textos de Mateo 25, 31-41 y la Primera Carta de Juan aparecen como referencia implícitas y se pueden considerar como los mensajes evangélicos inspiradores en la fundación del instituto religioso, cuyo fin no puede ser otro que el servicio y la evangelización del prójimo sufriente, de los pobres.²⁸¹

«El fin de esta Obra no es sólo hacer el bien sino hacer todo el bien posible y evitar el más pequeño mal, [...] toda obra tiene su fin. El fin primordial nuestro son

278 «Ciertamente hay diversidad de *charismata*» (1 Co12, 4); «todos tenemos *charismata* diferentes» (Rm 12, 6); «cada uno recibe del Señor su *chárisma* particular: unos éste, otros aquel» (1 Co7, 7). FRANCISCO I, *Iuvenescit Ecclesia*, Carta del Sumo Pontífice Francisco I a los Obispos de la Iglesia Católica sobre la relación entre los dones jerárquicos y carismáticos para la vida y misión de la Iglesia, (14-4-2016), I -4.

279 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 55.

280 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

281 TORRES, *Espiritualidad*, 100.

*los pobres, sean en la escuela o en lo que sea. [...] Nuestro primer estudio es aprender bien el modo de tratarles, hablarles, de hacerle beneficios».*²⁸²

Luz R. Casanova considera que los pobres son la imagen de Cristo en la tierra, tiene una visión teologal alejada de una concepción idealizada o moralizante de los pobres, no se trata de que lo merezcan o no, tienen el derecho a contar con las mujeres-apóstoles porque ellos son los vicarios de Cristo.²⁸³

Desde la perspectiva del cuidado y reconociendo que cuando hablamos de pobres en su amplitud de la palabra, también estamos haciendo alusión a pobres enfermos y necesitados. Considerar que el enfermo tiene derecho a que se le atienda y se ejerza sobre él una práctica sanitaria y rehabilitadora es una obligación que todo sanitario tiene, no solamente cuando estamos desarrollando nuestra labor asistencial en nuestro puesto de trabajo. Todos sabemos que las leyes actuales obligan a cualquier sanitario a ejercer, si en su presencia se produce algún hecho que requiera de sus conocimientos y actividad, sujetos al código deontológico que médicos, enfermeros y colectivos sanitarios asumen al terminar su formación en la disciplina estudiada.²⁸⁴

Seguimos encontrando paralelismos definatorios que unen directamente este carisma con el ideario enfermero, compartimos los mismos fines, aunque nuestras motivaciones sean diferentes, que no contrapuestas. El pobre sufriente necesita de nuestra mano sanadora o de nuestra ayuda terapéutica. Reconociéndolo como prójimo necesitado y con obligación de ejercer nuestros servicios, nos hermanamos creyentes o no creyentes en el Dios de Jesús, pues la obligación además de la compasión nos impulsa a realizar tan noble tarea.

En el caso de la vocación apostólica femenina se acentúa la dimensión de la caridad como una concreción fundamental de esa ayuda a las necesidades corporales sobre las espirituales, sin que no sean fines coincidente la salvación y ayuda a las almas, «*la salvación y la santificación mediante el ejercicio de la caridad con el prójimo, en orden a ayudar a la salvación del mayor número posible de almas*».²⁸⁵

282 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 8, 9.

283 TORRES, *Espiritualidad*, 100.

284 M. BURGOS MORENO, T. PARAVIC KLIJN, “Enfermería como profesión.” *Revista Cubana de Enfermería*, 25 (2009),1-2.

285 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 8, p. 11.

Luz R. Casanova aporta dentro de la vida religiosa del momento una religiosidad femenina, no es casualidad que la enfermería como hemos visto en el recorrido histórico que hacíamos anteriormente fuera la función ejercida por mujeres, parteras, brujas, sanadoras... la mujer era la que ejercía el cuidado directo sobre los hijos y la comunidad, así establecido desde tiempos ancestrales. Son momentos diferentes en los que vivimos actualmente en nuestras sociedades, pero no podemos dejar de lado la influencia que estas y otra disciplinas han tenido derivadas desde las claves sexuadas o de género.

Desde la perspectiva religiosa esta congregación femenina centraliza y prioriza desde las necesidades corporales, heredado de ese ser y actuar como mujeres dentro de la sociedad, amplían esta visión porque desde su interior tienen la sensibilidad para detectarlo, siempre como una parte de un todo, pero sin descuidar su importancia. Enfermería también parte de esa sensibilidad sexuada y femenina, que requiere en sus orígenes como punto de partida para la profesionalización de sus cuidados. No es de extrañar que sigamos uniendo puntos comunes entre este carisma vocacional y la vocación del cuidador profesional actual.

*«El verdadero interés está en desear que todo se haga bien y se disfrute en que está bien hecho, sea cualquiera quien haga la Obra... y que se ayude con toda el alma para conseguir este fin».*²⁸⁶ Para Luz C. cuidar la vida implica un profundo respeto, con una entraña de ternura, amabilidad, una actitud de continua valoración y entrega para aportar lo que se requiere en cada circunstancia a cada persona, en cada necesidad. Valorar y cuidar son conceptos que para este carisma van de la mano.²⁸⁷

Los profesionales de la enfermería también necesitan establecer sus cuidados desde esta dualidad de valorar y cuidar, valorar correctamente las necesidades y demandas del enfermo para dar una respuesta lo más adecuada a sus circunstancias adaptándose a unos patrones establecidos y generalizados, para que nuestro trabajo se enmarque dentro de un sistema que todos podamos identificar con igualdad y no dejar la respuesta terapéutica a la arbitrariedad de una persona. Al mismo tiempo este sistema de valoración y establecimiento de respuesta ayuda a que nuestros cuidados sean

286 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 176.

287 M. L. LÓPEZ. "El cuidado de la vida", *Apostólicas del Corazón de Jesús, el colibrí*, Madrid, 21 (2015), 4.

continuados y evaluables en el tiempo, lo que permite medir y cuantificar resultados. Podremos establecer y aplicar el sistema de Diagnóstico-Planificación-Ejecución-Evaluación y permitir a las enfermeras comunicar sus cuidados en un lenguaje común. Este lenguaje común al que hacemos alusión es el que se nos propone con la NANDA-NOC-NIC (NNN), como herramientas estandarizadas ampliamente aceptadas, propias y específicas para la disciplina enfermera de origen también americano.²⁸⁸

Seguimos estableciendo el posible dialogo que se puede establecer desde este carisma y las disciplinas del cuidar, desde todas las semejanzas que encontramos a la hora de establecer los cuidados y lo común que nos une. Luz C. se toma muy en serio el poner en el centro de su vida a Dios, consciente y comprometida con el proyecto de su Reino, reconociendo que la vida es don para todos y desde aquí la responsabilidad de los que comparten este carisma de cuidar esta vida,²⁸⁹ elemento común para todo cristiano.

Esta llamada continua y actualizada a cuidar la vida, la podemos seguir descubriendo en los últimos documentos capitulares, que nos dan testimonio de que no es una tarea conseguida, se requiere seguir dando una respuesta renovada para cumplir con nuestro compromiso:

«El dinamismo del Espíritu sigue alentándonos a generar vida, urgiéndonos a la conversión, desde un modo de ser y estar entre los/as empobrecidos/as, al estilo de Jesús, desde abajo y desde dentro».²⁹⁰ Lo nuclear de este carisma y de todo carisma católico es la persona de Jesús y su mensaje, apartarnos de Él, es apartarnos de su Reino.

«Queremos recrear una espiritualidad del cuidado de toda vida, comprometiéndonos con los derechos humanos de los niños/as, movimientos de liberación de las mujeres... los derechos de la tierra, movimientos juveniles...».²⁹¹ La espiritualidad de este carisma quiere estar recreada desde el cuidado, un cuidado que afecta a la totalidad de la vida, sin parcelar a la persona, acogiéndola desde la totalidad. Un cuidar que no entiende de países o culturas, que no mira color, raza o religión, una espiritualidad que quiere ser

288 J.C. BELLIDO VALLEJO- J.F. LENDÍNEZ COBO, *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN*, Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén, Jaén, 2010, 11-21.

289 LÓPEZ. “*El cuidado*”, 4.

290 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIV CG, 11.

291 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIV CG, 19.

sensible a toda criatura, pues toda criatura pertenece al Creador, por lo tanto merece nuestro cuidado.

Por tanto vemos que este carisma nos sigue invitando hoy a los que se sienten parte de él y a los que quieran acercarse al manantial que supone para la vida, a seguir uniéndonos con otros y otras, a todas las iniciativas que humanizan la vida y nuestro mundo, buscando el Reino de Dios y su justicia.²⁹²

Luz C. no quiere que se escatime esfuerzo alguno cuando se trata de cuidar al prójimo sufriente, enfermo, debilitado: «Recíbeles, trátalas, alíviales con todo el amor que es reflejo de amor de Dios... por eso actuaras con mis pobrecitos queridos, como hijos míos de predilección, con mis enfermos, como la que lleva el recado de mi amor... Acordánte de la ternura de mi corazón...».²⁹³ Este carisma quiere ser actuación, desde una respuesta amorosa y cuidadora con el Dios Creador, promoviendo un cuidado exquisito en el trato, en el respeto, reconociendo el bien recibido.²⁹⁴

Se podría hacer un comparativo punto por punto de los Tratados Apostólicos, del trato y el carácter de las ACJ, y descubrir sus semejanzas con los ideales de los que necesita disponer una enfermera para el desarrollo de su trabajo cotidiano. En el trabajo de campo se profundizará en esta tarea para descubrir las diferencias y puntos comunes en la relación de cuidado con el prójimo sufriente. Ahora nos quedamos con la lectura de estos Tratados fundamentales para el estudio que estamos realizando y destacar los idearios de esta congregación fácilmente relacionable como hemos estado viendo con la necesidades actuales para la disciplinas del cuidar.

292 Mt. 6, 33.

293 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 458.

294 M. L. LÓPEZ. “Cuidado de la vida en la creación”, *Apostólicas del Corazón de Jesús, el colibrí*, Madrid, 22 (2015), 3-4.

**11. EL SEGUIMIENTO DE JESÚS DESDE EL
CARISMA VOCACIONAL DE LAS ACJ EN EL
CONTEXTO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD**

11. EL SEGUIMIENTO DE JESÚS DESDE EL CARISMA VOCACIONAL DE LAS ACJ EN EL CONTEXTO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

La salud siempre ha sido fuente de preocupación para el cristianismo heredado en gran parte de su origen judío²⁹⁵. Esta especial preocupación abarca un sentido, amplio desde las específicamente corporales hasta la expresión más sublime que es la salud espiritual. No obstante, desde los inicios del movimiento cristiano tiene como distintivo propio la persona de Jesús y la aglutinación de todo lo relacionado con la salud desde esta imagen, que además desde la fe aumenta la perspectiva integrando la salvación. Cristo se convierte, de este modo, para la tradición posterior, refiriéndonos a la patrística, no sólo en la articulación y eje de toda auténtica y verdadera salud, sino incluso en el médico de nuestros cuerpos y nuestras almas, lo podemos considerar el bálsamo de todas las enfermedades, el “bálsamo del Amor”.²⁹⁶

El Carisma sobre el que centramos parte de nuestra investigación también tiene por motor y artífice la imagen corpórea de Dios, que no es otro que Jesús de Nazaret, profundizar en Jesús, es profundizar en lo nuclear del Carisma ACJ.²⁹⁷

Jesús pone en el centro el amor por la humanidad, es un amor que se basa en la misericordia, esa es la inauguración de Dios para con la humanidad, Dios es el «prójimo» de todo el mundo y el amor compasivo es lo que lo convierte en una proximidad salvadora, en un entorno en el que no tenga lugar el amor, no se puede dar esta proximidad posibilitadora de la trascendencia salvadora.²⁹⁸

Como cristianos tomar conciencia de esta llamada continua que se nos hace en el prójimo, es fundamental para llevar el proyecto de salvación y la ley del amor como emblema en nuestra vida cotidiana.²⁹⁹ «*Amarás al Señor tu Dios con todo tu corazón, y con toda tu alma, y con todas tus fuerzas, y con toda tu mente; y a tu prójimo como a ti mismo*».

295 M. C. QUINTERO LAVERDE, “Enfermería en el mundo cristiano”. Aquichán, 1(2001), 42-45.

296 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art 58, 200.

297 TORRES, *Espiritualidad*, 98-100.

298 F. MARTÍNEZ FRESNEDA. *Jesús de Nazaret*, Espigas, Murcia 2007, 366.

299 Lc. 10, 25-37.

11.1. El seguimiento de Jesús como paradigma de la ética enfermera a la luz del carisma vocacional de las ACJ

En primer lugar intentaremos aclararnos en la idea de paradigma y cómo debemos entenderlo para nuestro estudio.

Según la RAE, (Real Academia de la Lengua Española) se define paradigma como: del latín paradigma y del griego παράδειγμα, en su primera acepción como el «Ejemplo o Ejemplar». En su segunda interpretación habla de la «*Teoría o conjunto de teorías cuyo núcleo central se acepta sin cuestionar y que suministra la base y modelo para resolver problemas y avanzar en el conocimiento*». ya vamos acercándonos a la idea que nos permitirá poner a Jesús como paradigma del buen hacer enfermero y en las ciencias del cuidar, pero seguiremos profundizando en su definición con la aportación que hace Pedro Trigo: «*Entiendo paradigma en el sentido clásico de la filosofía griega, que diluidamente se mantiene en el sentido actual, referido a la epistemología. Un paradigma es un ejemplo. De un modo más restringido es un ejemplo ejemplar, es decir un prototipo que es el ejemplo original o el primer molde, o también el ejemplar más perfecto, que por serlo sirve de modelo, de causa ejemplar. Paradigma es, pues, modelo, modelo ideal, en el doble sentido de la palabra: arquetipo que sirve de parámetro, y, en ese sentido, ideal que inspira y norma; y modelo ideológico, bien sea en el sentido idealista que equipara la esencia y el ser; bien en el sentido de estructura lógica o matemática, o en el de modelo matemático ideal*».³⁰⁰

La idea de primer molde, o ejemplar más perfecto, que nos sirve de modelo, de causa ejemplar, parece que dará mayor autoridad a la idea de paradigma en la figura de Jesús, refiriéndonos al espejo en el que nos queremos mirar para acercarnos a la humanidad sufriente, desde este carisma vocacional al que dedicamos nuestro estudio o desde cualquier carisma o relación de cuidado. Tener como ejemplo a la Persona de Jesús, como hijo de Dios o para los que no quieran darle esta dimensión, simplemente quedarse en la relación que establece con el necesitado en su momento histórico y su contexto cultural, es fuente de riqueza hoy para todos los que quieren acoger al que está sufriendo y necesitado de nuestro cuidado, mirando siempre la máxima dignidad de la

300 P. TRIGO, Decir el Reino de Dios hoy. www.mercaba.org/Libros/CARTEL_PEDRO_TRIGO.htm. Consultado 07-03- 2017.

persona. Podríamos decir que Jesús de Nazaret, como personaje histórico, es paradigma absoluto de humanidad.³⁰¹

Podemos recordar: «*Es necesario que toda la Iglesia se nutra de la Sagrada Escritura, y se rija por ella [...] Tenemos la responsabilidad de repartir fructuosamente al Pueblo de Dios el alimento de las Escrituras, que ilumine la mente, robustezca las voluntades y encienda los corazones de los hombres en el Amor de Dios, [...] porque el desconocimiento de las Escrituras es desconocimiento de Cristo*».³⁰² Los cristianos tenemos esa responsabilidad adquirida desde el momento que somos responsables, con nuestras creencias, Luz C. lo lleva al extremo y esa responsabilidad atraviesa radicalmente todo su ser y toda su vida, cada huella de ella deja aroma de Amor, es testimonio de esos valores y estilo que estamos buscando para enriquecer la disciplina enfermera. Tener presente, como nos recuerda este texto que la misión tiene que llegar a todo el Pueblo de Dios, es tomar consciencia que tiene que llegar a toda la humanidad independiente de raza, cultura o religión.

El actual obispo de Roma sigue profundizando en la importancia de la palabra para seguir llevando a término la misión del Padre: «*Toda evaluación está fundada en la Palabra, escuchada, meditada, vivida, celebrada y testimoniada. Las Sagradas escrituras son fuente de la evangelización. Por lo tanto hace falta formarse continuamente en la escucha de la Palabra. La Iglesia no evangeliza si no se deja continuamente evangelizar. Es indispensable que la Palabra de Dios sea cada vez más el corazón de toda actividad eclesial*».³⁰³ La Palabra debe ser el manantial que nos ayude a responder desde unos valores, actitudes y estilo con las situaciones y realidades que nos acontezcan, es fundamental para los cristianos que están próximos a la salud del prójimo, escuchar la Palabra, pero también «*tener el oído atento al murmullo*»,³⁰⁴ lugar donde se hace carne la Palabra.

Todo cristiano que camina junto a la enfermedad y sufrimiento de la humanidad

301 MARTÍNEZ, *Jesús*, 459-492.

302 JUAN PABLO II, *Dei Verbum*, (18-11-1965) 21,23, 25.

303 FRANCISCO I, *Evangelii Gaudium*, (24-11-2013) 174, 175.

304 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 9, p. 11.

debe ser: «*un contemplativo de la Palabra y, a la vez, un contemplativo de su pueblo. Se trata de conectar el mensaje del texto bíblico con una situación humana, con algo que ellos viven, con una experiencia que necesite de la luz de la Palabra*». ³⁰⁵ Luz C. tuvo esa intuición para dar respuesta desde lo que percibía en la pobreza y en el clamor del pueblo, donde encontraba en el sufrimiento el mismísimo rostro del crucificado, en un intento que su vocación y pastoral siempre fuera evangelizadora y testimonio vivo del Amor. ³⁰⁶

En la búsqueda de ese molde o ejemplo a seguir para la enfermería, observamos que la cuestión y el que hacer del cuidado está unido al mismo origen de la vida. La concepción de cuidar desde su origen como ya hemos visto anteriormente en este trabajo se ha ligado a la mujer por excelencia, desde la concepción de una vida, hasta el cuidado del anciano, acompañando todo el proceso de la vida de los seres humanos y de su entorno en la mayoría de los casos. Diaconisa viene del griego *diakonos*, «*que significa servicio*». Febe es reconocida como la primera diaconisa y está citada en el Nuevo Testamento ³⁰⁷. Para situarnos en estas figuras femeninas podemos decir que generalmente las diaconisas eran mujeres maduras, viudas o vírgenes con experiencia en el cuidado de otros. Se distinguían por sus atuendos blancos, símbolo de virginidad. Eran personas respetadas y consagradas y estaban situadas a nivel del clero. ³⁰⁸ Tal arraigo femenino se extendió a las órdenes religiosas como ya sabemos acuñándose que la asistencia del cuidado se consideraba una vocación religiosa propia de género femenino. ³⁰⁹

Florence Nightingale, en su intento de profesionalizar la enfermería, tuvo la intuición de vincularla con las ciencias aplicadas. Pasar de un trabajo artesano y oficio

305 FRANCISCO I, *Evangelii Gaudium*, 154.

306 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 1-7.

307 Rom: 16:1-2.

308 QUINTERO, *Enfermería* 42-45.

309 J.M. HERNÁNDEZ CONESA, P. MORAL DE CALATRAVA, M. ESTEBAN ALBERT, *Una cosmovisión de la idea de ciencia en la enfermería*. Fundamentos de la enfermería. teorías y método. 2ª ed. Madrid, McGraw-Hill Interamericana, 2002, 3-10.

(cuidados basados en el espíritu de servicio) a evolucionar a un pensamiento científico, con entidad de disciplina, no fue sencillo como hemos ido corroborando.³¹⁰

Podemos establecer que el conocimiento científico es continuo, autónomo, objetivo y universal, la profesión de enfermería pretende constituir y conformar un esquema conceptual que le permita explicar el “cómo” y “por qué” del cuidado Enfermero.³¹¹ Queremos llegar al método, apartándonos de hacer las cosas por hacerlas, no arrancar la importancia de la historia y la riqueza que las diferentes culturas y personas han volcado en el cuidado cotidiano y a lo largo de los siglos, pero si articular dichos conocimientos y riquezas dentro del molde del método que articula una disciplina.³¹²

Conseguir que alcance un carácter de disciplina científica ha permitido el crecimiento de la enfermería basada en teorías y modelos existentes que describen, predicen y prescriben sobre los fenómenos, relacionados con el actuar, no solo al cuidado del enfermo, sino que ahora enfocada con los problemas en su dimensión social o cultural, disciplina que ha ido evolucionando con los acontecimientos y corrientes de pensamiento, regidas a través de los paradigmas.³¹³

Nos acercamos a los paradigmas como el camino que nos permite la construcción de conocimientos y la contribución al desarrollo de la ciencia.³¹⁴ Tener presente la persona de Jesús de Nazaret y el carisma de las ACJ, es seguir ampliando los límites de esta disciplina desde el campo científico, no es articular una disciplina con una creencia religiosa que busca el bien del humano, se trata de dar un salto en lo observable para asentarlo en un paradigma del cuidado, que nos permita seguir enriqueciendo la disciplina del cuidar.

310 HERNÁNDEZ, *Una cosmovisión*, 11-26.

311 L. MARTÍNEZ GONZALES, G. OLVERA VILLANUEVA, “El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería,” *Revista de enfermería*, México. Seguro Soc. 10 (2011), 105-108.

312 MM. DURÁN DE VILLALOBOS, *La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal*. Aquichan. 2005, 9.

313 L. SANABRIA TRIANA, M. OTERO CEBALLOS, O. URBINA LAZA, “Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería.” *Rev Cubana Educ Med Super* 16 (2002), 4.

314 A. O. TREVIÑO, V. Z. SANHUEZA, “Paradigmas de investigación en enfermería.” *Cien Enferm*. 11 (2005),17-24.

Según Kuhn³¹⁵ «los paradigmas de una disciplina científica preparan al personal básicamente para la práctica, con el objeto de definirla y guiarla» el modo de ser y estar de Jesús de Nazaret desde el plano histórico apartándolo de la historia de salvación que encierra su mensaje para los creyentes, es guía de trato directo con el prójimo, desde una relación de curación completa desde el plano físico hasta el plano espiritual o psicológico. Por tanto podemos decir haciendo esta reflexión que las teorías ayudan a la práctica, mediante bases teóricas, filosóficas y modelos conceptuales.³¹⁶

Los modelos paradigmáticos han permitido según este autor mediante la filosofía de la ciencia, favorecer la evolución de la teoría de enfermería, comprenderla mediante estos modelos paradigmáticos, permitiendo que no sea ajena a los momentos históricos-sociales y culturales en los que se generan dichos paradigmas.³¹⁷ Desde aquí nos permitirá hacer mención a la Persona de Jesús de Nazaret y al carisma de Luz R. Casanova, como parte de esa historia y sociedad que ha influenciado el paradigma del cuidado, en el caso de Jesús a una escala mundial, y en el caso de las Apostólicas del Corazón de Jesús, desde las actividades en las que han desarrollado su vida desde su origen, tanto religiosas consagradas, como todo el que forma parte de la familia apostólica que viven o llevan a su realidad esa forma particular de ser y estar desde la fe en el resucitado.

Para conocer y profundizar en las aportaciones de Jesús de Nazaret como arquetipo del cuidado cristiano comenzaremos situando el cuidado desde el Antiguo Testamento y su posterior evolución.

Las enfermedades no eran consideradas fenómenos corporales en la antigüedad, las causas de estas enfermedades no eran investigadas por la medicina con el objetivo de encontrar un tratamiento o curación. En la mayoría de los casos las enfermedades son consideradas males envidados por dioses, demonios, poderes mágicos, etc., o la

315 Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa: <https://es.slideshare.net/fcogurrola/paradigmas-287330>. Consultado 20-11-2016.

316 MARRINER, *Modelos*, 16.

317 T. SÁNCHEZ ESTRADA, AB. JIMÉNEZ CASTRO, MT. SALINAS DURÁN “Barreras epistemológicas en enfermería.” *Rev Mex Enferm Cardiol*. 12 (2004), 29-33.

consecuencia de pecar e incumplir alguna norma o tradición sagrada.³¹⁸ En estos casos, para intentar conseguir la curación se aplicaban exorcismos, con el fin de expulsar el demonio causante del mal³¹⁹, otras muchas prácticas mágicas también eran la forma de seguir intentando la eliminación del mal, aquí se puede considerar los inicios de la ciencia médica. Oraciones y sacrificios también era práctica habitual con la intención de aplacar la ira o rendirle honores a aquel poder al que se consideraba enojado y castigador.³²⁰

Se podrían citar algunos dioses con especiales conexiones con el mundo de la salud: Imhotep en Egipto o Apolo y Asclepio/Esculapio en el mundo greco-helenístico.³²¹ Bajo su señal, anuncio o para su veneración se construyeron santuarios dedicados a la curación, cuyos sacerdotes tenían una estrecha relación con la medicina, considerados los precursores de la ciencia médica posterior. Con todo esto se relacionan múltiples y abundantes ofrendas que se hacían en estos santuarios a los dioses implorando las curaciones de los fieles y ofrendas posteriores dando las gracias en los casos que se conseguía dicha curación.

318 «Dios promete eliminar el dolor, las enfermedades y la muerte» Revelación [Apocalipsis] 21:3, 4; «Las personas en salud no necesitan médico, pero los enfermizos sí». Mateo 9:12; « ¿Está enfermo alguno de ustedes? Haga llamar a los ancianos de la iglesia para que oren por él y lo unjan con aceite en el nombre del Señor. La oración de fe sanará al enfermo y el Señor lo levantará. Y si ha pecado, su pecado se le perdonará». Santiago 5:14-15; «Adora al Señor tu Dios, y él bendecirá tu pan y tu agua. Yo apartaré de ustedes toda enfermedad». Éxodo 23:25; «Querido hermano, oro para que te vaya bien en todos tus asuntos y goces de buena salud, así como prosperas espiritualmente». 3 Juan 1:2; «Sanen a los enfermos, resuciten a los muertos, limpien de su enfermedad a los que tienen lepra, expulsen a los demonios. Lo que ustedes recibieron gratis, denlo gratuitamente». Mateo 10:8; «Por eso, confíesense unos a otros sus pecados, y oren unos por otros, para que sean sanados. La oración del justo es poderosa y eficaz». Santiago 5:16; «Yo soy el Señor su Dios. Si escuchan mi voz y hacen lo que yo considero justo, y si cumplen mis leyes y mandamientos, no traeré sobre ustedes ninguna de las enfermedades que traje sobre los egipcios. Yo soy el Señor, que les devuelve la salud». Éxodo 15:26;

319 Mt. 17.14-21; Lc. 9.37-43; Mc. 5.1-20.

320 F. RIVAS REBAQUE, *Terapia de las enfermedades espirituales*, San Pablo, Madrid 2008, 14.

321 De la relación con Asclepio procede, por ejemplo, la serpiente enroscada que señalan nuestras farmacias.

En el mundo Bíblico o judeo-cristiano, sólo Yahvé es sanador.³²² Buscar en otro médico o divinidad la sanación es dudar de Él y desconfiar de su poder. Todos los sufrimientos y enfermedades, al igual que la vida y la salud, viene de Yahvé, Él es el único que puede curarlos.³²³ Luz R. Casanova decía a sus compañeras que tuvieran en cuenta cuando visitábamos a los enfermos en sus casas, no tanto como enfermeras, sino para atenderles en sus necesidades de alimentos o medicinas, alivio y ánimo: «*En la visita de enfermos se entra en la habitación con Él como médico de alma y cuerpo, nosotras no podemos nada, Él lo puede todo*».³²⁴

El carisma apostólico es fiel al poder de Yahvé, son otros momentos históricos en los que se ha superado esta visión de la enfermedad y la disciplina del cuidar y sanar ha evolucionado como herramienta también querida por ese Dios todopoderoso, que camina junto a su pueblo y que no es castigador o mago, la religión ha superado esa etapa de la antigüedad. El carisma apostólico fiel a la misión de Jesús, sigue caminando reconociendo el amor misericordioso del Padre, cuando se acerca al prójimo sufriente y necesitado, que todo sea para gloria de Él.

Regresando al Antiguo Testamento, se puede observar diferentes críticas a la concepción predominante en la que los demonios y fuerzas sobrenaturales, relacionadas con la enfermedad se cree que están al servicio de Dios. Relacionando la enfermedad con la culpa.³²⁵ El libro de Job y algunos Salmos³²⁶ nos testifican esta ruptura enfermedad-culpa, pero son otras citas son testimonio de todo lo contrario, entendiéndose la curación

322 «Yo soy el Señor que te cura» (Éx. 15,26; 2Re 5,7).

323 «Porque Él hiere, pero vinda la herida, golpea, pero cura con su mano» (Job 5,18).

324 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 161.

325 Esta asociación de pecado y enfermedad todavía estaba presente en tiempos de Jesús: «Mientras caminaba, Jesús vio a un hombre que era ciego de nacimiento. Sus discípulos al verlo le preguntaron: “Maestro ¿por qué nació ciego este hombre? ¿fue por un pecado suyo o de sus padres?”» (Jn.9 1-2).

326 Salmos. 38; 51 y 88, entre otros.

incluso como un símbolo del perdón de Dios, de su misericordia y cercanía.³²⁷ Por ello son múltiples las interpretaciones que de la Biblia se pueden desprender si no se realiza una sana hermenéutica de su contenido, si caer en la herejía y contemplándola como un todo que encierra verdad de salvación.

11.2. El Reino de Jesús paradigma de salud/salvación.

La teología occidental ha realizado en la mayoría de las veces una visión e interpretación en clave jurídica de la obra de Jesucristo, es el Nuevo Testamento el que abre otras imágenes de la persona de Jesús y de su misión, entre ellas destaca la imagen médica o de sanador.³²⁸

La imagen de sanador o médica de Jesús, es favorecida y alimentada por la pluralidad de sentidos, que tenían dos palabras muy utilizadas en el Nuevo Testamento para expresar esta experiencia de «sentirse sano»: el verbo *sôtsô* y el sustantivo *sôtêria*, que no sólo significaban «librar, sacar de un peligro o salvar», sino también «curar».³²⁹

El propio nombre de “Jesús” significa «Yahvé salva»,³³⁰ es decir «cura», en el mundo bíblico el nombre de una persona no es sólo para saber dirigirnos a ella y diferenciarla de otra persona, también hace alusión o lleva implícito su vocación, aquello para lo que está

327 Así podemos ver en Is. 6,9-10 (que será retomada posteriormente por Mt 13,14): «Dijo Dios: “Ve y dí a este pueblo: Por más que escuchéis, no entenderéis; por más que miréis no comprenderéis. Endurece el corazón de este pueblo, tapa sus oídos, ciega sus ojos, no sea que sus ojos vean, sus oídos oigan y su corazón entienda, y se convierta y sane”».

328 RIVAS, *Terapia*, 15.

329 Esta pluralidad de sentidos no pasa con los otros tres verbos que se emplean en contextos de curación (*θεραπείας, ιατρικής και υγιεινής*), que expresan una curación más corporal, habitualmente en estrecha relación de los milagros realizados por Jesús, F. GRABER, D. MÜLLER, *Salud, curación*, en L. COENEN, E. BEYRUTHER, H. BIETENHARD, (eds) *Diccionario teológico del Nuevo testamento IV*, Sígueme, Salamanca 1984, 136-143.

330 Mt. 1,21 («[María] dará a luz a un hijo, y le pondrá por nombre a Jesús, porque él salvará a su pueblo de los pecados») y He. 4,12 («nadie más que él [Jesús] puede salvarnos, pues sólo a través de él nos concede Dios a los seres humanos la salvación sobre la tierra»).

designada, aporta información del trabajo de esa persona, a que se dedica o relaciona su vida. El propio Jesucristo actúa y se presenta a sí mismo como sanador.³³¹

La vocación de Jesús puede asemejarse a la del enfermero cuando nos referimos a sanador, puede compararse a la llamada que siente cualquier persona que se dedique a las disciplinas del cuidar, no quiero entrar en temas religiosos o de fe donde se puede diluir la característica de la vocación que a las disciplinas de la sanación puede interesar y la que puede servir de espejo para mirar nuestro actuar. Luz R. Casanova acoge y es fiel a la totalidad de la vocación de Jesús, como hijo de Dios, por lo que también el carisma apostólico, seguimos contrastando que puede seguir siendo fuente de riqueza para el cuidado enfermero, pues queda claro que Jesús es sanador.

Sin embargo, Jesús no desarrolla ningún discurso sobre la salud, ni utiliza técnicas propias de las disciplinas médicas, ni está ligado a ningún santuario o estructura sanitaria.³³² Genera salud allí donde se encuentra, tan simple y tan grandioso al mismo tiempo. Nos referimos a una salud promovida dentro del contexto global del reino de Dios, es un sanador que ofrece la salvación de Dios, pero, que al mismo tiempo aporta la curación física, psíquica y espiritual, la persona a la que el hijo del Padre acoge no está parcelada, es un ser complejo y completo, Jesús es consciente de la totalidad humana y la abarca por completo. La fe complementa la parte trascendental de la persona, pero para los no creyentes también tiene su respuesta y su importancia las aportaciones de Jesús, en ese momento histórico.³³³

331 Mt. 8,16-17: « Al atardecer le trajeron muchos endemoniados; expulsó a los espíritus con sus palabras y curó a todos los enfermos. Así se cumplió lo anunciado por el profeta Isaías: “Él tomó nuestras flaquezas y cargó con nuestras enfermedades”»; Lc. 4, 18-23: «El espíritu de Señor está sobre mí, porque me ha ungido para anunciar la buena noticia a los pobres; me ha enviado a proclamar la liberación a los cautivos y a dar la vista a los ciegos, a liberar a los oprimidos y a proclamar un año de gracia del Señor». Sobre esta cuestión existe un espléndido artículo de M. GESTEIRA M., “Christus medicus”. *Jesús ante el problema del mal*, Revista Española de Teología 51 (1991)253-300.

332 C. DOMÍNGUEZ, J.M. URIARTE, M. NAVARRO, *La fe, ¿fuente de salud o de enfermedad?*, Idatz, San Sebastián 2001, 130.

333 Lc 5,27-32 «Jesús les respondió: No son los sanos los que necesitan al médico sino los enfermos».

El Reino para Jesús no encierra solamente un propósito perfecto de cambio, va más allá, es su proyecto totalizante de vida en lo que merece la pena gastarla y regalarla, incluyendo la muerte como parte de este caminar. Los milagros, y especialmente los de curación, son el signo más evidente de que este reino está llegando.³³⁴ Jesús no emplea de manera habitual recursos externos³³⁵, en los mencionados milagros de curación. Lo fundamental en la realización de estos y otros milagros es la fuerza (*dynamis*) sanadora que irradia su persona³³⁶, gracias al empleo de las palabras³³⁷, o relacionada esta fuerza con la imposición de las manos.³³⁸ En la base de esta curación que Jesús ofrece, no hay otra cosa que el amor compasivo, que lo conduce a preocuparse y acoger al prójimo sufriente con el deseo de liberarlo y sanarlo de una manera eficaz³³⁹. Podemos extraer de todo esto una de las principales características de este amor, la completa gratuidad, sin la espera de ningún tipo de recompensa, la recompensa en cumplir con la voluntad del Padre y la construcción del Reino de fraternidad.

En el paralelismo que establecemos con la misión y vida de Jesús, referenciando la vocación que mueve a la familia apostólica, recordamos ahora las palabras de la fundadora: « *Cuando os sintáis llamadas a tan alta vocación de Religiosa Apóstol, dad gracias a Dios. Llamada para continuar la vida de nuestro Señor Jesucristo y sus apóstoles [...], El arma que os entrego yo es el “amor”. Si no le tenéis a El este amor ardiente [...], es*

334 J. A. PAGOLA, *Es bueno creer. Para una teología de la esperanza*, San Pablo, Madrid 1996, 113-172.

335 Los evangelios muestran, sin embargo, la utilización de saliva, en Mc 7,33 y 8,23.

336 «Toda la gente procuraba tocarle, porque salía de Él una fuerza que sanaba a todos», en Lc 6,19. Más adelante en He 10,38 expresa la conexión que existe entre la fuerza y el Espíritu: «A Jesús de Nazaret Dios lo ungió con el Espíritu Santo y con poder, y pasó haciendo el bien y curando a todos los oprimidos por el diablo, porque Dios estaba con él».

337 Mc 3,5: curación del hombre con la mano atrofiada, y LC 17,11-19: curación de los diez leprosos.

338 Mc 5,23: «Mi niña está agonizando; ven a poner las manos sobre ella para que se cure y viva», y Lc 13,13: «Le impulso las manos» a la mujer curada en sábado.

339 Para este «amor compasivo» los evangelios tienen una palabra especial, «tener compasión», *splanchnízomai*: Mc 1,40-45 (curación de un leproso) y Mt 20, 29-34 (curación de los ciegos).

*inútil [...] Los intereses de vuestro amado Jesucristo que atraen tanto, que satisfacen en los niños, en los enfermos, en los pobres, en los pecadores, en toda clase de Obras».*³⁴⁰

Luz R. Casanova es un soldado más de esta lucha por la construcción del Reino. Para alcanzar esa fuerza a la que anteriormente hacíamos alusión, característica de Jesús y de su modo de caminar entre las gentes, Luz R. Casanova también quiere que las que se sientan llamadas a vivir este carisma tengan un trato con el prójimo, que irradie esta fuerza sin necesidad de hábito externo ni crucifijos visibles, si no que: *«este debe ser nuestro distintivo [...] nos deben conocer en nuestro porte exterior, enseguida se ve cuando una persona tiene vida interior [...] en sus compostura y modo de hablar (la importancia de la palabra mencionada en Jesús). En el rostro de tranquilidad que refleja paz, que está abandonada en Dios [...]. El sello de la confianza quisiera yo que fuera el distintivo de la Dama Apostólica. Que mirásemos a cada persona su alma, con el valor y la importancia que tiene [...], prescindiendo de su aspecto exterior, tratásemos a todos con el interés y la confianza que mirando a su interior se refleja [...] sin recelos porque con la confianza se gana a todos. Un trato de humildad, sin afectación con naturalidad [...]. Que nuestro trato sea siempre adorable y que a todas horas nos puedan abordar».*³⁴¹

Este es el trato al prójimo sufriente que está demandando la sociedad actual, donde se mire realmente al alma de la gente y sus necesidades, con humildad, profesionalidad, sensibilidad... con un amor, religioso o no, pero que trascienda el sufrimiento del herido, del pobre, del necesitado, en algunas referencias Luz R. Casanova, hablaba del “bálsamo del amor”, *«actuarás con mis enfermos como la que lleva el recado de amor... diles que los quiero mucho...muchísimo...me costaran toda mi sangre...estoy deseando perdonarlos...ahora, antes que caigan en el lugar de la desesperación».*³⁴²

Los trabajadores de las disciplinas del cuidar están necesitados de profundizar y potenciar este tipo de bálsamo, que no se aplica en la herida o en la llaga sangrante, que va más allá y llega al mismo corazón, y además de quitar y paliar el dolor físico, reconforta el espíritu y el ser de aquel que lo está necesitando, demandando, incluso sin pedirlo, simplemente depositando todo su cuerpo y su alma en nuestras manos, a nuestra disponibilidad. Seguir a Jesús de Nazaret como sanitario no es por lo que estamos viendo

340 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 3-4.

341 MUNÍTIZ, *Explicaciones*, 27.

342 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 458.

un atentando para la sanidad, ni querer impregnar de fe y religiosidad nuestro actuar, simplemente se trata de entresacar la esencia de la dignidad que daba a la persona y como conseguir paliar el sufrimiento de una manera integral, holística, cosa tan perseguida y deseada en la sociedad actual, en un proceso que no se agota y que continuamente requiere de actualización y reflexión, pues como sabemos la sociedades van cambiando sus necesidades con el paso del tiempo.

En Jesús todas sus acciones de una u otra manera están encaminadas a promover la vida y la salud. Nos muestra el Dios sanador de Israel y amigo de la vida, a través de las curaciones³⁴³. La curación a la que hacemos alusión no sólo afecta al ámbito personal, sino que trasciende a lo comunitario, a lo social, tiene consecuencias y repercusiones sociales, en la antigüedad la enfermedad conllevaba a la exclusión social en la mayoría de los casos, sirva de ejemplo las referencias a las leproserías que nos han llegado de momentos pasados. La enfermería actual también es consciente de esta importancia social, que llamamos atención comunitaria, a la comunidad, seguimos reflejando que la visión histórica de la enfermedad y sus repercusiones se parece mucho a la actual y la manera de querer abordar el problema para tener y conseguir salud.

Jesús no cura a distancia, ni en serie, lo hace con dedicación personal, de manera personalizada diríamos en nuestro sistema actual. La curación la realiza condenando los mecanismos inhumanos y destructivos de la sociedad, promoviendo una convivencia fraterna, ofreciendo el perdón y la ternura de Dios a los prójimos sufrientes de la tierra.³⁴⁴ La parte mística de Jesús se encuentra en la localización de la curación, que la lleva al centro de lo humano, a su ser interior, no se queda en la periferia, estos milagros no pueden ser vistos desde fuera, sólo se pueden contemplar plenamente desde el plano de

343 Ex 15,26 *«Si escuchas la voz del Señor tu Dios, si haces lo que él considera justo, obedeces sus mandatos y observas todas sus leyes, no enviaré sobre ti ninguna de las plagas con que castigé a los egipcios».*

344 Lc 19,10 *«El Hijo del hombre ha venido a salvar lo que estaba perdido»*, en clave joánica: *«yo he venido para que tengan vida (zôên) y vida en abundancia»* (Jn10, 10). El evangelio de Juan diferencia entre *bíos*, para referirse a «vida natural» y «zôê», vida plena.

la fe, para que sean una cura plena, una cura de verdad³⁴⁵. Luz R. Casanova quiere llevar esta misma sanación al mayor número posible de almas, su afán es llegar al máximo posible de personas, utilizando los recursos de los que disponga y luchando por los que no tiene también, contando con sus debilidades, pero depositando la confianza total en Él, que lo puede todo, que no tiene medida, y que irá solventando las dificultades. El pobre o como en nuestro trabajo venimos hablando en prójimo sufriente es el todo de esta Obra Apostólica, para dar gloria a nuestro Señor.

Jesús no se queda como hemos podido ir descubriendo en la mejoría física, busca la sanación integral de la persona³⁴⁶. Su acción sanadora está encaminada en la ayuda a que las personas sean capaces de desplegar todas sus potencialidades. Por esta razón Jesús se sitúa desde dentro, sana desde el interior, busca la sinergia de los enfermos, para que pongan en funcionamiento la parte sana que todavía permanece en su interior. Esta sería la meta de una terapia completa de sanación actual, poner en marcha todas las posibilidades de las que disponemos para alcanzar el mayor nivel de salud posible de la persona o la comunidad, consiguiendo que sus limitaciones y patologías sean lo menos incapacitantes posibles y si son incapacitantes, no anulen a la persona en totalidad permitiendo desarrollar al máximo el resto de potencialidades.

Jesús tampoco quiere inducir a que la salud sea un ídolo al que deba dedicarse la vida y todo sacrificio, pues la salud tiene que estar al servicio de la vida y no al contrario³⁴⁷. Jesús se está refiriendo a la hipocondría con estas afirmaciones, no se puede

345 M. GESTEIRA a.c., 277: «Schillebeeckx E. insiste con razón en la dimensión no tanto cuantitativa como cualitativa de las curaciones de Jesús, que acierta a bajar a este terreno profundo donde todo ser humano es igual a otro ser humano. Porque los hombres podrán ser distintos por la raza o la nacionalidad, por sus características físicas o antropométricas, por su cultura o su situación social, pero existe una igualdad universal en el dolor y en la alegría, en la enfermedad y en la muerte. Pues bien, es ahí en ese nivel hondo –hondo a la par que universal- del bien y del mal, del gozo y de la dolencia humana, en el que Jesús acierta a situarse como salvador» .

346 Jn 7, 23: « se circuncida a una persona en sábado para no quebrantar la ley de Moisés, ¿y os irritáis contra mí porque he curado a una persona por completo en sábado?».

347 De ahí las exhortaciones evangélicas como «no andéis preocupados por vuestra vida, qué comeréis, ni por vuestro cuerpo, con qué os vestiréis. ¿No vale más la vida que el alimento y el cuerpo más que el vestido?» (Mt 6, 25).

caer en la enfermedad precisamente por la búsqueda absoluta de la salud o llevarlo a nuestra máxima preocupación, trasgrediendo límites que hacen caer en lo absurdo, en lo patológico y que debilitan la propia vida. El abandono absoluto en las manos de Dios permite una completa curación del ser humano herido, esto solamente está al alcance de los que depositan la fe en el dios de Yavé, Jesús así lo lleva a cabo³⁴⁸. No tenemos que quedarnos en la fe necesaria para alcanzar el abandono sanador en el Padre, la cuestión está en que descubrimos que la salud humana, está unida y vinculada a su naturaleza corpórea, es frágil, expuesta al sufrimiento, la enfermedad y la muerte (reconocido esto por todo el mundo antiguo y la tradición bíblica), pero al mismo tiempo es también nuestro cuerpo y la vida la que está llamada a experimentar la plenitud del ser humano. Para los creyentes y en palabras de un teólogo del siglo II: «*La carne es el quicio de la salvación*».³⁴⁹

Para los Padres de la Iglesia, otorgan a Jesús el título de “médico” añadiéndole otros calificativos, de entre los que destaca «médico de almas y cuerpos», con la intención de resaltar que es al ser humano completo al que ha venido a curar. Un médico que ha venido al mundo a curar las heridas del hombre sufriente³⁵⁰. Cristo ha curado al ser humano haciéndose humano y asumiendo nuestra naturaleza humana en su integridad, pues «lo

348 «Yo doy mi vida voluntariamente. Tengo poder para darla y poder para recobrarla de nuevo» (Jn, 17-18).

349 TERTULIANO, *Sobre la resurrección*, 8.

350 Ya a comienzos del siglo II, Ignacio de Antioquía escribe: «Hay un único médico, carnal y espiritual, engendrado e inengendrado, venido en carne, Dios, vida verdadera en la muerte; nacido de María y nacido de Dios, nuestro Señor» (*A los efesios VII, 2*). Y a finales de ese mismo siglo, Clemente de Alejandría dirá más tarde: «Jesús es el único médico de nuestras heridas» (*Quod dives salvetur, 29*) en *A. Diogneto IX, 6* encontramos la siguiente expresión: «Así pues, habiéndonos Dios convencido en el tiempo pasado de la imposibilidad por parte de nuestra de alcanzar la vida, y habiéndonos mostrado ahora al Salvador que puede salvar aun lo imposible, por ambos lados quiso que tuviéramos fe en su bondad, y lo miráramos como a nuestro sustentador, padre, maestro, consejero, médico, inteligencia, luz, honor, gloria, fuerza, vida, y no andemos preocupados por el vestido y la comida». Y a finales del siglo IV, Gregorio de Nisa llegará a decir: «El verdadero médico de las enfermedades del alma que, a causa de los que estaban enfermos, ha tomado parte en la vida de los seres humanos, suprime la causa del mal para llevarnos a la vida plena» (*homilía sobre el padrenuestro IV, 2*).

que no ha sido asumido no es curado», y «lo asumió todo para que todo fuera curado»³⁵¹. Jesús es el rostro humano de Dios, nos ha permitido conocerlo y referenciarlo desde la relación humana, la humanidad entera, tiene posibilidad de conocer de la existencias de Jesús como hombre, para muchos no será el hijo de Dios, pero nadie puede cuestionar la existencia de su persona. Desde esta perspectiva humana Jesús en paradigma de vida y la ética necesaria para el cuidado del prójimo, los testimonios que nos muestran los evangelios, como narración³⁵² de una vida dedicadas a los demás, reflejan un modo de “ser y estar”, que hoy puede seguir ayudando y dando posibilidades a las disciplinas del cuidar. La terminología de médico que se emplea en la antigüedad, poco tiene que ver con el medico actual, podemos encontrar más parecido con aquel que hoy cuida y ama la vida y la dignidad de cualquier ser humano. Desde esa clave podemos entender a Jesús, como modelo para cuidar del otro, «desde la máxima estima de la dignidad de la persona...».³⁵³

Podemos decir pues que la enfermedad desde Jesús y el momento histórico en el que se desarrolla su vida, y todo lo relacionado con este tema, tiene una gran complejidad humana y teológica que no puede ser reducida a una mera cuestión técnica³⁵⁴. La variedad de culturas desde el origen del hombre, ha desarrollado un amplio conjunto de recursos, a nivel personal o comunitario, para conseguir superar la enfermedad o el debilitamiento de la salud, no sólo se han establecido remedios terapéuticos para conseguir con éxito la curación, también han puesto en marcha en la medida de las posibilidades del momento, estructuras sociales que den respuesta al cuidado de personas enfermas, al mismo tiempo que se reforzaban actitudes o comportamientos personales acordes con la nueva situación. Son estas situaciones de enfermedad o debilidad humana las que relativizan o ponen en cuestión muchos elementos considerados como necesarios para la existencia del hombre, entre los que podemos destacar: salud, compañía, reconocimiento, autonomía.³⁵⁵

351 DAMASCENO JUÁN, *Exposición correcta de la fe ortodoxa III*, 18.

352 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 9, 11.

353 *Ibíd.*

354 I. ILLICH, *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Barral Editores, Barcelona, 1975, 111-19 (Sobre los abusos de la medicina moderna en este campo).

355 C.LÓPEZ FANJUL, *A la sombra de Darwin*, Madrid, Siglo XXI, 2003, 47.

La cultura, reconocida por la antropología, «*está constituida por el conjunto de ideas, destrezas, valores, creencias, lenguajes y actitudes susceptible de ser adquirido mediante imitación, enseñanza y otras formas de aprendizaje social indirecto. La cultura es información que se transmite y que condiciona la conducta que desarrollan los individuos. Podría decirse que el rasgo que mejor define la naturaleza humana, aquello que verdaderamente nos hace humanos, es su enorme capacidad para la cultura*».³⁵⁶ Seguimos contrastando que los valores, las actitudes, competencias morales, son susceptibles de adquirirse por imitación, por aprendizaje, no hay nada terminado cuando se habla de cultura, y el cuidado es parte de esa cultura, donde descubrimos lo verdaderamente humano, es oportunidad seguir enriqueciendo el cuidar enfermero desde los valores y actitudes que devienen de este carisma religioso como facilitador para poder beber de ese manantial que es el evangelio de Jesús de Nazaret.

Uno de los aspectos que más nos pueden ayudar a comprender el concepto de enfermedad en el mundo bíblico es el concepto de “integral”, donde la curación (física) y la salvación (espiritual) van juntas, aunque no unidas, se establecen unas estrechas relaciones entre ambas dimensiones, sin caer en la tentación de reducir la salud o la enfermedad a las puras terapias técnicas o minimizar el impacto de lo físico en lo psíquico y espiritual, o la inversa³⁵⁷. Este concepto de integral, también abre la visión al influjo social no meramente quedándose en lo individual, verificado hoy en día por la medicina actual que reconoce las influencias de los aspectos ambientales. La última característica que nos podría aportar el concepto de integral es la referida a la interconexión que puede observarse entre cuerpo-alma y espíritu, y la alteración de alguno tiene su efecto sobre la totalidad sin posibilidad de ser separados uno del otro. La visión actual holística que se tiene de la persona, y que ha integrado estas tres dimensiones o se podría decir la totalidad de las dimensiones del ser humano, no podemos tratar la herida de la mano si entender que pertenece a un ser que tiene cuerpo alma y corazón, esa riqueza de mirar ira permitiendo la excelencia en los profesionales del cuidar, y el ejemplo de la persona de Jesús y la aportación del carisma apostólico siguen siendo hoy oportunidad para este profesional.

356 Evolución y cultura: los orígenes de la diversidad cultural humana: <https://www.revistadelibros.com/.../evolucion-y-cultura-los-origenes-de-la-diversidad-...> Consultado 09-3-2016.

357 F. ÁLVAREZ, *Misión sanante de la comunidad cristiana*, Verbo Divino, Estella , Navarra, 2002, 113-142.

Entre las otra de las aportaciones que podemos extraer del evangelio a nuestra manera de entender la enfermedad, es las claves que puede dar para superar preguntas relacionadas con el por qué (¿Por qué a mí? ¿Por qué esto? ¿Qué es lo que he hecho?). No podemos reducir todo el sufrimiento a la frustración y la desesperación, cayendo en un aislamiento completo de nuestro ser, llegando a la pregunta de para qué. En esta parte es donde encontraremos las posibilidades que ofrece la nueva situación, y las diferentes perspectivas que podemos observar, siendo capaz la persona enferma de poner en marcha mecanismos y recursos insospechados y sorprendentes invitando a participar a los que están cercanos a la enfermedad, al sufrimiento, para que formen parte de este dinamismo.

El ser humano descubre en la enfermedad que no sólo “tiene” cuerpo, sino que “es” cuerpo, desde la riqueza del significado que encierra, al mismo tiempo que puede experimentar y aprender a no quedar reducido y minimizado a las dimensiones físicas, porque en su horizonte puede aferrarse a la idea de que hay un más allá, algo que trasciendo lo meramente físico.

No podemos dudar ni cuestionar pues, que la imagen de Jesucristo “médico” es una constante en la tradición cristiana, encontrando alusión a ello en el reciente Catecismo de la Iglesia católica (nn.1503-1505), donde se puede leer: *«la compasión de Cristo hacia los enfermos y sus numerosas curaciones de dolientes de toda clase (cf Mt 4,24) son un signo maravilloso de que “Dios ha visitado a su pueblo” (Mc2, 5-12): vino a curar al hombre entero, alma y cuerpo; es el medico que los enfermos necesitan (Mc 2,17)»*.

Esta es la tradición compasiva que da lugar a que los cristianos se preocupen por el prójimo sufriente y quieran dar respuesta creándose los primeros hospitales (hasta entonces desconocidos en la cultura greco-romana), en los que se cuidaba la acogida, procuraban su sanación y contaban con recursos materiales y humanos para cubrir todas las necesidades de los enfermos. Destaca la implicación de diáconos y diaconisas en el trabajo cotidiano con estos enfermos, donde se refleja el papel que a lo largo de la historia han dado los cristianos antes los prójimos sufrientes y debilitados, siempre con la bandera del “amor a la vida” (*biofilia*), representativa característica de Jesús y las primeras comunidades³⁵⁸.

Jesús es la imagen que los cristianos han tenido para llevar la “buena noticia” a los enfermos, una noticia que acogía en totalidad a la persona, pero que se detenía en todas

las partes de su ser. El prójimo sufriente, necesitaba de una mano que aliviara su dolor, su sufrimiento su herida y por supuesto toda su dignidad³⁵⁹. Esa sigue siendo la llamada y el grito de los que sufren en nuestra sociedad, la vida sigue clamando que se le acoja con dignidad y en totalidad, los sanitarios de hoy no pueden descuidar la totalidad del ser, para poder seguir dando respuesta a la vida en su totalidad, desde el máximo respeto por la dignidad humana, tener de referente a Jesús de Nazaret, no es intentar que creamos en su Dios o que tengamos que ser cristianos para su comprensión, va más allá de toda lógica religiosa o de fe. Jesús puede ser referente de cuidados sin que la dimensión de Hijo de Dios que le otorga el catolicismo lo detenga. Los sufrientes de hoy, necesitan sanadores, no demandan técnicos que apliquen ungüentos sobre sus heridas y venden los miembros lastimados, demandan personas que ayuden a su recuperación y sea una terapia sanadora en totalidad, humana y humanizante, desde el respeto y la igualdad, desde la humildad y la profesionalidad, mirando a los ojos, al corazón y al alma del que necesita de nuestra ayuda.

Luz R. Casanova, intuye las necesidades que tiene el pobre sufriente y quiere ser testimonio de Jesús, quiere ser su apóstol, seguir propagando y divulgando con el “*bálsamo del amor*” a los que necesitan de su ayuda.³⁶⁰ El carisma apostólico sigue hoy anunciando que la dignidad de la persona es la máxima en la relación con el otro, que da igual la dimensión de la persona que este debilitada o que necesite de nuestra cercanía, que por encima de “la parte” está “el todo”, y sin acoger en totalidad no se puede llegar a tener vida en abundancia, y mucho menos ser testimonio del Amor. La persona en palabras de la fundadora, es la «*sangre de Cristo, por la que dio hasta la última gota*», no se puede escatimar esfuerzo en la persona y en su totalidad.³⁶¹ Jesús fue y sigue siendo sin duda alguna el total paradigma del carisma apostólico, que posibilita dar respuesta al murmullo que clama la vida, para la ética enfermera este paradigma es fuente de riqueza e inspiración para dar respuesta al ser humano con la máxima dignidad.

359 Lc 10, 29-27: «Acercándose, vendó sus heridas, echando en ellas aceite y vino; y montándole sobre su propia cabalgadura, le llevó a una posada y cuidó de él, [...] Jesús le dijo: Vete y haz tú lo mismo».

360 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 488-490.

361 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 9, 11

12. EL PROYECTO SALVADOR DE JESÚS DE NAZARET

12. EL PROYECTO SALVADOR Y SANADOR DE JESÚS DE NAZARET

Cualquier persona que se acerque a la persona de Jesús y a las Escrituras, sin ningún condicionante o prejuicio, descubrirá claramente que el Dios en el que deposita todo su ser y por el que gasta y entrega su vida, es un Dios salvador y sanador de su pueblo, su proyecto es una invitación continua a que la humanidad «tenga vida y vida en abundancia».³⁶²

Yeshúa (en hebreo עֵשׂוּא) significa «salvador», en hebreo era la forma más común del nombre Jesús, en época de Jesús de Nazaret.³⁶³ En su nombre ya encontramos la misión a la que dedicara su vida, en hebreo el significado fundamental del verbo salvar es «llevar a un entorno espacioso»³⁶⁴, en sentido metafórico traducido como: «liberar de cualquier limitación» aportando los medios necesarios para conseguir esta libertad. De aquí que en nombre de Jesús de Nazaret esté relacionado con la liberación de una enfermedad³⁶⁵, cuando nos referimos a una turbación³⁶⁶ o cuando nos referimos a conflictos entre personas³⁶⁷. Estos datos semánticos y bíblicos nos van confirmando y adentrando en el papel sanador y salvador de Jesús.

Profundizar en la persona de Jesucristo como sanador, va descubriéndonos la necesidad que tenemos como cristianos de redescubrir el contenido sanante del evangelio y la fuerza terapéutica de la fe cristiana para llevar esta riqueza a una sociedad tan necesitada de esta buena noticia en la actualidad.

Aproximarnos a una cristología terapéutica puede servir de gran aportación para las disciplinas del cuidar y del sanar, tan demandantes de humanidad en sus quehaceres cotidianos, comprender a Jesús como fuente de vida y salud nos ayudará a descubrir,

362 Ez 34,10-14; Sal. 79,2-3; Jn. 10,27; Sal. 18,5.

363 Esd 3,2. Zac 6, 11-12.

364 Sal 18, 35. 66,12.

365 Is 38, 20.

366 Jer 30,7.

367 S3, 18. Sal 44,8.

una nueva cultura de la salud, que dé respuesta a todas las dimensiones humanas y a la salvación definitiva. Puede ayudarnos a promover estilos de vida más sanos y liberadores de la salud y los procesos de enfermedad, dando respuesta a praxis de las disciplinas sanitarias. Dentro de los límites y la fragilidad de nuestra existencia actual Jesucristo puede ser manantial sanador para las personas y la sociedad actual³⁶⁸.

12.1. Proponer y mostrar la salvación como salud.

Se puede considerar que Dios nos ofrece y nos anuncia la salud con Jesucristo. La salud es la meta, el horizonte y la inspiración de su actividad mesiánica, dato fundamental a destacar que a veces no queda remarcado por los exégetas con su tendencia a polarizar la actividad mesiánica. Jesús no es un orador sobre la salud, simplemente engendra y propaga la salud en las personas y en la convivencia social donde desarrolla su vida cotidiana. Podemos reflejar esta manera particular de sanar cuando hacemos mención a la memoria de la primera comunidad: «*Ungido por Dios con la fuerza del Espíritu Santo, pasó haciendo el bien y sanando a todos los oprimidos por el diablo, porque Dios estaba con él*³⁶⁹».

Se puede remarcar que Jesús camina presentándonos una vida saludable, sus actos son germen de la promoción y protección de la vida y la salud de todo ser humano. Su objetivo no es curar de la enfermedad al prójimo sufriente, su esfuerzo está en empoderar a la humanidad para que el hombre sane, para que la vida se desarrolle desde la salud³⁷⁰. En la actualidad sigue siendo esta la meta de las disciplinas de la sanidad, conseguir aportar los recursos y los medios a las sociedades, para que los ciudadanos tengan y promuevan una vida saludable, evitando la enfermedad en la medida de lo posible, desde la generación de hábitos saludables. Que el proyecto de Jesús sea un proyecto generador de estos mismos hábitos, nos sigue dando elementos de conexión para poder seguir pensando que no se aparta de las necesidades que demanda la sociedad actual en materia de sanidad, y que sigue necesitando la misma salvación sanadora que promovida por Jesús. Para conseguir esta imagen de Jesús

368 J.A. PAGOLA, *Acercamiento a la experiencia de la salud en Jesús*. Asociación de profesionales sanitarios cristianos. Madrid, 2002, 1-13.

369 Hch. 10,38.

370 PAGOLA, *Acercamiento* 1-13.

no tenemos que quedarnos sólo en las curaciones, toda su actuación despierta y promueve esta salud auténtica, rechazando mecanismos inhumanos y destructivos de la sociedad de su tiempo, su lucha contra comportamientos patológicos de raíz religiosa, sus empeño en la creación de una convivencia fraterna y solidaria, su invitación continua al perdón de Padre, su máxima ternura y comprensión del prójimo sufriente, su mano siempre tendida para ayudar a los corazones perdido y mostrarles el «bálsamo del amor»³⁷¹... es un proyecto totalizante de la personalidad humana, que abarca todo su ser, Jesús no parcela la vida, la acoge en totalidad y la sostiene en un sencillo vaivén impulsado por el Espíritu sanador y purificador. El carisma apostólico sigue apostando por ser parte de este impulso que se consolida con Jesús, como apóstol de este amor, que engendra vida, y vida en totalidad.

Su actividad sanadora es la que mejor caracteriza al Mesías³⁷², su terapia mesiánica es manifestación (epifanía) o revelación de la salvación que Dios ofrece al hombre en la persona de Jesús³⁷³. La salud que Jesús promueve no es pues una simple acción médica, sino «el reflejo sobre el plano de la persona total, de la «soteria», es decir, de la vida en su máxima expresión»³⁷⁴. Seguimos reflejando ese abordaje integral de sanación que se propone, para mostrar y aproximar a la humanidad ese Creador íntimamente ligado a toda vida, que se nos manifiesta en los escritos bíblicos como el sanador de Israel³⁷⁵.

Desde una visión cristiana no cabe duda que debemos acoger la vida y comprender la salud desde una experiencia de salvación, como parte de nuestra naturaleza humana. La salud humana, frágil sin duda, bajo una amenaza continua, invitada a ser cuidada

371 Lc.19, 10 «El Hijo del Hombre ha venido a buscar y salvar (sózein) lo que estaba perdido». El cuarto evangelio resume así esta biofilia que se encierra en toda la praxis de Jesús: «Yo he venido para que tengan vida y la tengan en abundancia» (Jn 10, 10).

372 Mt 11,2 «Los ciegos ven y los cojos andan, los leprosos quedan limpios y los sordos oyen, los muertos resucitan y se anuncia a los pobres la Buena Noticia».

373 Mt 12, 28 «Si yo expulso los demonios por el Espíritu (Lc: el dedo) de Dios, es que el Reinado de Dios ha llegado a vosotros».

374 S. SPINSANTI, *Le dimensioni della salute*. L'Alleanza terapéutica, Roma, 1988, 73-74.

375 Ex. 15,26: «Yo soy Yahvé, el que te sana».

y sostenida constantemente de una manera responsable y solidaria, está llamada a la salvación definitiva desde la salud.³⁷⁶

Si la salud es lugar de salvación, la sanación puede ser vivida obviamente como experiencia salvífica. La enfermedad es siempre fuente inagotable de preguntas para el ser humano. Una experiencia crítica que obliga a preguntarse por la condición humana, el sentido de la existencia y el destino último de la vida. Todo arranca de las preguntas más elementales: ¿Por qué la enfermedad? ¿Por qué el sufrimiento? ¿Por qué la caducidad y la muerte? Jesús supera el planteamiento del «por qué» de la enfermedad que puede encerrarnos en una postura estéril y negativa, para abordar el «para qué» de la enfermedad en una actitud positiva y fecunda. No le interesa tanto el por qué, sino el para qué y las posibilidades salvíficas que se pueden vislumbrar a partir de esa enfermedad que es parte de la vida.³⁷⁷ La sanación como experiencia integral de recuperación de vida, afirmación de la propia dignidad, crecimiento de la confianza, libertad y señorío, es siempre un misterio. Un proceso creativo donde se experimenta la victoria frente al mal y el predominio de la vida sobre la amenaza de la muerte. Precisamente por eso, la sanación viene a ser experiencia privilegiada de salvación, lugar de encuentro del hombre que busca, desde sus raíces, la salud de todo su ser y ese Dios que viene hacia él como origen y fundamento de la vida³⁷⁸.

Las disciplinas del cuidar también persiguen esa práctica sanadora como experiencia integral de recuperación de la vida, de la dignidad de todo hombre sufriente y debilitado, en un camino que muchas veces está lleno de desesperanza y frustración por no conseguir la meta marcada, sin detenernos en la importancia del recorrido, en la persona y su proceso, en la enfermedad y sus causas, en la limitación propia del hombre que no queremos acoger y hacer de ella posibilidad.

Enfrentarnos a la enfermedad desde la dinámica sanadora integral, nos puede aliviar los fracasos, porque la meta cambia de horizonte, ya no perseguimos el éxito de la eliminación de la enfermedad, más bien la sanación de esta desde la realidad que tenemos y que nos permite aportar vida desde las limitaciones y el proceso que vivimos, sin caer en la idolatría y el egoísmo por el éxito, sin pensar en la persona

376 PAGOLA, *Acercamiento* 1-13.

377 RIVERO A., *Jesucristo: El más hermoso de los hijos de los hombres*, Credo, 2000, 74-77.

378 PAGOLA, *Acercamiento* 1-13.

y su proceso de dignidad necesario en totalidad y en todo momento del proceso de sanación.³⁷⁹ Curar y colaborar en la sanación, para un cristiano no sólo es un gesto de compasión y servicio, trasciende a un gesto evangelizador que le acerca y le muestra al Dios de la vida, que camina junto a su pueblo.

En el terreno aconfesional de las ciencias de la salud y de la sociedad actual, no es podemos pretender que actúen desde esta perspectiva evangelizadora, pero los cristianos sí que tienen la responsabilidad de mostrar a este Dios de la vida y su salvación desde la sanación. Sí que tenemos que seguir haciendo hincapié en la necesidad de poder mirar y enriquecer nuestra vocación y disciplina en este modo de ser y estar próximo a la humanidad.

En Jesús se da una llamada a la conversión como una acción sanadora³⁸⁰, el evangelio es mostrado como un verdadero camino a la salud integral de la persona³⁸¹. Es el cuarto evangelio el que más explícitamente presenta la fe como acceso a una calidad de vida nueva (Ζωή y Ζωή αἰώνιος). Cristo es la Vida (Jn.14, 6). Sus palabras son espíritu y vida (Jn.6, 63). Quien le acoge se encuentra con “*un manantial que brota dentro de él dando vida definitiva*” (Jn.4, 14)³⁸². A lo largo de nuestra existencia se está dando esta salvación o por el contrario fracasa si no la acogemos en nuestra persona, la vida desde esta salvación tendrá un recorrido y un horizonte más sano y saludable. Llegar a gozar del manantial que brota dentro de nosotros mismos y que da vida definitiva, parece ser una cosa reservada a los religiosos o cristianos en este caso, pero en realidad es una llamada a la humanidad entera que hace el Dios de la vida. Toda la humanidad está invitada a ese banquete y a gozar de Reino desde las claves sanadoras y de salud, en nuestras manos está seguir desentrañando el mensaje y adaptarlo a tiempos y lugares, para que la humanidad tenga la vida soñado por su

379 Diez leprosos quedan curados por Jesús de la terrible enfermedad que destruye su organismo, pero sólo uno vuelve glorificando a Dios y sólo él escucha estas palabras de Jesús: «*Levántate y vete, tu fe te ha salvado*» (Lc 17, 19).

380 Lc 5, 31-32, Mc 2, 17, Mt 9, 12-13 «No necesitan médico los sanos, sino los que están mal. Yo no he venido a llamar a la conversión a los justos, sino a los pecadores».

381 Los primeros cristianos hablan de «la conversión que lleva a la vida» (Hch 11, 18).

382 J. MATEO Y J. BARRETO, *El evangelio de Juan. Análisis lingüístico y comentario exegético*, Artículo Vida, Madrid, 1979, 1088-1091.

creador. No todos lo conocerán por su nombre, pero si todos lo debemos conocer por su mensaje hecho vida en la persona de Jesús, no es nuestro objetivo que crean en el Dios de Jesús los sanitarios de hoy, pero sí que conozcan el evangelio de Jesús hecho vida práctica y útil para todo ser humano.

Abrir la posibilidad a una vida más plena desde el evangelio, es posible si le hacemos creer a prójimo sufriente, en las posibilidades que encierra su ser, y alcanzar la dignidad a la que está llamado incluso desde la enfermedad y la debilidad. Por estos arroyos quiere fluir la salvación propuesta por Jesús, para llegar al gran caudal del río que es la vida.³⁸³

12.2. Jesús molde sanador.

Los modelos de salud están siempre apoyados en la concepción del hombre que se tenga en ese momento, por ello la importancia de preguntarnos qué es la salud para el hombre de hoy, que salud desea tener, cuál es su prioridad en este tema tan básico y perseguido desde el origen de los tiempos. Los esfuerzos en la actualidad están encaminados a superar los aspectos poco humanos de la salud excesivamente medicalizada, tecnificada, institucionalizada o ingenuamente idealizada. Nos podemos preguntar ¿Cuáles son las aportaciones del evangelio de Jesús de Nazaret en este añorado modelo de salud más humano? ¿Qué aportaciones puede tener en una sociedad que casi repudia lo religioso y que se declara aconfesional?.³⁸⁴

Jesús propone una salud que no está vinculada a los santuarios, como puede aparecer en los relatos Helénicos³⁸⁵, tampoco podemos relacionarla con ninguna estructura sanitaria. No es fruto de una dinámica de carácter técnico-profesional, tampoco como una actividad resultado de la magia. Jesús no viene a suplantar los diferentes esfuerzos de la humanidad por lograr una mejor salud, sino a revelar la dimensión más profunda de la acción sanadora y a promover un hombre nuevo, de vida auténticamente sana³⁸⁶. La clave está en esa profundidad sanadora que tiene que

383 Mc 10, 52; Mt 9, 22 «Tu fe te ha sanado».

384 PAGOLA, *Acercamiento* 1-13.

385 Recordar el célebre Asklepleion de Cos o el Santuario de Epidauró atendido por sacerdotes médicos. Ver art. Salud en Diccionario Teológico del Nuevo Testamento, vol. IV, 139.

386 X. LEON DUFOUR, *Los milagros de Jesús*, Madrid, 1979, 351-352.

despertar y poner en funcionamiento cada persona de manera individual, estimulada por la fe y la creencia en nosotros mismo, en el poder absoluto de la vida. La fe del creyente tendrá una dimensión trascendental-espiritual, pero el que no posea esta fe, tiene que poseer la fe en el mismo, en la energía de la vida, y los cristianos tienen que ser posibilitadores de este manantial para aquellos que no tiene el regalo de la fe en Jesús. Algunos de los rasgos de la salud que Jesús propone serían:³⁸⁷

A. Salud integral.

Como venimos desentrañando a lo largo de nuestro trabajo la salud que Jesús promueve, no es sólo la mejoría física, la sanación propuesta, sobrepasa los límites de la enfermedad de su eliminación o retroceso. Jesús busca la sanación integral del ser humano y el restablecimiento de su dignidad, rehacer a la persona desde su enfermedad, que emerja un hombre con capacidad de vida saludable³⁸⁸. Jesús promueve una sanación profunda y total, no es el resultado de un tratamiento médico dirigido a eliminar una enfermedad. Jesús cura salvando a la persona y salva a la persona curando. Por ello están vinculadas salvación y sanación en la aproximación a la salud que podemos hacer el Jesús.

B. Salud radical

Jesús quiere sanar al ser humanos desde sus raíces, su centro, desde la fuente, desde lo más profundo, en esa búsqueda de la salud radical. Es fundamental que el enfermo sea capaz de llegar a esa parte de su ser que todavía alberga la salud, estimulado por ese deseo de vida que subyace en todo hombre. No sólo el enfermo tiene que ejercer la petición de ser curado³⁸⁹, tiene que experimentar el deseo de sanar desde lo más profundo de sus ser, para activar toda esa energía sanadora que lo alberga por su naturaleza humana³⁹⁰.

387 GARCÍA, *10 palabras*, 65-110.

388 Juan nos dice explícitamente que el hombre que ha sido curado por Jesús ha sido sanado enteramente (di la salud a un «hombre entero» = Jn. 7, 23).

389 Mc 10, 51: Recordemos también la pregunta decisiva al ciego de Jericó: «Tú ¿qué quieres que yo te haga?».

390 H. WOLFE, *L'atteggiamento di Gesù nei confronti degli uomini come modello della moderna psicoterapia*. Gesù Psicoterapeuta, Brescia, 1982, 22-25.

En la cultura semita el corazón es la sede de las decisiones, el lugar donde se decide la muerte o la vida de la persona, por ello la actividad de Jesús urgiendo a todos a una conversión del corazón, en esta cultura es fundamental sanar el corazón³⁹¹. Es fundamenta en este momento actual saber llegar a esta profundidad y radicalidad de todo ser que sufre, para realmente estable una relación terapéutica y sanadora en totalidad, que no se quede en la herida superficial, sin realmente apostarle el restablecimiento de la salud por completo.

C. Salud liberadora

Salud es sinónimo de liberación para la percepción de Jesús, sanar pasa por liberar la vida sometida en toda posibilidad al mal. Articular todos los potenciales que impiden y bloquea a la persona para vivir conforme a la salud y desde la libertad³⁹². La sanación verdadera libera a la persona, la conduce a una apropiación más plena de su cuerpo y a una dignidad más profunda de la propia existencia³⁹³. También está dirigida esta libertad a todo lo que oprime y esclaviza la existencia del hombre, esta perspectiva sanadora es fundamental para Jesús³⁹⁴, y hoy sigue siendo de vital importancias para las sociedades actuales. Somos conscientes de que nuestras políticas de mercado y comercio, oprimen a los pueblos condenándolos a la miseria y a la pérdida de la salud en todas las dimensiones de sus ser, no encaminar nuestros esfuerzos en detectar y erradicar este tipo de maltrato humano, seguirá encadenando al hombre al sufrimiento. El cristiano tiene la obligación de intentar detener este tipo de atrocidades y luchar por la liberación de todas estas políticas que oprimen al prójimo. El carisma apostólico fiel a la misión del crucificado, quiere hoy seguir siendo liberador de la opresión a la que se somete a la humanidad, desde sus posibilidades y realidades, visibiliza todo lo que impide que el ser humano no goce se esa libertad sanadora a la que está llamado e invitado desde el Reino.

391 Mc 7, 21 y par, «De dentro del corazón del hombre sale lo malo».

392 Lc 13, 12 dice a la mujer atada por Satanás durante dieciocho años: «Mujer, quedas libre de tu enfermedad».

393 Mc 1, 23-28; 5, 1-20; 9, 17-29.

394 8, 31 «Si os mantenéis fieles a mi Palabra seréis verdaderamente mis discípulos, y conoceréis la verdad y la verdad os hará libres».

D. Salud reconciliadora

Jesús promueve la salud como integración de la persona. Sanar pasa por liberar de la dispersión, de la fragmentación, de la división interior, de todo lo que es «diabólico», («diabolos» significa «el que separa»). La salud es crecimiento hacia la armonía, la unificación, la reconciliación con el propio ser y con la vida. Jesús pone «shalom» en la vida de las personas, es decir: paz, bendición, perdón, armonía, confianza ante el futuro³⁹⁵. Salud es liberación de la culpa, del miedo, de la ansiedad ante el futuro. Desde esta perspectiva sanadora hemos de entender la actividad reconciliadora de Jesús perdonando a los pecadores, publicanos y prostitutas³⁹⁶. La reconciliación tiene que pasar por el mismo y con la creación entera, la armonía personal y social posibilita la salud desde un ser el paz consigo mismo y con el entorno que le rodea, posibilitándole el crecimiento y la relación fraterna a la que el ser humano está llamado por naturaleza, no se puede tener salud si no hemos superado la reconciliación en todas sus dimensiones, pues terminaremos debilitados y enfermos con imposibilidad de sanación.

E. Salud transformadora

Acoger la salud que Jesús propone, conlleva quedar transformado en todo tu ser, en toda tu vida³⁹⁷. Esta salud entraña una manera nueva de vivir, una cualidad que aporta novedad a nuestro comportamiento cotidiano, una verdadera conversión que nos cambia radicalmente la vida y la manera de ser y estar. Desde esta transformación perseguida con el prójimo sufriente podremos conseguir la rehabilitación necesaria para que tenga vida desde su debilidad, quizá no lleguemos incluso ni a detener la enfermedad, pero sí que quedará transformado para poder tener dignidad desde su realidad actual, en un camino terapéutico que aporte esperanza y libertad.

395 Lucas describe a Jesús sanando a la hemorroísa y perdonando a la pecadora con las mismas palabras: «Tu fe te ha sanado. Vete en paz» (7, 50; 8, 48).

396 Mt 9, 4-6 y par.

397 La curación de Bartimeo es un ejemplo preclaro. Al comienzo del episodio, el enfermo aparece descrito con tres rasgos: es un ciego incapaz de ver a Jesús; está sentado en oposición a los discípulos que siguen a Jesús; se encuentra junto al camino, fuera del camino que Jesús lleva hacia Jerusalén. Después del encuentro con Jesús, el evangelista nos describe así la transformación operada: «recobró la vista y le seguía por el camino» (10, 52). Así pues descubre a Jesús con una luz nueva, se convierte en su seguidor y se adentra en el camino que lleva el mismo Jesús hacia la muerte y resurrección.

F. Salud responsable

La persona no es culpable desde su responsabilidad de todo deterioro o debilitamiento de la salud, no es siempre consecuencia de un desorden moral y así lo hace ver Jesús³⁹⁸. Es necesario desde esta seguridad, liberar de cualquier culpa injustificable que pueda soportar el enfermo. Tampoco tenemos que descartar toda responsabilidad, pues también desde nuestra libertad se contempla esa opción, siempre es consiente del equilibrio necesario para no culpabilizar, pero tampoco eludir responsabilidad³⁹⁹. La pequeña franja que separa responsabilidad de fatalismo, es una tarea que nos tiene que conducir al continuo discernimiento y reflexión cuando nos aproximamos al prójimo sufriente y debilitado, pues su ser esta herido pero no podemos herir su dignidad, al contrario, nuestros esfuerzos deben siempre estar encaminados a sanar a la persona en totalidad y ante la debilidad humana nuestro papel de sanadores no pasa en ese momento por juzgar o ser jueces que otorguen vida o castigo. Acoger a la persona es nuestra prioridad, y más si cabe cuando nos pide ayuda o está necesitando de nuestro auxilio, posteriormente en la relación terapéutica que se pueda establecer, decidiremos cuando es el momento de exigir si lo procede responsabilidad sobre su estado de salud, o si por el contrario ni siquiera podemos exigir o contemplar esta opción.

La enfermedad afecta a todas las clases sociales, tenemos que tener en cuenta que algún as se derivan del nivel de miseria y la falta de condiciones higiénico sanitarias, pero, otras por el contrario no tienen relación alguna con tales circunstancias. Los evangelios enfatizan en la cercanía y el servicio de Jesús con los más débiles e indefensos, los que la sociedad de ese momento excluye, que son marginados por razones de riesgo o indiferencia. Los recursos sanitarios del momento, tienen un alto coste que la gente pobre no puede hacer frente,⁴⁰⁰ aunque Jesús también ejerce la sanación a clases acomodadas⁴⁰¹.

398 Jn 9,3 «ni él pecó ni sus padres».

399 Jn 5,14 Esta es la advertencia de Jesús al enfermo de Bezatá: «Mira, has quedado sano. No peques más, no sea que te ocurra algo peor»; Jn 5,6 «¿Tú quieres curarte?»; Mc ٧, ٤ «Levántate, toma tu camilla y vete a tu casa»; Jn 5,8.

400 Mc 5, 26.

401 El centurión de Cafarnaúm (Mt 8, 5-13; Lc 7, 1-10) o Jairo, el jefe de la Sinagoga (Mt 9, 18-26 y par.).

Los evangelios enfatizan en la acción sanadora que ejerce sobre el prójimo sufriente más desvalido y sin recursos, a las cuales nadie prestará atención ni ayuda,⁴⁰² enfermos que acogen la enfermedad como un mal que no tienen solución y ninguna recuperación posible en el sistema en el que les ha tocado vivir⁴⁰³. Nos llama la atención que el término «θεραπευτική» en su sentido original que es «servir a alguien más poderoso». En los evangelios este término significa exclusivamente curar y se emplea continuamente para expresar la acción sanadora de Jesús a los más pobres⁴⁰⁴. El servicio terapéutico que Jesús ejerce está dirigido al amor entrañable a los últimos, no es una sanación sobre poderosos y privilegiados, son los últimos, los que no albergan ninguna esperanza en sus corazones, los que necesitan del aliento sanador y terapéutico al que los invita Jesús, para que no se postren ante la enfermedad y sus males.

El carisma apostólico reconoce la necesidad de seguir llegando a los más desfavorecidos del sistema y al igual que en sus inicios, el Patronato de enfermos, quiere dar respuesta a los más pobres del momento, sin negar la asistencia a los que la demanden. Hoy la familia apostólica sigue teniendo esa sensibilidad por aquellos que la sociedad sigue condenando al último lugar sin ofrecer posibilidad alguna de superación, seguir siendo ese aliento terapéutico al modo de Jesús es una obligación de todo los que bebemos de este carisma y de todo el cristiano que quiera caminar al lado del Dios de la vida por el que Jesús «derrama toda su sangre».

402 Cf Jn 5, 7.

403 J.A. PAGOLA, “Jesús y los enfermos desasistidos y necesitados.” *LABOR HOSPITALARIA*, 208 (1988), 135-138.

404 COEMEN , *Diccionario teológico* 136-137.

G. Salud portadora de un mensaje

Jesús no realiza sus curaciones como hechos aislados y carentes de sentido, siempre están en conexión y al servicio del evangelio, «anuncio y revelación del Reino» y «sanación de los enfermos» son dos ejes que integran el contenido de su actividad⁴⁰⁵. La salud que Jesús propone y que quiere que emerja, tiene que ser entendida desde las claves de su mensaje, quiere evitar el sensacionalismo y la práctica sanatorial arbitraria, siempre está al servicio de la evangelización. No tenemos que quedarnos desde el punto de vista sanitario en la sociedad actual, con la clave de salvación que desprende la actividad mesiánica de Jesús, pues queda patente que aporta una salud real y un proceso terapéutico completo para la persona que accede a su palabra y mensaje. Saber descubrir las claves de esta cercanía con el prójimo sufriente es fuente de riqueza para nuestro desempeño cotidiano al lado del débil y necesitado de sanación en nuestras sociedades del bienestar y en el mundo entero.

Cuando libera a los enfermos del mal que les atormenta y que les impide el desarrollo de todos sus potenciales, entran en una situación existencial nueva, buena noticia aportada desde el evangelio⁴⁰⁶. Los sanados son portadores ahora de salvación y salvación para los que no tenían esperanza, son evangelizadores desde las claves cristianas y anuncia una esperanza de rehabilitación y salud desde las claves terapéuticas, toda la sociedad queda afectada desde esta irrupción de buena noticia⁴⁰⁷. Una sociedad en que sus miembros esta invitados a la salud desde diferentes ámbitos de la realidad, es una sociedad que camina hacia la plenitud de la vida, superando la desidia de la desesperanza y la debilidad, aportando a todo ser la dignidad a la que está llamado por ser parte de la humanidad de la creación.

H. Salud individual y social

Jesús entiende su acción desde el evangelio como una llamada a despertar al individuo y a la sociedad para que caminen y despierten hacia su sanación. Es

405 Son significativos los sumarios donde se resume esta actuación: «Jesús recorría toda Galilea... proclamando la Buena Nueva del Reino y sanando toda enfermedad y dolencia en el pueblo» (Mt 4, 23; 9, 35; Lc 6, 18, etc.

406 Recuperada la salud, muchos enfermos glorifican a Dios con distintos matices de alegría, alabanza o agradecimiento (Lc 5, 25; 13, 13; 17, 15; 18,43).

407 Mt 9, 31; Mc 1, 45; 5, 20; 7, 36 y sobre todo Jn 9, 1-40.

consciente que la acción que realiza aislada en un individuo tiene una repercusión inmediata en la sociedad y en el entorno más cercano⁴⁰⁸. Puede parecer egoísta si sólo nos quedamos en lo particular y personal, toda esta acción trasciende desde este plano para extenderse a un plano más global, con repercusiones en la transformación de la comunidad y la sociedad por donde desarrolla su misión, «in societate sana»⁴⁰⁹. Queda claro que Jesús aporta una salud que no se agota en lo individual, sino que abarca lo social, pues originará un hombre nuevo en todas sus dimensiones.

La promoción de la salud social la realiza Jesús desde las claves de una convivencia desde la verdad⁴¹⁰, desde situar el amor en la última palabra en las relaciones sociales⁴¹¹ y la conquista de un comportamiento más fraterno de la humanidad⁴¹². Jesús lucha por una salud social mejor cuando denuncia el estado esquizofrénico de una sociedad dividida, donde los ricos comen y ríen contentos mientras, junto a ellos, los pobres y hambrientos siguen llorando⁴¹³, o cuando condena una vida religiosa y moral reducida a legalismo y culto vacío, y olvidada de la justicia y el amor⁴¹⁴. Parece que la misión de Jesús no está trasnochada, y que aún está sin resolver esta problemática en las sociedades de hoy, donde se ha evolucionado en lo científico y tecnológico a uno niveles que no podrían imaginar la sociedades contemporáneas de Jesús, pero que a nivel humano seguimos atrancados en las mismas problemáticas sin capacidad de superación o quizá que en lo más doloroso, no estamos interesados que esta mejoría o avance se produzca, si ello entraña reducir en lo más mínimo nuestra área de confort y bienestar.

408 Jesús lo proclama en la conversión de Zaqueo: «Hoy ha llegado la salvación a esta casa» (Lc 19, 9).

409 S. SPINSANTI, *Il corpo nella cultura contemporanea*. Brescia, 1985, 105.

410 Lc 6, 41-42; Mt 5, 37.

411 Jn 13, 35; 15, 13.

412 Mt 22, 36-40; 5, 21-26.

413 Lc 6, 20-26.

414 Lc 11, 40-42; Mt 23, 23-24.

El cristianismo no es paralelo a esta realidad, vive insertado en todas las sociedades de la humanidad, y siempre tiene que estar atento al «murmullo de los empobrecidos», para no caer en la esterilidad y sin sentido de una vida conformista y un evangelio que consuela pero no despierta a superar y luchar por el mal que atenta contra los más débiles, puro rostro de dios hoy entre nosotros.

I. Salud no idolatrada

Ningún rasgo de Jesús y su mensaje nos puede inducir a la idolatría del cuerpo y a la estética estéril de toda vida y dignidad. La salud que el promueve no es el objetivo en sí misma, no se trata de vivir para cuidar nuestra salud, sino que cuidemos nuestra salud para vivir como seres humanos. No es el hombre para la salud, sino la salud para el hombre⁴¹⁵. Encontrar la fuerza que encierra la salud para conseguir una sociedad más humana, es el objetivo que siempre moviliza a Jesús. No pretende gastar toda nuestra energía en cuidar la salud y nuestra vida, sin que nos importe el costo, anteponiéndolo a lo que sea, sobrepasando el límite de lo humano⁴¹⁶.

La parte física no tiene que tener la última palabra arrasando el resto del ser⁴¹⁷, el hombre tiene que demostrar responsabilidad en la búsqueda de la salud, Jesús siempre antepone que la salud y su búsqueda tiene que estar al servicio del Reino y su justicia, el gasta y agota su vida en ello porque sabe que no es perdida, es responsable con su salud, no atenta contra el Don de la vida que nos regala el Creador, la abandona para que el mayor número posible o la totalidad de la humanidad tengan vida y vida en abundancia⁴¹⁸. Esta idea del sacrificio o la Cruz para el mundo cristiano, no tiene acogida en la sociedad de hoy, parece que todo se tenga que dar gratuita y fácilmente, sin necesidad de esfuerzo y sacrificio, sin devaluar en absoluto el máximo éxito por

415 De ahí la advertencia de Jesús: «No sólo de pan vive el hombre, sino de toda palabra que sale de la boca de Dios» (Mt 4, 4; cf. Dt 8, 3).

416 Mt 10, 28 «No temáis a los que matan el cuerpo pero no pueden matar la vida; temed si acaso al que puede acabar con vida y cuerpo en la gehena».

417 Mt 6, 31-33 «lo primero es buscar el Reino de Dios y su justicia».

418 Esta es la promesa de Jesús: «quien pierda su vida por mí y por el Evangelio, la salvará» (Mc 8, 35 y par.). Jesús es el primero en hacerlo: «Yo doy mi vida para recobrarla de nuevo. Nadie me la quita. Yo la doy voluntariamente. Tengo poder para darla y poder para recobrarla de nuevo» (Jn 10, 17-18).

el mayor bien, aferrándonos a vivir sin acoger la muerte cuando es el único camino y paso por el que todo ser humano sin excepción con los conocimientos y avances que hoy disponemos nos tenemos que enfrentar, pues forma parte de la misma vida desde el momento que esta se crea.

Para los creyentes esta «salud crucificada por amor» es el juez más implacable y el libertador más radical de cualquier salud deshumanizada por el egoísmo, el orgullo, la insolidaridad o el miedo⁴¹⁹. Parece que no son tiempos de hacer apología de la Cruz que Jesús nos muestra, no es algo entendible a simple vista y vacío de todo contenido trascendental y de fe, pero quizá no este de mal plantearnos en sentido último de nuestras vidas y para que decidimos gastar el mayor tesoro con el que contamos, que no es más que la propia vida. Un salud que nos permita dar respuestas en todos los momentos de la vida y que nos abra a un horizonte de sacrificio y esfuerzo responsable nos permitirá tener sociedades más maduras y que no se agoten en el misterio de la finitud de la existencia terrenal. Este proceso nos permite no idolatrar la salud, para idolatrar la vida en plenitud.

J. Salud abierta a la salvación

Uniéndolo la salud del ser humano a su naturaleza corpórea, siempre tenemos presente su vulnerabilidad y limitación, sensible a todo posible sufrimiento y en continua exposición a la enfermedad y el envejecimiento, siempre contemplando en su horizonte la muerte. El creyente tiene el regalo de salvar su vida desde la obra redentora de Cristo, en el que restituimos nuestra vida, llenándola de verdadera dignidad y ensalzada en la plenitud total en Dios⁴²⁰. Este proyecto de vida definitiva para el creyente, no empieza después de la muerte, está llamado a experimentarla

419 Descubrimos los creyentes que «la necesidad divina es más sabia que la sabiduría de los hombres, y la debilidad divina, más fuerte que la fuerza de los hombres» (1Co 1, 25).

420 El cuarto evangelio desarrolla de manera particular esta teología de Jesucristo como portador de vida y vida eterna. Él es «el pan de la vida» (6, 35.48), «la luz de la vida» (8, 12), «la resurrección y la vida» (11, 25), «el camino, la verdad y la vida» (14, 6). Por ello, «todo el que crea en él, aunque muera, vivirá» (11, 25).

desde su existencia⁴²¹. Estamos llamados a experimentarla desde el amor⁴²². Podemos elegir continuamente entre disfrutar de la salud o sufrir la enfermedad, cuidando la vida y acercándonos con naturalidad al fin de nuestra existencia biológica, para el creyente abandonado en la esperanza de la vida plena en Dios⁴²³, que consolara sus miedos y debilidades desde el manantial de la vida. Los que no tengan fe en el Dios de la vida sí que pueden ser testigos de esta esperanza para el mundo cristiano, de su manera de afrontar su existencialismo, invitados siempre a dar respuesta a su parte trascendental innata a todo ser humano, y que nos permite sosegar la angustia de la existencia finita en esta naturaleza terrenal.

12.3. Relación sanadora-terapéutica desde el modelo de Jesús.

Jesús no es médico, enfermero, curandero ni ningún prototipo de las disciplinas de la medicina, es un sanador que propone la salvación de Dios y desde esta relación terapéutica hace crecer la salud de las personas y la sociedad entera. Por ello, hay que centrarse en esa relación terapéutica que establece con la persona, con el prójimo sufriente, sin quedarnos en los aspectos externos, porque consigue establecer una relación que posibilita la auténtica curación de todo el ser que compone la persona.

Tenemos como prueba de que Jesús no actuaba con la aplicación de pócimas o remedios de cualquier índole, que los enfermos lo que hacían era ponerse en contacto con su persona para ser sanados, pues los escritos que nos ha llegado a nuestros días reflejan que aquellos que entraban en contacto con él quedaban sanados de sus males⁴²⁴. Jesús emana salud desde lo más profundo de su ser, es la fuerza que desprende la que provoca la sanación de aquel al que toca, la terapia es el mismo en palabras de H. Wolff, «*La terapia que Jesús pone en marcha es su propia persona*». Aunque los evangelistas hacen alusión de la utilización de la saliva en algunas de sus

421 C. H. DODD *The Interpretation of the Fourth Gospel*. Cambridge, 1968, 144-150.

422 Jn 3, 14 «Nosotros sabemos que hemos pasado de la muerte a la vida porque amamos a los hermanos. No amar es quedarse en la muerte».

423 Él será quien un día «enjugará las lágrimas de sus ojos, y no habrá ya muerte, ni luto ni llanto ni dolor, pues el mundo viejo habrá pasado» (Ap 21, 4). «Al que tenga sed, Dios le dará gratuitamente del manantial del agua de la vida» (Ap 21, 6).

424 Mc 3, 10 «Todos los que sufrían algún tormento se le echaban encima para tocarlo»; Mt 4, 23-24; Mc 1, 34.

curaciones, lo que destaca no es el procedimiento utilizado⁴²⁵, sino Él mismo y su potencial sanador.

El evangelio que nos llega como reflejo de su actuación, hace referencia directa a esta «fuerza sanadora» (*dynamis*) que salía de Jesús⁴²⁶. Entender esta fuerza sanadora como algo mágico nos puede inducir a error, su fuerza sanadora tiene el origen en el Espíritu de Dios que lo habita⁴²⁷. Esta fuerza sanadora a la que hacemos alusión no es contraria a los esfuerzos terapéuticos de los hombres en su afán de eliminar la enfermedad y el mal que atenta contra las personas y su salud. Jesús no rechaza la utilización de las técnicas curativas de la época⁴²⁸, ni los hábitos higiénico-sanitarios que se conocen para tratar a los enfermos⁴²⁹.

El mensaje y la novedad que Jesús quiere hacer llegar a la humanidad, es el potencial sanador que encierra el interior del ser humano y que puede propagar mediante toda su actividad, su técnica y su trabajo, cuando se deja habitar por el Espíritu de Dios. Este complemento del que parecen gozar sólo los creyentes y los que son atraídos por la palabra de Jesús, es a lo que venimos llamando la fuerza sanadora que pretende despertar en la humanidad. No quedarse en la fe, para posibilitar a toda persona creer en su propio potencial y energía interna que lo invita a seguir adelante y hacer frente a la adversidad, es posible desde la relación terapéutica si incluir la religión en las disciplinas del cuidar, Jesús nos anima a ver la totalidad de los potenciales de la persona, nosotros como sanitarios tenemos que tener la fe en la persona que queremos sanar y con esa fuerza y esa creencia de que es posible conseguirlo, despertar en nuestra relación terapéutica esa fuerza sanadora, desde el

425 Mc 7, 33; 8, 23; Jn 9, 6.14 H. WOLFF: Gesù Psicoterapeuta. L'atteggiamento di Gesù nei confronti degli uomini come modello della moderna psicoterapia. (Brescia, 1982), p. 22-25.

426 «Salía de él una fuerza que sanaba a todos» (Lc 6, 19. Conf. Mc 5, 30).

427 Si pasa haciendo el bien y sanando a todos es como dice Lucas, porque vive «ungido por Dios con la fuerza del Espíritu Santo» (Hch 10, 38; conf. Lc 1, 35; 4, 14). Por eso, sus manos son «bendición de Dios» (Mt 19, 13-15; Mc 10, 16), sus palabras «espíritu y vida» (Jn 6, 63) y en su acción sanadora se hace presente el Espíritu de Dios (Mt 12, 28).

428 Mc 7, 33; 8.23; Jn 9, 6.14.

429 Lc 17, 14; Mt 8, 4.

ejemplo de Jesús para aquel que tenga un fundamento religioso, y desde la fe en la propia persona para el que no lo tenga. No conseguir engendrar esta energía no es por la carencia de la fe en el resucitado, es por la falta de fe en la totalidad y potencial que encierra todo ser humano.

Lo nuclear para Jesús en esta acción sanadora es el amor, Los evangelistas emplean el verbo «σπλάγγνον» para expresar que a Jesús «se le conmueven las entrañas» ante el sufrimiento de las gentes⁴³⁰. La sanación puesta en marcha por Jesús tiene como base y medio el amor, no es posible sanar desde el egoísmo, el rechazo, el resentimiento o el miedo. La compasión en la energía que impulsa e inspira esta sanación, implica un interés verdadero por el prójimo sufriente y su enfermedad y el anhelo eficaz de liberarlo de este mal. Podemos decir que este amor sanador está lleno de cercanía, solicitud, tacto cariñoso, estimación del enfermo, respeto a sus capacidades, etc. esta podría ser una lista compartida con todo lo que es necesario en cualquier relación terapéutica que queramos establecer con los enfermos y debilitados en la actualidad social dentro de la profesión sanitaria. Seguimos considerando paralelismos y puntos comunes que nos sería de vital apoyo para conseguir el mismo objetivo que persigue Jesús la sanación completa de la persona. Podemos decir que cuando Jesús se detiene ante los enfermos para perdonar, curar su mal, imponer sus manos, devolverlos a la convivencia, les está mostrando, antes que nada, que son dignos de ser amados, se tienen que sentir parte de una sociedad que los tiene en cuenta, que quiere el bien de todas su gentes, que no es causa de sus males, que esta llamada y potenciando la fraternidad.

La acción de Jesús es siempre gratuita, sin querer nada a cambio, ni pretender que crea en él cuando quede curado, el gozo está en disfrutar de la salud que se le posibilita a aquel que nunca contaría con ella⁴³¹. Esta gratuidad a la que hace referencia la acción sanadora de Jesús también es extrapolable a nuestro momento actual, donde todo tiene un precio y una cuantificación. No se puede pretender hacer de la relación terapéutica una medición cuantificable que nos permita retribuir en función de los

430 Mc 1, 41; Mt 20, 34; Lc 7, 13, etc.

431 Así hace Jesús que «se llena de gozo en el Espíritu Santo» al ver a sus discípulos volver alegres después de haber expulsado demonios en su nombre. «Yo te bendigo Padre, Señor del cielo y de la tierra, porque has ocultado estas cosas a los sabios y entendidos, y se las has revelado a la gente sencilla» (Lc.10, 17-21).

logros y beneficiemos al que mayor grado de sanación consigue en sus terapias. Esta gratuidad supera lo especulativo y el ego personal, se nutre del beneficio y el bien aportado al que no tiene la posibilidad de disfrutar de su dignidad, de su potencial sanador. En las disciplinas del cuidar se seguirá luchando por mejorar las condiciones laborales, que directamente influyen en nuestro contacto cotidiano con el prójimo sufriente, pero no podemos descuidar ni dejar de lado que nuestros esfuerzos para sanar al prójimo tienen que estar movilizados por nuestra vocación de servicio, que supera todo límite cuantificable y todo esfuerzo retribuido. Esta es una de las bases que sustenta nuestro trabajo de investigación, la necesidad de una vocación que nos anime a realizar y llegar a la excelencia en nuestro actuar cotidiano, contando con las mejores condiciones laborales de las que se pueda disfrutar, pero no olvidando que nuestro trabajo está dirigido a la persona, al restablecimiento de todo su ser y a reconocer su máxima dignidad en todos los momentos de su vida.

Destacamos algunos rasgos de la actitud sanadora de Jesús⁴³², conocedores de que su intención primordial es la catequética y teológica, pero la actividad sanadora reflejada en los evangelios nos permite aproximarnos a algunas características de su actitud sanadora:

- Jesús adopta una actitud básica de servicio y disponibilidad⁴³³. Establece el Reino dese esta dinámica, su gobierno no está basado en el control y el mandato.
- Completa claridad del valor positivo en la priorización de la vida y deseo de salud para el enfermo⁴³⁴. Su voluntad es férrea, «salvar una vida en vez de

432 PAGOLA, *Acercamiento* 1-13.

433 Resumida en su pregunta al ciego de Jericó: «¿qué quieres que yo te haga?» (Mc 10, 51). Es significativo que Mateo interprete toda la actividad curadora de Jesús citando de manera forzada un texto de Is.53, 5 para presentar a Jesús como el Siervo que alivia a los hombres de sus males: «Él tomó nuestras dolencias y cargó con nuestras enfermedades» (Mt 8, 16-17).

434 Mc 1, 41 «quiero, queda limpio». Conf. Mt 8, 10; 15, 28.

destruirla» desde esta convicción se impone a la ley del sábado⁴³⁵ y las normas establecidas en relación con los impuros de la sociedad⁴³⁶.

- Ofrece una actitud esperanzadora, contrario a todo lo que puede deteriorar o mermar la confianza del enfermo⁴³⁷. Promueve una misma confianza entre él y el enfermo para unirse en la búsqueda de la salud, ya no está sólo y abandonado. Con toda su debilidad se encuentra a sí mismo en Jesús, confiado en él, para abrirse a la vida. Contagia su fe para sanar⁴³⁸.
- Jesús ayuda a los enfermos a poner en marcha su propio potencial sanador. Está en sus manos decidir si quieren optar por el cambio y sanar o seguir con su vida miserable⁴³⁹. Son ellos los que tienen que hacer el camino para sanarse, desde su responsabilidad, no establece relaciones de dependencia, una vez establecido el contacto y la invitación, cuentas con todas la herramientas y has despertado el potencial y la fuerza que te llevará a la salud total⁴⁴⁰.
- Su acción sanadora no es algo aislado, sino que está indisolublemente vinculada a la acción permanentemente creadora y salvadora del Padre⁴⁴¹. Sustenta esta fuerza sanadora en la oración y voluntad de Padre⁴⁴². Es consciente en todo momento que hay algo que lo trasciende y lo impulsa a realizar la misión para lo que ha sido enviado.

435 Mc 3, 1-6.

436 Mc 1, 41.

437 Así interpela al padre del epiléptico: « ¡Qué es eso de si puedes! Todo es posible para quien cree» (Mc 9, 23).

438 Mc. 5, 36 «No temas, solamente ten fe».

439 Jn 5, 6 «Tú, ¿quieres curarte?».

440 «Mira, has quedado sano. No peques más» (Jn 5, 14) «Vete en paz» (Lc 8, 48).

441 Para Jesús, sanar no es sino «trabajar realizando las obras del que le ha enviado» (Jn 9, 4).

442 Así se lo hace saber a los discípulos: «Esta clase (de demonios) con nada puede ser arrojada, sino con la oración» (Mc 9, 29. Ver también Jn 11, 41).

Conocemos por todos los que se dedican al estudio de las sociedades y la salud que: «nuestro estilo de vida es el factor que más influye en nuestra salud»⁴⁴³. El evangelio es un medio para conseguir cultivar nuestros estilos de vida y guiarlos hacia la autorrealización de la salud. Jesús nos invita continuamente a vivir de manera más saludable como hemos ido detallando a lo largo de este apartado, llamados a vivir desde el amor y la fraternidad⁴⁴⁴. Nuestra conducta tiene que estar guiada por este amor, energía sanadora, fuerza sanadora, pues es la fuente de la vida⁴⁴⁵. Jesús detalla además muchos aspectos para conseguir una vida sana: en nuestro corazón no tiene que priorizarse lo material y el poder,⁴⁴⁶ tampoco la envidia,⁴⁴⁷ lo sano es conducir nuestra vida desde la verdad⁴⁴⁸ y vivir el hoy en plenitud porque con el mañana llegará el futuro⁴⁴⁹.

La vida del cristiano debe estar regida en todo momento por la paz «shalom» que el mundo necesita, sus enviados tienen que ser reflejo de esa paz allí donde se encuentren, ellos están llamados a ser la sal de la tierra, que si guarda su esencia, ayudaran a la humanidad en la superación de todo lo que la corrompe y descompone⁴⁵⁰. La mejor herencia que Jesús con su vida nos quiere regalar es que se dé la continuidad de salvar y sanar a la humanidad, superar su debilidad innata a su naturaleza corpórea y llegar a la plenitud de la vida en el Reino que no tiene fin. Es un reto ambicioso y apasionante si conseguimos despertar nuestra vocación y creemos realmente en

443 J. MC GILVRAY, *Die verlorene Gesundheit. Das verheissene Heil*, Stuttgart, 1982, 125. Citado por B. HARING, *La fe, fuente de salud*, Madrid, 1986, 55.

444 En este amor a Dios encuentra el hombre, según la tradición bíblica, la integración de todo su ser, pues se trata de amar «con todo corazón, con toda el alma, con todas las fuerzas y con toda la mente» (Lc 10, 28).

445 Lc 10, 28 «Haz eso y vivirás».

446 Mt 6, 19-21; 6, 24.

447 Mt 6, 22-23.

448 Mt 5, 37.

449 Mt 6, 34.

450 Mt 5,1.

lo que hacemos y en la potencia del ser humano. Los que se llaman cristianos tiene la responsabilidad de seguir continuamente recreando y posibilitando este ansiado Reino y los que no profesan la fe en el Dios de la vida, quedarán enriquecidos y admirados al descubrir los valores y las actitudes que se desprende en el caminar de estos. Las disciplinas del cuidar tienen un admirable espejo en el que mirar su actuar y no pueden cerrar los ojos o dar de lado a las influencias que ha tenido a lo largo de la historia la religión católica en todo lo relacionado con la sanación de la humanidad. Rescatar lo verdaderamente importante para establecer una relación terapéutica en totalidad, es el reto actual al que están llamadas todas las disciplinas del cuidar y dar respuesta a la humanización que están demandando las sociedades actuales, repletas de avances tecnológicos y científicos y carente de priorizar la dignidad humana.

**13. LA ÉTICA ENFERMERA
DESDE LA ACCIÓN SANADORA
DE JESÚS DE NAZARET**

13. LA ÉTICA ENFERMERA DESDE LA ACCIÓN SANADORA DE JESÚS DE NAZARET

Estamos acostumbrados en nuestra cotidianidad, a emplear indistintamente los términos de ética y moral, podemos hablar de normas morales o de normas éticas, de valores morales o éticos, hacemos hincapié de la falta de moral o ética que tiene la sociedad actual, sin reparar en ninguno de los casos en que pueda o haya diferencia significativa entre ambos términos⁴⁵¹. Si indagáramos en su origen etimológico, también descubriríamos que sus significados son muy parecidos, la palabra ética proviene del griego *ethos* «*carácter o forma de ser*» y la palabra moral que tiene su origen latino en «*mos-moris*», se traduce por «*costumbre*» y por «*carácter*»⁴⁵².

Podemos decir después de lo comentado en apartados anteriores y sin entrar en repetir sobre estos contenidos fundamentales, que las costumbres y el carácter de las personas y sus pueblos, es lo que conforman la ética y la moral de sus gentes. Utilizando la terminología de José Luis Aranguren, hablaríamos del tipo de costumbres y hábitos que nos permiten ir forjando un carácter a partir de aquel con el que nacimos y que no hemos elegido.⁴⁵³

Estas influencias que conforman la moral y la ética, también afectarían al enfermero a lo largo del desempeño de su práctica asistencial, pues siempre estamos sometidos y afectados por multitud de relaciones, incluida la terapéutica que irán conformando nuestra manera de proceder, en un proceso que no tiene finitud.

En palabras de Collière: «*Desempeñando el rol de enfermera del que está investida, la enfermera experimenta en el curso de su formación y durante el ejercicio profesional la influencia de corrientes predominantes que contribuyen a orientar de forma determinante los imperativos de su rol*»⁴⁵⁴. Aparte de lo que nos muestra este autor con total determinación, queda, abalado este pensamiento por innumerables

451 P. ARROYO, Y CORTINA A., *Ética y legislación en enfermería*, McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 1997, 23-37.

452 J.L. ARANGUREN, *Ética en obras completas*, II. Trotta, Madrid, 1994, 171- 180.

453 ARANGUREN, *Ética*, 159-502.

454 COLLIÈRE, *Promover*, 101-116.

autores que investigan en la disciplina enfermera y que ponen de manifiesto la importancia que en el proceso de profesionalización ha tenido y sigue teniendo, las diversas tendencias que conforman nuestras sociedades, sobre el propósito y el ámbito de influencia en el cuidado enfermero, los cuales se han ido desarrollando y conformando a lo largo de la historia⁴⁵⁵.

Podemos afirmar pues que la profesión enfermera, «*insertada en la red de pertenencia a los cuidados*»⁴⁵⁶, consiste en «ayudar a las personas o a los grupos a desarrollar su capacidad de vivir, mediante la observación de las respuestas humanas complejas de los mismos, facilitando un soporte preventivo y educativo cuando se identifica la necesidad de promover o restaurar la salud, compensando las alteraciones que sobre sus funciones vitales pueda producir en ocasiones la enfermedad»⁴⁵⁷.

Tenemos que detenernos en otra serie de corrientes y factores que han influido en la concepción de los cuidados enfermeros, nos referimos a las creencias y valores, insertos por supuesto en el complejo modelo que enmarca nuestras sociedades. Es destacable esta parte en nuestro estudio, porque seguimos abalando la importancia y la influencia que ejercen las creencias, en la que se incluye la religión y su repercusión social; y los valores que también recibimos y que arrojaremos en nuestra relación terapéutica, destacando que siempre estamos abiertos a la influencia social y a enriquecerlos continuamente. También tenemos que tener presente en nuestra visión integral de los cuidados enfermeros, que los valores y creencias de los que reciben estos cuidados han de ser tenidas en cuenta y afectaran a los que nosotros tenemos.

Tanto el que cuida como el que es cuidado interaccionan e interfieren entre sí, pudiendo desarrollar un relación que respete, ayude, compense, colabore, etc. o por el contrario actuar de forma antagonista, oponiéndonos e ignorando el mensaje

455 J. M^a. VENTOSA, HERMÁNDEZ-CONESA, *Interpretación doctrinal comparativa entre el “Manuale dell’ infermieri ossia istruzione sul di assisteri il malati” de Ernesto Rusca y “Notas sobre enfermería. qué es y qué no es” de Florence Nightingale*, Universidad Complutense de Madrid, Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Madrid 2014, 20-41.

456 COLLIÈRE, *Promover*, 217.

.457 P. ARROYO, *Más allá de la responsabilidad laboral: el compromiso profesional*, XVI Sesiones de trabajo, Asociación Española de Enfermería Docente. Sevilla 1995.

y los motivos del prójimo sufriente⁴⁵⁸. Es muy importante en el desarrollo de las disciplinas del cuidar, tener presente una profunda reflexión en cuales, al menos, han de ser los mínimos que permitan respetar, desde la diversidad y pluralidad de nuestras sociedades, los valores y los derechos de cada una de las partes que conforman el complejo proceso de la provisión de cuidados profesionales de enfermería.

Los valores que sostienen la naturaleza de la enfermería, aportados desde su naturaleza racional y para muchos también trascendentales, del ser humano, deberían ser los que conformen la base de las cualidades morales de esta disciplina. Los profesionales del cuidar apoyados en esta fuerte base de cualidades morales, pero flexibles y animados al crecimiento de manera armónica con el tiempo y la sociedad, siempre teniendo como horizonte los valores humanos universales, nos permitirán comprender y reconocer a las personas desde su totalidad.

Nos situamos ante el prójimo sufriente, debilitado y necesitado con una visión holística, en palabras de Marciano Vidal no podemos separar la dignidad del bienestar legítimo del ser humano como parte integrante una de la otra, desde ahí nos encaminaremos a comprender que la principal instancia normativa de todos ha de tender al desarrollo de un proceso de humanización⁴⁵⁹ que para unos será trascendente, en su sentido religioso, pero que, en definitiva, para todos será de perfección y enriquecimiento personal. La búsqueda de esta perfección y excelencia en las disciplinas del sanar y cuidar, no está contrapuesta a las ciencias religiosas, más bien seguimos encontrando puntos de conexión y enriquecimiento desde este campo trascendental y místico.

Los valores que proceden del hombre desde su integración en las sociedades y la influencia que esta tiene directamente en la concepción de estos valores, hacen que surjan y se trasmitan en muchas ocasiones satisfaciendo los propios intereses creados por los sistemas sociales. El hombre puede intentar cambiar de valores, por

458 COLLIÈRE, *Promover*, 218.

459 M. VIDAL, *Conceptos Fundamentales de Ética Teológica*, Trotta, Madrid, 1992, 233-251.

ello las instituciones éticas⁴⁶⁰ que se han transmitido socialmente a las enfermeras pueden encontrarse en la actualidad en una profunda crisis, «*los valores básicos y permanentes de la enfermería han de ser conservados, aunque haya que actualizarlos con el fin de dar respuesta a los nuevos tiempos, sobre todo cuando algunos de ellos puede entorpecer el reconocimiento y la complejidad de la vida*»⁴⁶¹.

Tanto los valores históricos enfermeros como los valores humanos, desde su origen individual o social, han de estar presente en el desempeño de la práctica asistencial, no de una manera latente o testimonial, sino como esa energía o fuerza necesaria en la actividad, pensamiento y decisiones enfermeras. Desde aquí se pueda determinar la clave para llegar a la excelencia de virtuosa calidad⁴⁶² «*una profesión basada en un humanismo altruista, de relación cálida no posesiva, es decir, respetuosa, sensible y profundamente comprometida con la vida y la salud de la humanidad*».⁴⁶³

En las disciplinas del cuidar, ejercidas de forma directa por personas y para las personas, la humanización del cuidado cotidiano ha de ser un objetivo común, que nuestras sociedades actuales están demandando con energía por la aparente deshumanización en todo lo relacionado con estas disciplinas, la solución podría pasar según muchos filósofos y sociólogos por establecer una nueva concepción de las relaciones humanas, empezando su novedad desde el ámbito del trabajo cotidiano. Otros autores como I. Aranguren intuyen que esta novedad necesitada en el paradigma de enfermería podría venir originada en la reflexión sobre la comunicación como

460 El gran moralista SPORKEN sostenía que «las instituciones éticas que se nos han transmitido aparecen hoy día, debido a la mutación del hombre y del mundo, sometidas a una profunda reflexión crítica» y es la vigencia de sus aserto lo que nos lleva a reflexionar sobre ello; en P. SPOKEN,: *Medicina y ética en discusión*, Verbo Divino, Estrella, 1994.

461 Esta frase está basada en el CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA, el cual hace una importante reflexión sobre los valores y actitudes de los profesionales enfermeros. (ver anexo 8).

462 Con virtuosismo, entendido como perfecto dominio de cualquier cosa que tiene la actividad y virtud natural que le corresponde.

463 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

sustrato fundamental de su razón de ser, es decir, como fundamento del cuidado⁴⁶⁴, porque entendemos la comunicación como un valor en sí mismo y un componente fundamental de los cuidados enfermeros.

Con todo lo trabajado sobre esta tema podemos decir y pensar que los profesionales de las disciplinas del cuidar, deben poseer una «ética profesional basada fuertemente, en principios sociales, donde el enfoque de los problemas sea, por tanto, el racional y el social, es decir basado en una ética civil».⁴⁶⁵ Es necesario elaborar una ética de mínimos, no confesional, que pueda ser vinculante para todos⁴⁶⁶. Podríamos decir siguiendo con este ideal, que la moderna ética enfermera,⁴⁶⁷ ha de caminar a la universalidad, superando los límites de los convencionalismos morales, pues, aunque la razón humana no sea absoluta, tenemos la necesidad de establecer criterios universales.

Para llegar a la excelencia en la disciplina enfermera, necesitaremos de una estructura moral integrada por principios y valores éticos, cuyas metas y fines últimos han de estar valorados por dichos profesionales y reconocidos como el producto de un conjunto de valores compartidos, es decir, aceptados y respetados universalmente por las enfermeras y enfermeros.

Francisco Vázquez expone a lo que hacemos referencia de la siguiente manera: *«la conciencia profesional se manifiesta en un comportamiento social responsable acerca de los deberes específicos de esa profesión, después de haber internalizado,*

464 J. HABERMAS, *Consciencia moral y acción comunicativa*, Península, Barcelona, 1985, 135-140.

465 M. LÓPEZ CALVA, “Ética profesional y complejidad: Los principios y la religación.” *Perfiles educativos*, México , 142 (2013) 43-52.

466 D. GRACIA GUILLÉN, *Fundamentos de Bioética*. Eudema Universidad, Madrid 1989, 366-382 y 482-506.

467 El profesor GRACIA emplea el término «Ética Médica», pero en este caso se ha utilizado la terminología «Ética Enfermera» ya que es en esta disciplina en la que centramos nuestro estudio, entendiendo que temprana e incompleta, la Enfermería adquiere y se da entendida cada día más como ciencia.

*asumido y personalizado un código ético mediante un proceso de personalización».*⁴⁶⁸ Podríamos quizá concluir que la «ética enfermera ha de ser una construcción moral que oriente las actitudes y los comportamientos de los profesionales hacia la provisión de cuidados que promuevan la salud, prevengan sus alteraciones, contribuyan a la recuperación y rehabilitación de las personas enfermas, y ayuden a vivir y morir con dignidad cuando la mejoría o la recuperación no sean posibles y, todo ello, desde el reconocimiento del ser humano en su totalidad y el respeto de los valores sociales»⁴⁶⁹. Esta ética a la que hacemos alusión en este apartado puede reflejar en totalidad lo que promueve Jesús de Nazaret cuando se aproxima al prójimo sufriente y debilitado, lo acoge con la misma totalidad que debería ejercer un profesional de la sanación, Jesús aporta la salud desde la salvación como ya mencionábamos en nuestro trabajo anterior. Él es el Mesías, su voluntad está guiada por el Padre, para que se haga su voluntad y se construya el Reino de fraternidad, la dimensión trascendental y teológica, no está presente de manera explícita en la ética de las disciplinas de la sanidad actual, pero ha quedado claro y sigue quedando, que pueden ejercer un complemento enriquecedor.

La ética enfermera, puede entonces considerarse como una ética social interpersonal, que debe regular la consciencia profesional y cuyo objetivo primero ha de ser la defensa de los derechos e intereses regidos por la dignidad de la persona y la rectitud de intención.

13.1. La deontología en la disciplina enfermera.

Nos detenemos ahora en una parte importante a tener en cuenta dentro de las disciplinas de cuidar y ahora específicamente de la disciplina enfermera, pues llegar a establecer un código que permita en la medida de lo posible articular el trabajo enfermero conforme a unos principios, derechos y deberes, permite seguir avanzando hacia una ciencia responsable y autónoma dentro del gran campo de la salud.

La ética profesional o deontología (del griego δέον “debido” y λόγος “tratado”, término introducido por Jeremy Bentham en su *Deontology or the Science of Morality*,

468 F. VÁZQUEZ FERNÁNDEZ, *Ética y deontología de la información*, Paraninfo, 1991, 101-126

469 Sobre los principios éticos relativos a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de los enfermos, ARROYO P, *Ética*, 77-113.

“*Deontología o Ciencia de la moralidad*”, 1834) es una rama de la ética cuyo propósito es establecer los deberes, obligaciones y éticas que tienen que asumir quienes ejercen una determinada profesión.

La deontología forma parte de lo que se conoce como ética normativa (la filosofía que indica qué debería considerarse como bueno y qué es lo que debería calificarse como malo). Esto quiere decir que cada profesión, oficio o ámbito determinado puede tener su propia deontología que indica cuál es el deber de cada persona. Lo habitual es que ciertas profesiones cuenten con un código deontológico, que es una especie de manual que recopila las obligaciones morales que tienen que respetar aquéllos que ejercen un trabajo. Es importante destacar que la deontología analiza los deberes internos del individuo; es decir, aquello que debe hacer o evitar según lo que dicta su conciencia. Los valores compartidos y aceptados por la ética son recogidos por los códigos deontológicos.

Mediante la Resolución 32/89 y conforme al artículo 75, párrafo 16, de los estatutos de la Organización Colegial de Enfermería de España, el Consejo General de Enfermería aprobó el Código Deontológico de la Enfermería Española (ver anexo 8), en cuyo Preámbulo se explica su carácter obligatorio, así como la potestad de sancionar su incumplimiento; del mismo modo que lo hace en la Norma Adicional Sexta cuando dice que «... *incurrirán en responsabilidad disciplinaria aquellos que por su comisión, omisión o simple negligencia en el incumplimiento de sus funciones, se conduzcan de forma contraria a las disposiciones de este Código...*»⁴⁷⁰

Cuatro grandes pilares sustentan este Código:

El primero, categórico en el prólogo, reconoce a la enfermera una responsabilidad profesional que se deriva de la naturaleza misma de su trabajo: «la enfermera como profesional que es, tiene una función o razón de ser que sólo ella puede cumplir»

Los otros tres pilares reconocibles a lo largo del articulado, se corresponden con las distintas obligaciones morales hacia el ser humano (el cliente), hacia la sociedad y hacia la propia profesión.

En lo referido al ser humano, destaca el reconocimiento de un principio ético

470 “Real Decreto 1856/1978, de 29 de junio (BOE de 8 de agosto de 1978), por el que se aprueban los Estatutos de la Organización Colegial de Diplomados en Enfermería”, según establece el art. único.1 del Real Decreto 306/1993, de 26 de febrero.

general: *«el profesional debe subordinar sus intereses personales al de su cliente»*. Viene a decir que la enfermería tiene que controlar los límites de sus competencias, el peligro que entraña sobrepasar estos límites, y abusar de la superioridad, siempre a de primar en nuestra asistencia la promoción de la dignidad e integridad del destinatario.

En lo referido a la sociedad, resaltamos otro gran principio: *«los cuidados enfermeros superan la relación privilegiada con el cliente»*, viene a decir que la responsabilidad trasciende al orden social, colectivo, reconocemos la obligación de estos cuidados enfermeros dentro de un marco social.

En lo referido a la profesión, resaltamos: *«el estado moral que se debe admirar a las enfermeras en el desempeño de su trabajo cotidiano»* al mismo tiempo que las actitudes, que tendrán que poner en práctica dentro de su competencia profesional, la educación y la investigación en su disciplina, deben estar presentes a lo largo de toda su vida profesional.

Podemos en resumen decir que el Código Deontológico de Enfermería, recoge tanto explícita como implícitamente, los rasgos fundamentales de esta disciplina como profesión y todo ello inmerso en una estructura ética moderna y armónica, concordante con la realidad social de nuestros días. Este citado Código no tiene en su pretensión citar y enumerar todas las conductas de los profesionales que ejercen el cuidado, se ofrece principios generales desde los cuales orientar las conductas morales que han de sustentar la práctica ético-profesional de las enfermeras y enfermeros. Cada profesional abogando a su responsabilidad y libertad debe ejercer su desempeño asistencial conforme a sus principios, que no debe apártense en lo esencial de los reconocidos por este Código, ya que reconoce los principios universales que la sociedad ha establecido como básicos para la relación terapéutica o de cuidado de este momento histórico.

Podemos seguir contractando según exponíamos en el capítulo anterior que el modelo de sanación que nos propone el evangelio desde la persona de Jesús, no se aparta tampoco de la llamada a la responsabilidad que reclama el querer ser seguidor y continuador del proyecto de Reino. Siempre desde la libertad al igual que este Código, Jesús hace una llamada e invitación continua a la sanación que ha de ser definitiva y completa para la humanidad, quiere dar respuesta de manera general, estableciendo principios, que reconocerá la comunidad y el colectivo como buenos, queridos y deseados, pero dejara a la libertad y responsabilidad individual el cumplimiento y la realización de los mismos⁴⁷¹.

471 Mt 9,9-13: «No he venido a llamar a los justos sino a los pecadores» En aquél tiempo, vio Jesús al pasar a un hombre llamado Mateo, sentado al mostrador de los impuestos, y le dijo:

Al igual que la civilización los cuidados y las disciplinas del cuidar y sanar, van caminando sincronizadas con esta evolución histórica en su llamada interna a dar respuesta a las necesidades sociales del ser humano, no es el Código Deontológico quien debe establecer los presupuestos teóricos y los límites competenciales de la Enfermería, sino que deben ser los propios profesionales quienes, mediante la investigación y la validación de las mismas, vayan dando respuesta y completando ese proceso de construcción diferenciador y concreto, necesario en cada época.

La ética enfermera desde la acción sanadora de Jesús de Nazaret, camina al igual que las disciplinas del cuidar, dando respuesta en cada momento histórico a las necesidades que la sociedad está demandando, el prójimo sufriente, sigue demandando una respuesta por parte de la sociedad para tener la dignidad merecida por el ser humano. La sociedad necesita tender a la humanización de sus cuidados y relaciones para poner en práctica y reconocer esta dignidad a la que todos tienen derecho por su naturaleza humana, la ética de Jesús está centrada en la humanización social, su proyecto salvador y sanador ha quedado claro en lo trabajado hasta el momento, llevarlo a las sociedades actuales pasa irremediablemente por reconocer al ser humano como prioridad del sistema.

Humanizar desde la salud es posible y es el reto de las sociedades actuales, de las disciplinas de la salud, no podemos obligar a los responsables del cuidado que reconozcan a Jesús como Mesías e hijo del Padre, pero si necesitamos de su ética humana para aportar la máxima dignidad en nuestra relación terapéutica. Intentaremos dar algunas claves de cómo es posible humanizar desde la salud, para posteriormente descubrir que se acerca razonablemente a la ética sanadora deseada por el Creador.

13.2.Humanizar reto para salud

Humanizar la salud es uno de los retos que la sociedad actual más está demandando. Es muy amplia la pluralidad y diversidad de ámbitos desde los que se puede intentar una relación más humana en la salud, deseado y perseguido de manera intensa en nuestros días. Tenemos que tener presente que para alcanzar este objetivo no solo bastara con el deseo de conseguirlo, tendremos que trabajar profundamente en la formación y orientación de nuestras relaciones terapéuticas para dar una respuesta más humana según las necesidades de las sociedades actuales.

«Sígueme». Sal 49,1 y 8.12-13.14-15: «Al que sigue buen camino le haré ver la salvación de Dios»; Rom 4,18-15: «Esperando contra toda esperanza, creyó».

Las primeras Jornadas Nacionales de Humanización de la Salud y Relación de Ayuda en Enfermería, tiene lugar en Ronda, Málaga en abril de 1996⁴⁷², por lo que vemos que es una tarea relativamente nueva a la que nos enfrentamos como profesionales, pero, que empieza a tener una entidad y estructura que permitirá llevarla a la práctica y unificar los criterios para conseguir el objetivo deseado, tener una relación lo más humana posible dentro de nuestros centros sanitarios y en el trato que el prójimo necesitado y sufriente demande. Cabe destacar por la importancia que tiene en nuestro trabajo de investigación, que tales jornadas están organizadas por los Religiosos Camilos, junto con la Escuela Universitaria de Enfermería de Ronda, seguimos contrastando y verificando que la influencia de la religión católica, no es negativa, al contrario, encamina el trato con el prójimo hacia la máxima humanización y el respeto absoluto a la dignidad de todo ser humano. La ética enfermera desde la acción sanadora de Jesús está muy relacionada con la ansiada demanda que ejerce la sociedad actual para conseguir la humanización de la salud y la mejor relación terapéutica dentro de las disciplinas del curar y sanar.

Desde la realidad de fragilidad y necesidad en la que se encuentra el prójimo sufriente, cuando nuestra aproximación se realiza con la intención de ayudarlo, experimentamos la necesidad de poseer los conocimientos y actitudes necesarios para poder dar una respuesta adecuada a su demanda. En los últimos años, desde la literatura y la formación a los profesionales de enfermería están empezando a enfatizar en el aspecto relacional con la importancia que ello requiere. Por todo esto es importante clarificar y tener presente la estructura que articula todo el aspecto relacional, para conseguir que sea realmente una relación de ayuda⁴⁷³ la que establezcamos en todas nuestras relaciones cotidianas en el ámbito de la salud.

472 J. C. BERMEJO, *Humanizar la salud*, San Pablo, Madrid 1997, 5.

473 AA. VV. “La relación de ayuda”, *Nursing* 10(1992), 5; M. AMEZCUA, “Antropología de los cuidados. Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados”, *Cultura de los Cuidados* 7(2000), 60-67; R. BALTUILLE, “Conocerse a sí mismo: un requisito para la relación de ayuda”, en: Tercera Jornada de Enfermería de Atención Primaria Área 5 de Madrid, 2002, 35-39; M. CONANGLA, M. “Acompañar en una viaje emocional. La Inteligencia Emocional aplicada a la relación de ayuda”, *Rol de Enfermería* 27 (2004), 42-45; R. DÍAZ MALLOFRÉ, “La relación de ayuda en las prestaciones de salud”, *Enfermería Cardiológica* 22 (2001), 23-25;

Todos conocemos que depositar nuestros esfuerzos en la profundización o en el estudio de un gran número de teorías de enfermería no es suficiente para conseguir llegar a ser buenos profesionales en el desempeño de nuestra tarea asistencial. Las capacidades y actitudes en la relación de ayuda están por encima de los conocimientos teóricos, cierto es, que son necesarios y están al servicio para conseguir esta relación. Tenemos que estar en un continuo proceso de formación que dinamice, actualice, unifique y de respuesta a todo lo necesario para que los profesionales de la sanidad, tengan las capacidades necesarias para dar una respuesta humana en sus relaciones.

Si nuestra pretensión es conseguir como venimos exponiendo que los profesionales de la sanidad establezcan una relación con el prójimo sufriente y necesitado, cuya intención sea la aproximación terapéutica de manera eficaz en todo el proceso de asistencia y cuidado del mismo, habrá que tener presente según los estudios realizados en esa materia. Por un lado sabemos que la eficacia de todo el proceso terapéutico depende del grado de calidad de la relación entre el cliente y el profesional, por otro lado destaca, que las actitudes de los profesionales están directamente relacionadas con el éxito del proceso terapéutico⁴⁷⁴.

Cuando los profesionales de enfermería quieren ejercer con la máxima profesionalidad en la relación terapéutica, además de saber y saber hacer, poseer grandes conocimientos y habilidades para la práctica del trabajo cotidiano, deberá trabajar sobre sí mismo y cultivar las actitudes que le permitan «saber ser, saber estar»; contara con todos los recursos interiores necesarios para poner adecuadamente en marcha todos los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas.

Poner en el centro a la persona de toda nuestra relación terapéutica, supone que el profesional de la disciplina enfermera, será capaz de identificar el impacto que la enfermedad tiene sobre cada individuo, la manera como responde el organismo, la valoración cognitiva que tiene la persona de su situación, el efecto sobre las relaciones

J. GUIJARRO, Y M. T. RUEDA, “¿Somos capaces de ayudar a nuestros pacientes? Reflexión de un caso clínico”, *Enfermería Urológica* 86 (2003), 7-10;

F. HERNÁNDEZ MARTÍN, “¿Qué necesitan los pacientes?”, *Cultura de los cuidados VII*, 13 (2003), 7-8.

474 J. CHARLIFOUR, *la relación de ayuda en cuidados de enfermería. Una perspectiva holística y humanista*, SG Editores, Barcelona 1993, 176-177.

sociales desde esta nueva realidad, la diversidad de sentimientos que se pueden desencadenar desde este proceso, pasando por los valores que serán necesarios poner en marcha y las consecuencias espirituales y religiosas que la enfermedad puede tener sobre el enfermo. Jesús de Nazaret siempre pone en el centro de su relación a la persona, restableciendo la máxima dignidad para el ser humano, acogiéndolo en totalidad y dando respuesta a todas sus necesidades, para que sea una relación terapéutica en totalidad, desde sus posibilidades, permite el desarrollo total del potencial humano.

Jesús pone en el centro a la persona, porque cree en ella y en su potencial, la hace protagonista de su proceso de sanación. En el proceso terapéutico también se apuesta por la misma dinámica, abalado este convencimiento por trabajos de investigación que muestran cómo las variables fundamentales del proceso terapéutico eficaz son, en primer lugar los factores asociados al cliente; más del 65% de los resultados dependen de ellos. Los factores asociados al profesional de enfermería o terapeuta están relacionados con el 25% de la eficacia y sólo el 10% dependerá de las técnicas específicas utilizadas en el proceso de relación de ayuda⁴⁷⁵. No parece en vano tener presente el proceso terapéutico que establece Jesús muchos siglos atrás, pues ya introducía la novedad de creer en la persona y su potencial, aún, cuando estaba enferma y debilitada, porque siempre hay una fuerza interna con capacidad de ejercer la sanación y rehabilitarlo de su estado de debilidad, acogiendo las circunstancias y limitaciones y experimentando una vida basada en las posibilidades y no en las frustraciones o incapacidades. Podemos seguir considerándolo el precursor de la humanización de la salud, si sabemos reconocer las claves de la relación terapéutica que establecía con el prójimo necesitado, enfermos, debilitado, necesarias hoy para poder llegar a la profesionalidad humanizada tan demandada en la actualidad.

Establecer que la relación de ayuda tiene que llegar a elevarse a un modo de ser y un modo de relacionarse, nos permitirá superar una de la más importante dificultad que amenaza nuestro trabajo cotidiano. La falta de tiempo para dar servicios al enfermo, es una de las mayores demandas y quejas que plantean hoy día los profesionales de la salud, cuando realizan una atención puramente asistencial. Si lo integramos en nuestro modo de ser, la variable del tiempo ya no tiene una influencia tan directa, con ello tampoco se quiere hacer apología de que no es necesario prestarle el máximo

475 CHARLIFOUR, *la relación*, 176-177.

tiempo posible a las situaciones de los enfermos, pero sí que podemos asegurar que las actitudes no necesitan largas conversaciones para ser vividas. Luz C. enfatizaba esta idea desde: «*un trato en el que nunca se note cansancio de estar con una persona...*».⁴⁷⁶

Luz R. Casanova cuando enumeraba las necesidades para atender a los enfermos, siempre tubo esta importancia en cuenta, el porte era fundamental, para la relación con el prójimo, porque de él se desprende el rostro del crucificado que se les trasmite, la salvación de su alma a la que se le invitaba, la capacidad de ofrecerle una real sanación desde el Amor a lo que esta conociendo mediante la persona que le tiende la mano, que la escucha, que la atiende. La vocación apostólica seguimos reforzando que es fuente de riqueza para las disciplinas del cuidar, pues de ella se desprenden valores y actitudes que pueden enriquecer y facilitar las relaciones terapéuticas.

Cuando el profesional de las disciplinas del cuidar desarrolla las capacidades para percibir los sentimientos y significados personales que el enfermo experimenta en cada momento, cuando puede percibirlos tal y como los percibe el enfermo y es capaz de transmitirle comprensión, conseguimos que esta relación de ayuda sea empática. Sin necesidad de experimentar lo que él está pasando, sabemos acogerlo desde nuestra capacidad comprensiva y dar una respuesta adecuada. Conseguir una relación humana requiere ir caminando en estas dinámicas, para responder lo más adecuadamente a las necesidades que nos demandan las sociedades de hoy.

La autenticidad o genuinidad es otro aspecto a tener en cuenta para conseguir que esta relación de ayuda sea lo más humana y terapéutica posible, según Roger nos dice: «*He descubierto que cuanto más auténtico puedo ser en la relación, tanto más útil resultará esta última. Sólo mostrándome tal cual soy, puedo lograr que la otra persona busque exitosamente su propia autenticidad*»⁴⁷⁷. Jesús se mostraba desde la máxima autenticidad, desde la verdad absoluta, para conseguir llegar a la persona desde esta dinámica, consiguiendo lo que hemos descrito anteriormente, que la persona se reflejara en él y consiguiera su propia autenticidad. No podemos dejar de desvincularlo de esta relación de ayuda, pues seguimos uniéndolo exitosamente su forma de actuar con las necesidades en el proceso terapéutico.

Después de estar continuamente hablando de humanización de la salud y de la

476 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 55.

477 C. R. ROGERS, *El proceso de convertirse en persona*, Paidós, Barcelona, 1994, 41.

necesidad que tenemos de que esta esté presente de manera implícita y explícita en la disciplina del cuidar, no estaría mal hacernos la pregunta de ¿qué es la humanización?

Aportar humanidad a una realidad o relación como es nuestro caso, no es más que hacerla digna del hombre, coherente con los valores que el hombre siente como peculiares e inalienables. Si nuestras sociedades y sistemas demandan cada vez con mayor contundencia que se dé la humanización en la atención de los enfermos, será necesario preocuparnos y ocuparnos de mejorar la calidad humana de la asistencia y que la dignidad humana del que sufre no se sienta herida. La demanda de acercar lo más posible el “ser” de la relación sanitaria, a su “deber ser” no es una cuestión que sólo ha tenido la sociedad actual, siempre ha recorrido la historia de la humanidad con mayor o menor intensidad⁴⁷⁸. El auge que ahora vive esta demanda puede estar alimentado quizá, por la sensibilidad cultural, o la diversidad de posibilidades que ofrecen los recursos sanitarios.

Por otro lado, lo que está potenciado esta demanda es las reivindicaciones o quejas que los enfermos transmiten de diferentes situaciones negativas en la asistencia sanitaria, podemos enumerar algunas de las más repetitivas como pueden ser: acogida fría e impersonal, relaciones de tipo funcional, falta de una información adecuada, escasa participación en los procesos terapéuticos, etc. desde aquí podemos sacar a referencia algunas de nuestras expresiones utilizadas con frecuencia en nuestro entorno laboral: el paciente se reduce a un simple número, a un caso estadístico, a su órgano enfermo, a su enfermedad, a la característica que destaca positiva o negativa, etc.⁴⁷⁹. Todo esto se deriva de desplazar a la persona del centro de nuestra relación y en su lugar colocar la técnica o la actividad asistencial. También hay que destacar en este apartado las condiciones inhumanas en las que el personal sanitario desarrolla su trabajo de manera cotidiana, y que no sería difícil de establecer una lista de las más conocidas: falta de personal, un número de horas excesivo, escases de recursos, salarios insuficientes, falta de trabajo en equipo, ausencia de formación y ninguna motivación para recibirla, etc.

478 BERMEJO, *Humanizar*, 5-53.

479 A. BRUSCO, *Umanità per gli ospedali*, Salcom, Varese 1983, 12 ss.

Entre las causas de esta deshumanización podemos citar algunas elaboradas en base a algunos estudios y que nos ayudaran a situarnos en la sociedad y mundo donde vivimos en la actualidad⁴⁸⁰:

1. La sociedad actual, que llamamos del bienestar, crece injustificadamente las situaciones de sufrimiento, injusticia, desigualdad, maltrato, racismo, etc
2. Aumenta la tendencia al individualismo, de manera egoísta, al mismo tiempo que crece la llamada de la solidaridad.
3. Decae la participación social de manera altruista, para crecer por otro lado la demanda de participación que acepta las responsabilidades, dando respuesta a las necesidades de las personas.
4. Promovemos la idea de que la convivencia asienta su valor en la trama de relaciones con los demás, mientras emerge la idea que sólo en lo gratuito y en la oblación se hace posible la verdadera construcción de la persona y su enriquecimiento interior.

Según A. Moro: « en realidad, no debemos asombrarnos de que un clima como este aumente, por un lado, la explotación del hombre por el hombre; de que produzca una caída del sentido del valor de quien no parece conformarse con el modelo establecido del hombre productivo, cabal, y moderno; de que aumente la soledad y la marginación de quien nos parece diferente, y de que, al mismo tiempo, *que por otro lado, se observe la novedad de un desvelo en relación con el hombre que sufre y un compromiso no episódico no sólo en el empeño por mitigar las heridas, sino de eliminar las causas tantos fracasos humanos aplazados*»⁴⁸¹

Podríamos decir que estamos ante una sociedad enferma psicológicamente, que no sabe por dónde va y hacia dónde quiere ir, que lucha por una causa que al mismo tiempo la provoca. Muchas de las causas de la deshumanización en la salud estarán directamente relacionadas con esta patología o caos social, pero también habrá que encontrar aquellas que se encuentran en el interior del propio mundo sanitario. No podemos llegar a tener una asistencia sanitaria en la que la causa de la falta de

480 C. A. MORO, “Nuove possibili frontiere di una carità operativa,” *Orientamenti pastorali* 2 (1991), 43.

481 MORO, *Nuove possibili* , 43.

humanidad esté directamente relacionada con los profesionales de la disciplina, por la falta de actitudes y valores, necesitamos que se orienten a interiorizar una relación de ayuda que brote de manera gratuita y espontánea. De aquí la exigencia de seguir investigando como lo hace este estudio, para encontrar los valores y actitudes fundamentales para el desarrollo de la relación terapéutica llamada a la excelencia, y estructuras sociales que pueden revitalizar y seguir nutriendo nuestra vocación.

Por todo esto nos debemos preguntar primero “quién soy” como persona para poder posteriormente preguntarnos “quién soy” como enfermero. Comprender el valor de ser profundamente humano en la reacción terapéutica con el enfermo, debería dirigir sus esfuerzos en intentar convencer al resto de profesionales de lo mismo y de lo que se experimenta como profesional cuando se desarrolla nuestro trabajo cotidiano desde esta perspectiva⁴⁸².

Luz R. Casanova cree en lo que hace, desarrolla todo su potencial y lo contagia al resto de compañeras, pone en marcha una Congregación por que cuenta con la fe en que lo puede hacer y da lugar a una estructura asistencial en los distintos niveles de necesitados del Madrid de la época, que nadie podría imaginar que lo pusiera en marcha una sola mujer. Los potenciales humanos son incalculables cuando nos creemos lo que hacemos y tenemos fe de que podemos conseguirlo. Contagiar a los profesionales de que humanizar la salud es un reto que merece la pena apostar por él, está en manos de que queden enamorados por los que ya lo han experimentado y quieran caminar en esa dirección. La estructura social siempre estará demandante a lo largo de la historia de novedad en el plano de la asistencia sanitaria, y los sanitarios como parte real de esa misma estructura, tienen que saber llevar a la realidad una relación terapéutica que camine a la excelencia demandada en cada momento.

La ética como saber práctico, que busca la ejecución de acciones correctas y la forja de un buen carácter, nos facilita llegar a lo nuclear de nuestro quehacer cotidiano. Examinar los contenidos éticos de nuestra profesión, nos ayudara a encontrar la respuesta adecuada para servir al prójimos sufriente y debilitado dentro del entramado social, el que muchas veces lo margina e intenta anularlo, minimizarlo y esconderlo. El reto de las disciplinas del cuidar estará relacionado con la búsqueda de la formulación de una ética actual y renovada, sepa mirar al pasado para acoger

482 BERMEJO, *Humanizar*, 52.

todas las aportaciones positivas que se puedan obtener y sepan dar respuesta a los entresijos y retos del presente y del mañana⁴⁸³.

El quehacer de la enfermería siempre se ha centrado en prestar cuidados a los otros. Estos cuidados han tenido numerosas variables dependiendo del momento y de la realidad social que acogían. La dimensión ética de la enfermería ha estado presente cuando el cuidado de enfermos y marginados era propiedad de la vida religiosa, porque nadie quería dar respuesta ni acoger esta realidad, como responsabilidad de la sociedad que los había hecho llegar a esa situación. No obstante esta dimensión ética sigue presente porque no se puede extirpar del cuidado como hemos estado argumentando a lo largo de todo el trabajo y en especial de este capítulo, cuando se seculariza la profesión de enfermería. La profesionalización se empieza a gestar con la “matriarca” de la enfermería, Florencia Nightingale como ya hemos mencionado anteriormente. Sabemos que fue la primera en poner en marcha varias instituciones de enseñanza para enfermeras en las que ofrecía una sólida preparación teórica y técnica, traemos a la memoria el porqué de esta preparación que nos viene bien recordar en estos momentos:

«El conocimiento de lo que son las leyes de la vida y de la muerte para los hombres y cuáles las leyes de la salud para las salas hospitalarias es materia de suficiente importancia y dificultad como para que se requiera un aprendizaje por la experiencia y una cuidadosa investigación... a lo que -ella decía-, no viene por inspiración»⁴⁸⁴.

Aun así, después de quererle eliminar toda referencia a la inclinación de origen religioso, afirmaba que se trataba de una tarea para la que la candidata necesitaba vocación. Tenemos que decir que fue una mujer profundamente religiosa que animaba a sus seguidoras a «Hacer la obra de Dios en este mundo con corazón limpio y sencillez». Llegamos a la conclusión para finalizar este apartado que la vocación está directamente relacionada con el quehacer enfermero, es decir, con la ética enfermera. También podemos afirmar que la ética enfermera desde la acción sanadora de Jesús, no se aparta de las necesidades que la sociedad aconfesional en la que se desarrolla

483 J.GARCÍA FÉREZ, *La bioética ante la enfermedad de Alzheimer (EA)*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, DDB Desclée de Brouwer, 2005, 193-203.

484 NIGHTINGALE, *Notas*, 1-14.

las Ciencias de la Salud en la actualidad demanda, es más, comparte todas las condiciones morales que se le exige a la enfermería. Por ello, seguimos reafirmando que la vocación de enfermería desde el carisma de las ACJ, también tiene razón de ser desde la ética en esta disciplina, pues sabemos que necesita de una fuerte vocación para desarrollar su trabajo cotidiano de la forma más ética, más humana posible. Seguir ofreciendo este carisma vocacional como manantial para la disciplina del cuidar sigue siendo nuestra pretensión cada vez más respaldada desde la profundidad de nuestro estudio e investigación en este campo. Siendo la acción sanadora de Jesús el primer ejemplo de la ética del cuidado a seguir y del que siguen bebiendo todos los cristianos desde los diferentes carismas que el Espíritu regala a la humanidad.

14. EL EJEMPLO DE JESÚS EN EL CUIDADO A DE LOS DEMÁS

14. EL EJEMPLO DE JESÚS EN EL CUIDADO A LOS DEMÁS DESDE EL CARISMA DE LAS ACJ

Como finalizábamos en el apartado anterior, la acción sanadora de Jesús, es el primer ejemplo de la ética del cuidado a seguir y del que siguen bebiendo todos los cristianos desde los diferentes carismas, que el Espíritu regala a la humanidad. Luz R. Casanova no se resigna a vivir conforme a las normas de su tiempo y en una mediocridad sin pasión por la vida. Desea caminar arrojando su confianza en el Espíritu y enamorada de Jesús, se lanza «*en una sociedad y en una iglesia que no estaban aún cabalmente preparadas para comprenderla*»⁴⁸⁵.

Impactada por la realidad del Madrid de ese momento, quiere dar respuesta al prójimo sufriente y debilitado por una sociedad injusta que no busca la fraternidad, desea llevar la salvación de Dios que genera salud integral al máximo número de seres humanos que la rodean, necesitados del “bálsamo del amor”. Cuidar la vida es su pasión, desde «*el más ardiente amor al salvador y la máxima estima del valor de la persona*»⁴⁸⁶. Su fin es llegar a ser «*Apóstol del Amor*»⁴⁸⁷, enviada del Señor, para llevar a término la sublime misión que soñó para la humanidad, como ya se ha dicho en ocasiones anteriores. Hoy sus intuiciones a favor de los débiles, siguen teniendo respuesta en la Obra que puso en marcha, encomendada a pequeño grupo de “Damas Apostólicas” que en la actualidad siguen siendo poco numerosas y que amplían el carisma bajo la familia apostólica, «*conscientes de que el carisma y la espiritualidad de la Congregación, no son patrimonio nuestro, sino de la iglesia y del mundo*»;⁴⁸⁸ siguiendo embarrando sus pies en las realidades sociales que los momentos propician, desde la hondura de la espiritualidad ignaciana y una fuerte y saludable raíz secular.

485 P. M. LAMET, , *Porque tuve hambre. Luz R. Casanova (1873-1949)*, Sal Terrae, Santander 1992, 12-16.

486 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 9, p. 11.

487 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 488.

488 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIII Capítulo General, Lima (Perú) Julio 2008, 15.

Nos situaremos en el ejemplo de Jesús como cuidado a los demás haciendo un pequeño recorrido postconcilio Vaticano II (1962-1965), desde los seis últimos Capítulos Generales, libros, y bibliografía originales de la Congregación, para mostrar como la Familia Apostólica sigue apostando hoy por cuidar la vida desde la totalidad y la profundidad del evangelio, llevando a la sociedad la posibilidad del Reino.

Jesús divulga con su vida, sus palabras y sus acciones, que *«Dios es amor»*, revelando su plenitud en la donación completa a la humanidad, hasta la entrega total: *«Tanto amó Dios al mundo, que entregó a su Hijo único, para que quien crea en Él no perezca, sino tenga vida eterna»*.⁴⁸⁹

Jesús nos propone un estilo de vida más sano y sanador, desea el desarrollo de la dimensión sanadora de la vida cristiana, ofrece la Palabra del Padre desde su potencial curativo, que busca una salud integral, engendrando vida desde el dolor, la enfermedad y el sufrimiento, siempre optando por la predilección de los olvidados y excluidos. Las ACJ han seguido contemplando la humanidad sufriente desde *«una multitud de mujeres, hombres, jóvenes, niños que sufren el peso intolerable de la miseria y la violación constante de los derechos humanos»*⁴⁹⁰. En los lugares donde desarrollan su misión y vida.

*«El ser apostólico, desde los orígenes de la Congregación, nos sitúa en el corazón del mundo de los pobres, nos urge a estar con oído atento al murmullo que brote del dolor y nos interpela en el seguimiento de Jesús, contemplando y amando a los sencillos»*⁴⁹¹. Ir redescubriendo en la historia las necesidades de los últimos y contribuir desde sus potenciales y realidades a sanar las heridas⁴⁹², nos une al proyecto

489 Jn. 3,16.

490 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, X Capítulo General, Madrid 1990, 2.

491 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, X CG, 1.

492 Mt 5, 1-10 «Cuando vio a las multitudes, subió a la ladera de una montaña y se sentó. Sus discípulos se le acercaron, y tomando él la palabra, comenzó a enseñarles diciendo: Dichosos...».

del evangelio, al proyecto del Reino, a la misión de Jesús⁴⁹³. «Potenciar la fraternidad como signo del Reino»⁴⁹⁴. Desde la clave de la fraternidad, se hace posible la igualdad, hermanos todos y todas en Cristo, hermanos de la Humanidad, sobrepasando fronteras, esquemas, límites...; estamos llamados a la fraternidad universal, con otras culturas, pueblos y religiones, para que el sueño del Reino se siga haciendo posible. Esa fraternidad también acoge al hermano sufriente, necesitado, debilitado, enfermo, agonizante... el Concilio Vaticano II supuso la reconciliación de la Iglesia con el mundo moderno y con las posibilidades emergentes, no es motivo de nuestro estudio profundizar en este tema, pero si somos consciente que nos acercamos a una iglesia y a una realidad postconciliar, por ello creemos importante mencionar y tener en cuenta.

Al contemplar la realidad como lugar de la presencia del Dios de la vida y donde se hace posible escuchar su Palabra, las apostólicas sienten como «*la creación entera gime con dolores de parto*» (Rom 8) a la vez que «*el espíritu aletea sobre la tierra*» (Gen 1,2)⁴⁹⁵. La acción de la Iglesia en la actualidad debe ser encarnar y actualizar en el mundo y la realidad de hoy, la acción salvadora, transformadora, sanadora que comenzó «con» y «en» Jesucristo. La misión de la comunidad cristiana tiene que tener como base, fundamento e inspiración a Jesús. Es ese Espíritu que aletea, el que ha de dinamizar, orientar, y estructurar la acción salvadora de la comunidad cristiana⁴⁹⁶.

Los enfermos de hoy y de otros tiempos están necesitados de obtener la sanación no sólo física sino del alma, por ello Jesús propone diversos ámbitos de curación, «*venid*

493 Hch. 10,38 «Ungido por Dios con la fuerza del Espíritu Santo, pasó haciendo el bien y sanando a todos los oprimidos por el diablo, porque Dios estaba con él». Jn. 10, 10 «Yo he venido para que tengan vida y la tengan en abundancia».

494 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, X CG, 7.

495 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XI CG, 5.

496 J.A. PAGOLA, *La comunidad cristiana, fuente de salud integral: Tareas y posibilidades*. Idatz, 2002, 2-18.

*a mí los que andáis cansados y agobiados, y yo os aliviareé*⁴⁹⁷ acoge al enfermo desde las necesidades ísicas⁴⁹⁸, psíquicas⁴⁹⁹, sociales⁵⁰⁰, morales⁵⁰¹, espirituales⁵⁰².

En la sociedad actual dentro del sistema capitalista y neoliberal que nos envuelve, *«siempre pierde la persona más débil, que si antes era marginada y explotada hoy es absorbida por el más fuerte o simplemente echado a un lado, excluido»*⁵⁰³. Analizar la realidad que nos rodea y las influencias que hacen debilitar al prójimo y anularle su dignidad, es fundamental y necesario para continuar el proyecto del Reino, *«denunciar la “cultura de muerte” del sistema neoliberal para abrirse hacia un nuevo orden económico solidario»*⁵⁰⁴ es un grito que debe aunar a los cristianos. El “ser con ellos” al modo de Jesús nos obliga a optar por estas denuncias.

Jesús nos anima continuamente a impulsar la sanación, como el horizonte, cauce y contenido significativo de la proclamación del evangelio⁵⁰⁵. Nuestra misión siempre debe ser esta: vivir en la sociedad sanando lo que pueda estar enfermo, y

497 Mt. 11,28.

498 El ciego de nacimiento, Cf. (Jn. 9,1-41); El sordomudo, Cf. (Mc. 7,32-35); LA mujer encorvada, Cf. (Lc. 13,10-13); El ciego Bartimeo, Cf. (Lc. 18,35-43).

499 El encuentro con el endemoniado, Cf. (Mc. 5,1-20); Un mudo endemoniado, Cf. (Mt. 9,32-33); Un hombre poseído por un espíritu mudo, Cf. (Mc. 9,17-29); El hombre poseído por un espíritu inmundo, Cf. (Mc. 1,23-27).

500 La curación de los diez leprosos, Cf. (Lc. 17,11-19); La curación de un leproso, Cf. (Mc. 8,2-4); Jesús en el templo, Cf. (Mc. 11,15-17); Los escribas y la viuda pobre, Cf. (Mc. 12,38-44).

501 Jesús y la samaritana junto al pozo, Cf. (Jn 4, 1-42); El fariseo y el publicano, Cf. (Lc. 8,9-14); La pecadora perdonada, Cf. (Lc. 7,36-50); La conversión de Zaqueo, Cf. (Lc. 19,1-10).

502 La parábola del padre misericordioso, Cf. (Lc. 15,4-7); Tomás, Cf. (Jn. 20,24-29); Bartimeo, Cf. (Mc. 10,46-52); La resurrección de Lázaro (Jn. 11,1-45).

503 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XI CG, 6.

504 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XI CG, 9.

505 Lc 10,8-9 «Cuando entréis en una ciudad, sanad a los enfermos que haya en ella y decid: Ya os está llegando el Reinado de Dios».

desde esa acción sanadora, que la humanidad experimente a un Dios de la vida, a un Dios Salvador⁵⁰⁶. El carisma Apostólico es fiel a esta misión y anima a seguir caminando para conseguir la salvación y la sanación.

Las Apostólicas siguen dando respuesta en su trayectoria, reconociendo que «*Dios está en la historia como un Dios escondido. No hay otro lugar para escuchar la voz de Dios que la historia y la historia escuchada desde los/as excluidos/as*».⁵⁰⁷ El amor misericordioso del Padre, revelado en Jesucristo salvador se nos manifiesta en su Encarnación, Eucaristía y Pascua. El ser contemplativas-apostólicas nos sitúa en el corazón del mundo de los pobres⁵⁰⁸, viviendo en unidad «*el más ardiente amor al salvador y la máxima estima del valor de la persona*».⁵⁰⁹ Responder a las necesidades de los empobrecidos del sistema, es nuclear para esta Congregación, es más, ilumina su creación. «*El corazón de Jesús es fundamento, alma y vida de la Congregación*⁵¹⁰ profundizar esto nos adentra en la experiencia del amor misericordioso de Dios, en el corazón compasivo de Jesús que se inclina ante toda debilidad hasta dar la vida»⁵¹¹. En palabras de Luz Casanova, estamos «*llamadas a vivir la misma vida y misión de Jesús y sus apóstoles*».

Según algunos autores como B. Häring: «*La teología ha dejado bastante de lado el tema de la sanación. Lo ha descuidado en la cristología y soteriología, en la*

506 «Los envió a proclamar el Reino de Dios y a sanar» (Lc 9,2; conf. Lc 10,9). «Y proclamad que el Reino de Dios está cerca. Sanad enfermos, resucitad muertos, limpiad leprosos, expulsad demonios. Gratis lo recibisteis, dadlo gratis» (Mt 10, 7-8). Una comunidad cristiana fiel a Jesús no puede proclamar la salvación de Dios descuidando la tarea sanadora.

507 1Jn 4, 1-3.

508 Fil 2,7.

509 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 9, 11.

510 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 3, 164.

511 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XI CG, 14-16.

*eclesiología y, sobre todo, en la teología de la proclamación de la salvación»⁵¹², no siempre se ha sabido dar contenido al mandato de Jesús: «*Id y sanad*». Las comunidades cristianas están llamadas a redescubrir la capacidad terapéutica de la evangelización y recuperar la energía sanadora cuando se experimenta el ser cristiano desde la persona de Jesús. Por esta razón las comunidades apostólicas se han planteado a lo largo de su recorrido ser «*comunidades que buscan juntas y con otros/as la voluntad de Dios en discernimiento y corresponsabilidad como modo de vivir en obediencia activa*»⁵¹³.*

Convocadas desde Jesús y enviadas a vivir como comunidad de mujeres,⁵¹⁴ esta es la energía que ha ido motivando el caminar de este grupo de mujeres llamadas a vivir el evangelio a lo largo de la historia, en «*este mundo roto y dividido reconocemos el germen de la esperanza que aliente la construcción del Reino que pasa por la inclusión por invitar “a los pobres a la mesa santa” (Luz Casanova)*»⁵¹⁵ «*los gozos y las esperanzas, las tristezas y las angustias de los hombres de nuestro tiempo, sobre todo de los pobres y de cuantos sufren, son a la vez gozos y esperanzas, tristezas y angustias de los discípulos de Cristo...*»⁵¹⁶

No tenemos que caer como nos advierte V. Frankl con acierto, que «*sería degradar la religión utilizarla con fines terapéuticos como si se tratara de uno de tantos remedios útiles*»⁵¹⁷. La tarea sanadora de la comunidad eclesial se sitúa a un nivel más profundo que las técnicas médicas y va más lejos que las psicoterapias pues lo que la acción salvadora de Cristo opera es la redención de la persona. Su aportación básica consiste en ofrecer la salvación cristiana de tal manera que promueva salud integral, ayudando al ser humano a vivir de manera saludable, encontrando la dignidad desde: la enfermedad y la salud, el disfrute y el sufrimiento, la vida y la muerte⁵¹⁸.

512 B. HÁRING, *La fe, fuente de salud*. Ed. Paulinas. Madrid 1986, 55.

513 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XI CG, 19.

514 Lc8, 2 «*Algunas mujeres le acompañaban...*».

515 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XI CG, 24.

516 PABLO VI *Gaudium et spes* (7-12-1965), 1.

517 V. FRANKL, *La presencia ignorada de Dios. Psicoterapia y religión*. Herder. Barcelona 1988, 83.

518 PAGOLA, *La comunidad*, 1-18.

El Dios de la vida, sigue hablándonos a lo largo de la historia de su pueblo, a lo largo de la historia de la humanidad, «*la influencia en las culturas, de los valores y contravalores de la modernidad y postmodernidad, van generando un nuevo tipo de personas y lenguajes cuyo mensaje es desafío para nuestra vida creyente y acción apostólica*». ⁵¹⁹Nuestras acciones deben ir encaminadas a la introducción de vida saludable en la sociedad, llamada a ser “sacramento de salvación” que puede convertirse en “antisigno.” ⁵²⁰ Desde Jesús vamos demarcando el ejemplo que nos ilumina para cuidar con ternura a la humanidad, evitando que las heridas de la Iglesia no sean yagas para el prójimo sufriente, debilitado... y caminando humildemente pero junto a nuestro Dios ⁵²¹, sepamos ser sanación y salvación. Debemos «*implicarnos activamente para que la justicia y la dignificación sean elementos culturales que surjan desde los que sufren y contribuyan a vivir en fraternidad*» ⁵²².

Vamos observando la importancia de la reflexión, discernimiento, continua formación, investigación, etc. necesarias para que la vocación Apostólica siga dando respuesta a las necesidades que la humanidad está reclamando en este momento de la historia. ⁵²³ Escoger a Jesús como camino a seguir para cuidar la vida es una apasionante tarea que no se agota aquí y ahora, da una respuesta sólida en el presente, pero te abre a la novedad del futuro, sin dejar saciado todo tu intelecto, sin querer que se paralice la dinámica de la creación, de la duda, de la sospecha, es una energía que crece y que nos desborda, que llega a la totalidad de la creación.

519 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIII CG, 25.

520 B. HÁRING, *La fe*, 55: recuerda a este propósito el valiente libro *Las cinco llagas de la Iglesia* escrito en 1832 por A ROSMINI denunciando las nuevas heridas de los responsables de la Iglesia. ROSMINI insiste en la conversión permanente y en la renovación de las estructuras, y entiende que este proceso de «sanación de las llagas» es necesario para que la Iglesia sea «sal de la tierra».

521 Miq 6,8 «Ya se te ha declarado lo que es bueno, Ya se te ha dicho lo que de ti espera el Señor: Practicar la justicia, Ama con ternura, Camina humildemente junto a tu Dios».

522 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XI, 28.

523 «La misión a la que estamos llamadas, nos exige una autoformación permanente que responda a las demandas históricas de la vida religiosa hoy» (APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIII, 30).

Poder desde estos ideales dar respuesta a las disciplinas del saber en la búsqueda de valores, actitudes y paradigmas para el desempeño de nuestro trabajo cotidiano, nos continua confirmado que la fuerza sanadora de Jesús trasciende el plano de la religión y abarca la totalidad de la humanidad y por completo la dignidad de la persona. Si el trabajo cotidiano de la Enfermería está relacionado directamente con las personas y en gran parte con las personas enfermas, debilitadas, sufrientes, aisladas socialmente, marginadas, etc. no podemos dudar de la importancia que puede ofrecer el ejemplo de Jesús en el cuidado a los demás y las aportaciones que puede facilitar el carisma Apostólico, pues tiene su origen en Él y la misma Misión que Él. Desde esta inspiración las disciplinas del cuidado pueden reforzar sus paradigmas para dar una respuesta terapéutica que acoja a la vida en totalidad y de una salud integral del ser humano.

Saber acoger “*la semilla*” del presente, en palabras de Luz R. Casanova y las primeras compañeras: “la oportunidad de volver a recomenzar.”⁵²⁴ Esta misma pasión debe de llegar a las disciplinas del cuidar para reinventar o revitalizar el trato cotidiano y descubrir “*las semillas*” que el presente nos muestra como oportunidad de riqueza de todo lo que pueda enriquecer nuestro actuar, nuestro ser y estar. El carisma Apostólico nos recuerda que «*donde falta la pasión, no hay vida y que sólo un corazón que mantiene fuego y no rescoldos, puede vivir resistiendo preguntas para las que todavía no hay respuestas*»⁵²⁵ abandonando el paradigma de la seguridad (para la sanidad de hoy se trata de un paradigma utilitarista y deshumanizado), para adentrarnos en el de la confianza y la promesa, en el que dé respuesta al ser humano, desde este carisma destacan algunas características: holístico, integrador, ecofeminista, de ecojusticia, desde la compasión más política, que revitalice nuestro pensamiento, educación, formación, modo de estar, opción en la Iglesia y solidario.⁵²⁶

Buscar la humanización de nuestros sistemas sanitarios y nuestras relaciones terapéuticas, como ya mencionábamos anteriormente en nuestro estudio, pasa por tener presente el paradigma donde nos movemos cotidianamente, que no da respuesta

524 Expresión de Luz R. Casanova en 1939 cuando terminada la Guerra Civil española en medio del caos y la destrucción, decide reiniciar nuevamente la Obra Apostólica.

525 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XII Capítulo General, Méjico D.F. 2002, 2.

526 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XII CG, 2-3.

adecuada a la totalidad de las demandas sociales y que necesita ampliar e introducir nuevas posibilidades para llegar a conseguir humanizar la salud.

La historia de Jesús, es el relato de un ser humano, justo y bueno, que vivió una vida digna y sana, que pasó haciendo el bien y curando a las gentes, que amó hasta el extremo, que terminó crucificado, pero que fue reconocido y resucitado por Dios.⁵²⁷ Para reconocer la curación y sanación en el relato de Jesús, necesitamos adaptarlo a los signos de los tiempos, con los sufrimientos, preocupaciones y crisis que nos acucian hoy. El mensaje que nos quiere hacer llegar es una provocación a vivir y potenciar la vida, desde su crecimiento, a desarrollar todo nuestro ser humano desde la dignidad y la responsabilidad. Quiere romper la monotonía de lo seguro y decadente, la miseria que anula la vida, para apostar por una vida llena de esperanza y novedad.

La salud que genera Jesús y se puede entresacar del análisis de la narración cristiana, es una salud llamada a la integralidad, acogiendo a la totalidad de la persona, que se recrea desde lo más profundo del ser humano, rompiendo todo lo que impide el desarrollo total de una vida sana. Nos ayuda a buscar y encontrar la armonía con nosotros mismos, con la sociedad y con la trascendencia,⁵²⁸ desde esta armonía trascendente se engendra un modo de vivir saludable y digno, desde la responsabilidad de la existencia. Una salud que no sin idolatría por su objeto, debe estar al servicio del Amor, y que ha de procurarse de manera preferente por el prójimo sufriente, debilitado, excluido, indefenso, por los últimos de la estructura social. Desde la clave de Jesús una salud que necesita ella misma ser salvada para alcanzar su plenitud, en la «vida eterna» de Dios.⁵²⁹

La descripción de la salud que trasmite Jesús, se puede considerar una relación fiel de lo deseado por las personas y la estructura social de hoy, si le preguntamos

527 En las primeras comunidades se narraba y se proponía la vida de Jesús, no como un «sistema religioso» sino como un «camino» (hodos), el más acertado para vivir con sentido, dignidad y esperanza (Hch. 10, 25-26). Es un «camino nuevo y vivo» que «ha sido inaugurado por Jesús para nosotros», un camino que se recorre «con los ojos fijos en él» (Heb. 10,20; 12,2).

528 En el texto original alude exclusivamente a Dios, para reducir el énfasis católico e incluir otras religiones o creencias, se ha sustituido por la trascendencia.

529 J.A. PAGOLA, “La celebración de los sacramentos en la enfermedad. Marco teológico-pastoral,” *Labor Hospitalaria*, 230 (1993) 238-243.

a cualquiera si quiere ese tipo de asistencia y de salud, nadie dudaría en decir que sí. Claro queda por todo esto que Jesús, como ejemplo del cuidado que hoy se está demandando cumple todos los requisitos necesarios. Llegar a este nivel de humanización en la salud, como bien, aboga en todo su testimonio, requiere de esfuerzo, deseo y una profunda responsabilidad y trabajo personal, para conseguir la dignidad que merece la naturaleza humana. Tampoco podemos apartar su mensaje de la verdad de salvación y la plenitud en la trascendencia, en el Dios de la vida. Como siempre hemos tenido presente que estamos adentrándonos humildemente en la persona de Jesús, en sus evangelios y en la vivencia que el carisma Apostólico hace de su mensaje, todo ello dentro de la religión católica.

Aportar desde esta realidad religiosa y de fe un manantial vivo para las disciplinas del cuidado, no está resultando difícil, pues vamos destacando innumerables valores y actitudes comunes y compartidas. Haciendo memoria hemos constatado que el cuidar estuvo originado y posibilitado por la vida religiosa en grandes periodos de nuestra historia, al mismo tiempo que lamentablemente podemos decir que también fue limitado desde estas mismas creencias. Enriquecer desde lo posible la estructura de salud y aportar la máxima humanidad al cuidado del ser humano, es una tarea que está influenciada de la pluralidad de realidades que nos rodean y en nuestra originalidad y responsabilidad, está saber encontrar riqueza en las religiones de los pueblos que habitan la tierra.

En relación con la sociedad de hoy, la gran contradicción que podemos encontrar relacionada con la salud es: al mismo tiempo que se exalta la salud física y psicológica, y se dedican toda clase de esfuerzos a prevenir y combatir las enfermedades, se promueve un estilo de vida poco sano. La escasez de valores, el menosprecio de lo ético, la desproporción consumista, la banalización del sexo, falta de referencia familiar, el vacío interior, las patologías de la abundancia, la competitividad sin límites, la diversidad de drogas, etc., están paralizando y ahogando un crecimiento sano para el ser humano y la creación⁵³⁰. Según los expertos en esta temática estamos ante un «*estilo de vida que hemos elegido y cultivado libremente causa del mayor número de enfermedades*».⁵³¹ Por todo esto tenemos que reflexionar para replantearnos acoger

530 PAGOLA, *La comunidad*, 1-18.

531 I. BAUMGARTNER, *Psicología pastoral. Introducción a la praxis de la pastoral curativa*, Desclée de Brouwer, Bilbao 1997, 277.

la vida, disfrutar y desarrollar sus potenciales de manera digna y responsable. Aún más responsabilidad tendrán las comunidades cristianas que en esta misma tarea, reconocen la vida como una donación de Dios, como don sagrado y llamada a la perfección, tienen la tarea para que se desarrolle con la máxima salud y desde la salvación.

En lo que se refiere al prójimo sufriente, maltratado, debilitado, enfermo, etc., ha de llevarse con más fuerza la sanación que propone Cristo y la esperanza de su salvación. «*Sin solidaridad eclesial con los que sufren, sean quienes fueren, el evangelio de la Iglesia resulta tan incomprensible como increíble*»⁵³². Son los enfermos y desvalidos, los que deben hallar en la comunidad de Jesús la añorada preferencia, cercanía, acogida, que la sociedad les niega, por este contacto descubrirán la fuerza sanadora y salvadora que habita en el evangelio.⁵³³ La vocación Apostólica quiere seguir llevando desde la realidades y los clamores de la actualidad esa sanación y salvación de la que esta sedienta la sociedad de hoy, “buscando el Reino de Dios y su Justicia”, para que sea creíble para el que no quiere tener fe en Jesús, porque nuestra intención primera no es la evangelización, tenemos que cuidar la vida, la vida que nos sale a nuestro encuentro y «*lo demás se dará por añadidura*».⁵³⁴ «*Proclamar y hacer visible la salvación en su totalidad*»⁵³⁵ es el reto al que los cristianos estamos llamados hoy.

14.1 Manantiales de los que seguir bebiendo para sanar y cuidar la vida.

La comunidad cristiana es un elemento fundamental a tener en cuenta desde el punto de vista cristiano, para vivir de manera más sana en medio de la sociedad, donde se presenta y aumenta la incomunicación, la soledad, el anonimato, la relación pragmática, la agresividad, la violencia y la deshumanización. Tenemos la necesidad

532 J.A. GARCÍA, “Hogar y taller” *Seguimiento de Jesús y comunidad religiosa*, 3ªed. Sal Terrae, Santander, 1985, 84.

533 Lc 6,19; J.A PAGOLA, *Acción pastoral para una nueva evangelización*, Sal Terrae, Santander 1991, 163.

534 Mt 6, 33.

535 B. HÁRING *La fe*, 55.

de redescubrir, valorar y cuidar mejor las posibilidades terapéuticas que encierra una comunidad de fe viva para el hombre o la mujer de hoy⁵³⁶.

Entre los manantiales que el mundo cristiano desde la persona de Jesús como ejemplo a seguir puede aportar hoy al mundo de la salud podríamos destacar: la experiencia de la fe compartida, las relaciones de amistad fraterna, la celebración gozosa de la salvación, la escucha de la Palabra de Dios y del relato salvador de Jesucristo, la celebración variada de los sacramentos, la experiencia del domingo cristiano, el recorrido del año litúrgico, la oración y el canto comunitario son elementos que pueden aportar su fuerza sanadora a la sociedad⁵³⁷. Esto exige una responsabilidad por parte de la comunidad cristiana y de los que se reconocen cristianos, es fundamental cuidar no sólo lo que hace sino cómo se hace.

Para cultivar esta responsabilidad, *«encontrarnos y creer en el yo profundo de cada persona, relacionándonos desde la hondura de lo que somos y sentimos, haciéndonos cargo unas de otras “como pan que se parte y se reparte”. Continuando la dinámica de ir haciendo una historia de vida cada vez más compartida con otras personas, dentro de toda la estructura social, abriendo nuestras estructuras y participando de las suyas»*⁵³⁸. Puede ser un camino para acoger al prójimo en totalidad y reconocerle su máxima dignidad, lo que posibilitará una comunidad más sana y sanadora. Como dice I. Baumgartner: *«Es el ser humano individual, concreto, no la comunidad, el que cree, ama, sufre, espera, ofrece resistencia o actúa fraternalmente. A los ojos de Dios es él quien debe poder llegar a ser sujeto, curar sus heridas y descubrir la libertad del hijo de Dios»*,⁵³⁹ todo esto nos anima a seguir fomentando la acogida mutua y la atención recíproca.

Para poder seguir bebiendo de ese manantial que nos sana para ser sanadores, se hace necesario situarnos junto a los débiles, los heridos, enfermos y pecadores, emanando de esta proximidad el poder sanador de Jesús, *«el único fundador religioso*

536 J.A. PAGOLA, XIII SEMANA DE TEOLOGÍA PASTORAL, Organizada por el Instituto Superior de Pastoral de la Universidad Pontificia de Salamanca Madrid, 2002, 29-31.

537 PAGOLA, *La comunidad*, 1-18.

538 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XII CG, 14.

539 BAUMGARTNER, *Psicología*, 277.

que ha eliminado de la religión el elemento del temor»⁵⁴⁰, no podemos relacionarnos con imperativos y amenazas, tenemos que ser testimonio de la «ley del amor, ley interior de la caridad» (Luz Casanova), siendo nuevos manantiales de salud en lo íntimo de la persona y en sus relaciones⁵⁴¹.

El carisma Apostólico sigue impulsándonos a mantenernos próximos al caudal que brota de Jesús, «adentrándonos en los secretos del corazón de Cristo, en sus preferencias y su sensibilidad y que el derrame en nosotros el riesgo y la confianza necesarios, para permanecer saliendo a los caminos y manteniéndonos gozosa y gratuitamente en las situaciones y realidades fronterizas donde»⁵⁴² «Él está a la puesta y llama»⁵⁴³. Desde aquí se sigue posibilitando ser sembradores de salud con nuestra manera de ser y de estar desde la comunidad cristiana en relación viva con la estructura social.

«Si no hay esperanza para los pobres no la habrá para nadie en nuestro mundo»⁵⁴⁴, no podemos dudar del potencial de salud o destrucción que se encierra en la experiencia religiosa, debido a la movilización global y profunda que ejerce sobre la personalidad.⁵⁴⁵ Desde aquí tenemos que ser posibilitadores de una experiencia que dé como resultado una dinámica personal y social sana y sanadora, preñada de esperanza para el prójimo sufriente, debilitado, pobre, aislado... esto tampoco nos debe conducir a intentar vivir una experiencia religiosa “pura,” libre de toda influencia que la pueda herir, pues como bien sabemos esta se realiza desde lo personal y social, en donde inevitablemente se entremezclan miedos, represiones, fantasías, etc. ⁵⁴⁶

540 B. HANSSLER, “Angst und Hoffnung” *Artz und Christ* 29 (1983) 59.

541 Lc 22,27 «Yo estoy en medio de vosotros como el que sirve».

542 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XII CG, 24.

543 Ap. 4, 20.

544 Se hace referencia al documento final de la V Conferencia de Episcopado Latinoamericano y del Caribe en APARECIDA, Brasil, mayo 2007. n°35, 43.

545 DOMÍNGUEZ, *La fe*, 130.

546 V. MADOZ, *Religión y salud mental*. Cuadernos Foro Gogo. Pamplona, sin fecha, n. 4, 26, se define: «fe intrínseca» y que él consideraba la base de una religiosidad sana: «aquello que una

Para las apostólicas vivir esta experiencia de fe supone: «vivir en una dinámica de acogida y entrega de la vida, de forma totalizante, sin compartimentos ni dualismos, sino como consecuencia de una vida enraizada en Cristo, en la anchura de su Corazón⁵⁴⁷. Desde aquí la misión no se reduce entonces a tareas o proyectos, sino a un modo de ser, estar y relacionarnos en circularidad⁵⁴⁸, desde “la pasión por Dios, y la pasión por la humanidad” más empobrecida y excluida, que se va concretando en la vida compartida»⁵⁴⁹. Creer en la promesa de este Dios de la vida, «supone desencadenar procesos insospechados de crecimiento, de liberación, en nosotras y en nuestro entorno, en nuestro mundo, que se revierten en plenitud de vida, y nos van haciendo, mujeres de osadías y esperanzas»⁵⁵⁰.

Dios se presenta ante nosotros como «el otro», como «pobre» y nos pide que le amemos nos invita a abandonarnos en la confianza de su promesa.⁵⁵¹ Seguimos acercándonos al carisma Apostólico, como portador de agua refrescante para cuidar y sanar la vida, conseguir la plenitud de la vida y del proceso terapéutico es nuestro objetivo, no podemos dejar pasar la oportunidad que se nos brinda desde esta intuición religiosa. Posibilitar el crecimiento y la liberación de la persona, nos permitirá aliviar del sufrimiento, de la angustia, de la desesperanza, conscientes de que el sendero no está trazado, se nos irá mostrando en lo particular de cada relación, pero si nos disponemos desde la igualdad y la confianza en el prójimo, habremos superado muchas de las dificultades que se nos pueden plantear.

persona acepta como un valor en sí mismo, orientado a la unificación del ser, que toma seriamente el mandato de hermandad, que lucha por trascender todas las necesidades auto centradas, de forma que el sentimiento religioso llena toda su vida con motivación y sentido, siendo integral y encubriéndolo todo».

547 Ef. 4 17-19; CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 3, 164.

548 Estilo en las relaciones, que hace posible la reciprocidad, la igualdad; parte del respeto a las diferencias y la toma de consciencia de la dignidad de las personas. Afecta al modo de relación y organización porque en la circularidad no caben protagonismos ni competencias.

549 APARECIDA, nº138, 90.

550 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIII CG, 10.

551 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIII CG, 10.

Nos queda claro que desde el manantial original se puede acceder a « *Vivir la misma vida y misión de Jesús, que vino a servir y no a ser servido*»⁵⁵², que reclama e insta una forma de ser y estar, una dinámica y un paradigma nuevos, que no se agota en el tiempo, que se puede leer y actualizar según los signos de los tiempos, para dar respuesta de salvación y sanación a su pueblo, al pueblo de Dios, cuerpo de Cristo. Acoger esta invitación es querer dar testimonio de fraternidad verdadera, de una estructura social que hace posible una relación desde la igualdad, desde el respeto, desde la tolerancia, desde la diversidad, desde la dignidad de todo ser humano, sin anteponer nada a la vida y a su respeto.

En el último capítulo general de la Congregación de Apostólicas del Corazón de Jesús, la familia apostólica quiere seguir buscando el Reino de Dios y su Justicia⁵⁵³ desde la fidelidad a Jesús de Nazaret y su evangelio. Dispuestas a «*escuchar a Dios en la realidad mundial, donde la vida clama y nos dejamos interpelar por ella. Reconocemos que estamos viviendo un tiempo preñado de semillas del Reino que, a su vez, está atravesado por una gran deshumanización, fractura social y desconexión con las necesidades del planeta*»⁵⁵⁴. La falta de humanización tan de actualidad en las disciplinas del cuidar y tan demandada por la estructura social, no parece ser sólo cosa de la sanidad, reconocemos que afecta a la totalidad de la estructura social, en las diferentes realidades que la atraviesan. Destaca que las preocupaciones sociales, de este Capítulo General y de la sanidad, son compartidas por la falta de humanización, es una problemática que nos aproxima, ya que en la base de estas preocupaciones lo que nos moviliza es el prójimo y sus sufrimientos en un intento de acoger la vida y aportar por su dignidad.

«Los valores humanos han dejado de vertebrar la vida. La economía ha colonizado las culturas y el ser humano hace tiempo que dejó de estar en el centro de los intereses políticos, sociales o económicos. Ha cambiado el principio antropológico y, en muchos aspectos, los derechos humanos han perdido su significatividad al dejar

552 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIII CG, 14; CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 7.

553 Mt 6, 33.

554 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIV CG, 3.

de ser universales»⁵⁵⁵. Como ya hemos mencionado anteriormente si alejamos del centro a la persona, alejamos que nuestra relación se aproxime a la humanización en cualquiera de las disciplinas que nos planteemos trabajar. Si además de alejarlo del centro de la relación, tenemos en cuenta, que para que se establezca la relación terapéutica, se necesita de realizarla directamente sobre la persona, la cuestión se complica y hace imposible que esta terapia sea curativa y mucho menos sanadora. Que el ser humano y su dignidad vertebran la vida y las estructuras sociales es fundamental para superar esta época de deshumanización y en las manos de todos esta aportar soluciones para que ello se lleve a término desde los diferentes campos del saber de los que cuenta la humanidad, si humildemente con este trabajo de investigación se consigue contribuir en esta demanda, habrá merecido la pena, porque esta es su pretensión al reconocer los valores y las actitudes fundamentales para desarrollar la vocación de enfermería llamados a la excelencia.

*«Hoy sentimos que el Espíritu nos urge a profundizar y avanzar en un estilo de encarnación-inculturación entre las personas excluidas»*⁵⁵⁶, lo que facilitará el forzar y buscar paradigmas que apuesten por el cuidado del prójimo sufriente de nuestros tiempos, actualizando el carisma a las demandas sociales. Buscar *«un modo de ser y estar al modo de Jesús, en el compromiso con todo lo creado y en la práctica de la comensalidad abierta»*⁵⁵⁷, son hoy claves para hacer posible ese deseado paradigma y que Él siga siendo el espejo donde mirarnos para cuidar la vida.

No podemos apartar nuestra imagen del cuidado de la imagen de Jesús, para el cristiano es inseparable este ejemplo, para la relación con el ser humano independientemente de la relación que se establezca, pero más aún, cuando queremos que esta relación sea terapéutica y la misión de Jesús es la salvación y la sanación de la humanidad, desde unas claves muy concretas que influyen directamente sobre su salud física. *«A Dios se le conmueven las entrañas ante el sufrimiento de sus criaturas y se compromete con ellas personal y colectivamente: unas veces sosteniéndolas en su dolor; otras padeciendo silenciosamente la violencia estructural y otras veces, alzando la voz a través de personas, redes y colectivos, empeñados en la transformación*

555 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIV CG, 4.

556 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIV CG, 11.

557 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIV CG, 16; Lc.14, 15-24.

*de la historia para revertirla»*⁵⁵⁸. Tener la seguridad que estamos ante un Dios vivo y que acompaña a su pueblo, nos reconfortara en la esperanza que todo es posible, que no tenemos que conformarnos y caer en la corriente envolvente que arrasa al ser humano y su dignidad, porque la fuerza del Espíritu es la que nos anima a revertir esta realidad y devolver a la humanidad la plenitud de la vida creada, querida y deseada de su Creador.

Este carisma quiere caminar hoy desde: « *ampliar la dimensión comunitaria de nuestro seguimiento a Jesús, con la conciencia de que el carisma y la misión no nacen ni se agotan en nosotras, abriéndonos a la novedad y la riqueza de los laicos/as, otras congregaciones, la diversidad de culturas y religiones*»⁵⁵⁹. Este romper fronteras hace posible que el agua siga fluyendo, que el agua llegue e inunde otras realidades, entre la que se puede encontrar las disciplinas del cuidar, como estamos mencionando continuamente. No se trata de que con nuestro trabajo de investigación hemos hecho posible que el carisma abra la puerta del convento y se adentre en la sociedad, al contrario, el carisma fluye libre por la estructura social desde las personas y colectivos afines a esta familia y al modo de seguir a Jesús y su evangelio, nuestra misión es saber reconocerlo, destacar la actitudes y valores que de él se desprenden y enriquecer en la medida de lo posible la vocación para el cuidar de la humanidad.

El Dios de la Vida, el Dios de Jesús, quiere hacer posible que en nuestros contextos y realidades, se posibilite la humanización, la cual, permita y haga posible que emerja la dignidad de las personas y celebremos juntos y juntas la vida en plenitud⁵⁶⁰. Purificar la imagen de Dios para no dar imágenes falsas que generan actitudes y comportamientos poco sanos o claramente enfermizos es fundamental y lo haremos a continuación en nuestro trabajo.

14.2. Rostros falseados de Dios

Como veíamos anteriormente es necesario abordar este tema cuando se trabaja la religión católica, para no mostrar a los cristianos y al resto de humanidad una imagen

558 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIV CG, 18.

559 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIV CG, 22.

560 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIV CG, 23.

falseada y que no permita explorar la dimensión sanadora que encierra. Señalamos algunas imágenes del Dios de la vida que requieren una purificación urgente:⁵⁶¹

- La imagen de un Dios autoritario, celoso y despótico, juez inflexible y castigador minucioso, que genera angustia, opresión y culpabilidad enfermiza, a un Dios que nos ofrece su gracia y nos invita a acoger de manera confiada y responsable su presencia salvadora.
- De un Dios “paternalista”, “tapagujeros” y “a medida” suplantador de sus criaturas, que favorecen el infantilismo regresivo y la irresponsabilidad, a un Dios respetuoso de la autonomía humana y estímulo de una libertad responsable.
- De un Dios “hiperprotector” y permisivo, manipulable por medio de ritos, plegarias y promesas, que genera pasividad bobalicona («Dios proveerá», «Dios perdonará») a un Dios expectante, que “nos crea creadores” (A. Gesche) y nos acompaña con su presencia atractiva y exigente en la construcción de una “humanidad nueva”.
- De un Dios «Absoluto» e impersonal, símbolo de valores universales como el amor, la verdad y la justicia, que impulsa un activismo de carácter prometeico a un Dios Padre que nos ofrece en Cristo su amor personal incondicional y gratuito.

Terminamos este capítulo con la proclamación al Espíritu que hacían las Apostólicas del Corazón de Jesús en su XI Capítulo General en Madrid en el año 1996, al cual invocaban desde el deseo:

*« Y a ti pueblo te llamarán profeta porque irás con el Señor preparando los caminos del Reino, regalando al mundo esperanza de salvación en la denuncia de todo lo que se opone a la vida, y en medio de un mundo roto y dividido, reconocemos y mostramos las simientes de esperanza que brotan, los signos de vida que anuncian la resurrección en lo cotidiano, resurrección que se esconde en cada despojo y fracaso aparentes».*⁵⁶²

561 J.A. PAGOLA, XIII SEMANA DE TEOLOGÍA PASTORAL, Organizada por el Instituto Superior de Pastoral de la Universidad Pontificia de Salamanca Madrid, 2002, 29-31; (Las definiciones que el autor da de Dios están transcritas iguales, sin ninguna manipulación para no agredir la idea original).

562 Lc 1, 68-79.

**15. CLAVES PARA ENTENDER EL
SEGUIMIENTO DE JESÚS DESDE
EL CARISMA VOCACIONAL DE LAS
ACJ EN EL MUNDO SECULAR**

15. CLAVES PARA ENTENDER EL SEGUIMIENTO DE JESÚS DESDE EL CARISMA VOCACIONAL DE LA ACJ EN EL MUNDO SECULAR

15.1. El sentido de la dignidad en el carisma de la ACJ.

El 31 de Mayo de 1924, después de 30 años de apostolado seglar nace la Congregación que da continuidad a la misión apostólica Iniciada por Luz Casanova; cuando seis mujeres: Adela Ventura, Asunción Muñoz, Isabel Urdangarín, Dolores Martínez Carrillo, Isabel Ibarreta y Luz Casanova se sienten invitadas a recrear «La misma vida y misión de Jesús y sus apóstoles»⁵⁶³, unidas por «*El más ardiente Amor al salvador y la máxima estima de la dignidad de la persona*»⁵⁶⁴.

Desde el origen de la congregación y en lo nuclear de su carisma encuentran la dignidad como un máximo a tener en cuenta en todo ser humano. En el recorrido que hemos ido haciendo desde el inicio son numerosas las veces que hemos hecho alusión a este término y a este lema y la importancia que tiene para intentar caminar desde Jesús y su evangelio. Cuando hablábamos de los valores fundamentales de la ética del cuidado, hacíamos una extendida mención a la dignidad desde su significado ontológico y ético, con la intención de comprender su importancia dentro de las disciplinas del cuidar, recordando las palabras de J.G. Férez, hacíamos alusión al valor incuestionable de este termino.⁵⁶⁵

Después de lo expuesto sobre este concepto y de la certeza que no se puede separar al hombre de este sublime valor, destacaremos ahora su relación directa con el Dios de la vida, para no terminar haciendo una repetición de referencias que se han encontrado en el recorrido que se ha hecho del carisma Apostólico y de la persona de Jesús.

La vida tiene un valor fundamental en sí misma, debemos situarla como la base y el fundamento para que cualquier otro valor pueda desarrollarse. Sobre el derecho a la vida se fundamentan y desarrollan todos los demás derechos inalienables del ser humano⁵⁶⁶.

563 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XI CG, 18.

564 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 9, p. 11.

565 GARCÍA, *Aspectos bioéticos*, 208.

566 JUAN PABLO II, *Evangelium Vitae* (25-3-1995), 101.

Desde la fe podemos asegurar que la vida es una realidad sagrada, es una donación del Creador, es decir, que el hombre es creado a imagen y semejanza de Dios, infundiéndole el aliento de vida y dignidad en el mismo momento de su creación a cada hombre y a cada mujer.

La vida humana es un don que comporta un vínculo particular y específico del hombre con Dios, máxima de su acción creadora, dotadas de racionalidad y libertad, con capacidad de amar, de autorrealización, con cualidades para vivir armoniosamente su relación con la obra de la Creación y ser administrador responsable de la misma⁵⁶⁷. Desde la responsabilidad del hombre debemos trabajar para que el sentido de la vida y su dignidad gocen en todo momento de la sacralidad a la que han sido llamadas desde su creación y nada ni nadie puedan atentar contra ellas.

En la actualidad las estructuras sociales y la cultura humana tienden a establecer como natural y dotado de normalidad, estilos del ser y estar contrarios a la naturaleza y a la dignidad del ser humano. Irrumpen con fuerza la idolatría al poder, la riqueza y el placer efímero, sobrepasando al propio valor de la persona, se han posicionado como la norma básica y máxima de funcionamiento y criterio decisivo en la organización de esta estructura social.⁵⁶⁸ Posicionados en esta realidad, debemos proclamar el valor de cada hombre y mujer y su dignidad.

Desde el carisma Apostólico solo «*situándonos en el mundo de los excluidos y excluidas con relaciones de reciprocidad y solidaridad, empujamos con otros y otras la justicia y la dignidad humana, respondiendo con fidelidad al carisma*»⁵⁶⁹. El carisma Apostólico y la máxima de la dignidad humana ha sido un fin en sí mismo desde el origen de su creación, conscientes de que el Creador, pone toda su creación al servicio del ser humano, manifestando la dignidad del ser humano e invita a respetarla⁵⁷⁰.

«Proclamamos que todo ser humano existe pura y simplemente por el amor de Dios que lo creó, y por el amor de Dios que lo conserva en cada instante. La creación del varón y la mujer, a su imagen y semejanza, es un acontecimiento divino de vida, y su fuente es el amor fiel del Señor. Luego, sólo el Señor es el autor y el dueño de la

567 JUAN PABLO II, *Evangelium Vitae*, 34.

568 APARECIDA, nº 387, 189-190.

569 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XI CG, 18.

570 Gn 1, 26-30.

*vida, y el ser humano, su imagen viviente, es siempre sagrado, desde su concepción, en todas las etapas de la existencia, hasta su muerte natural y después de la muerte. La mirada cristiana sobre el ser humano permite percibir su valor que trasciende todo el universo*⁵⁷¹: *“Dios nos ha mostrado de modo insuperable cómo ama a cada hombre, y con ello le confiere una dignidad infinita”*.⁵⁷²

El Dios de Jesús nos ha creado a su imagen y semejanza confiriéndonos dignidad infinita, no se puede tener mayor gesto de amor que la donación de la vida y la llamada a la divinidad que se desprende de la semejanza con el creador, para los cristianos atentar contra la vida es atentar contra el mismo Dios y su creación, situar la dignidad desde esta concepción nos ayuda a entender que la relación terapéutica que acoge la vida en su totalidad, tiene que acoger la dignidad en su totalidad, pues no se pueden separar, son inalienables, como hemos dejado claro. Compartir esta misión de reconocer la dignidad desde las disciplinas del cuidado, y el seguimiento a Jesús, nos sigue acercando a las posibilidades que enriquecen esta disciplina desde la fe en el resucitado, semejante al hombre por la encarnación.⁵⁷³

«Nuestra misión para que nuestros pueblos en Él tengan vida, manifiesta nuestra convicción de que en el Dios vivo revelado en Jesús se encuentra el sentido, la fecundidad y la dignidad de la vida humana. Nos urge la misión de entregar a nuestros pueblos la vida plena y feliz que Jesús nos trae, para que cada persona humana viva de acuerdo con la dignidad que Dios le ha dado. Lo hacemos con la conciencia de que esa dignidad alcanzará su plenitud cuando Dios sea todo en todos. Él es el Señor de la vida y de la historia, vencedor del misterio del mal y acontecimiento salvífico que nos hace capaces de emitir un juicio verdadero sobre la realidad, que salvaguarde la dignidad de las personas y de los pueblos».⁵⁷⁴

Desde Jesús es posible la plenitud de la vida y su dignidad. La Congregación de Apostólicas del Sagrado Corazón continuadoras de su misión y testimonio vivo

571 APARECIDA, nº 388, 190.

572 JUAN PABLO II, Ángelus. Mensaje a los discapacitados, (16-11-1980).

573 X. PIKAZA, *Éste es el hombre. Manual de Cristología*, Sec. Trin. 1997, 508.

574 APARECIDA, nº 389, 190.

del evangelio les urge seguir proclamando *el Reino de Dios y su justicia*⁵⁷⁵ para seguir recreando en los pueblos la justicia y la dignidad desde una fraternidad universal⁵⁷⁶.

*«Nuestra fidelidad al Evangelio nos exige proclamar en todos los areópagos públicos y privados del mundo de hoy, y desde todas las instancias de la vida y misión de la Iglesia, la verdad sobre el ser humano y la dignidad de toda persona humana»*⁵⁷⁷.

Proclamar desde la dignidad y la veracidad en las instituciones sanitarias, también nos conducirá a proporcionar la demanda humanización que clama la sociedad de hoy, para conseguir acoger la vida desde la humanidad tendremos que acogerla desde el respeto a la vida y a su dignidad. Los profesionales, de relación terapéutica necesitan hacer una profunda reflexión a la luz de cuáles son las verdades donde asentamos nuestro ser y estar en la dinámica sanadora, no podemos avanzar por el sendero de la humanización y la excelencia si no situamos en el centro de nuestra verdad a la persona y su dignidad, para conseguir que plenamente sane la vida del ser humano que tenemos entre nuestras manos.

Iluminar nuestra relación desde el ejemplo de Jesús, el sentido de la vida y la dignidad que hemos ido reflejado, nos puede ayudar en este momento social en el que predomina la sensación deshumanizada del cuidado. El documento de Aparecida ha hecho una síntesis actualizada de las verdades relacionadas con la dignidad humana desde Jesús y su evangelio, reconocido y afirmado en su totalidad por el carisma Apostólico. Extrapolar estas verdades al mundo aconfesional nos portará a un abanico de posibilidades para las demandas actuales en los ámbitos de la vida.

575 Mt 6, 33.

576 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIV CG, 7.

577 APARECIDA, n° 390, 191.

15.2. El sentido de la pobreza

El concepto de pobreza es antiguo. El término español proviene etimológicamente del término latino «*paupertas*», que remite originalmente a la condición de «*pauperos*» que significa, literalmente, «parir o engendrar poco» y se aplicaba al ganado y, por derivación, a la tierra pobre, es decir, infértil o de poco rendimiento⁵⁷⁸. De esta acepción de pobreza como falta de potencialidad o capacidad de producir deriva un concepto distinto que apunta a la carencia misma de una serie de bienes y servicios básicos.

Jesús viene a eliminar, a erradicar la pobreza que se deriva de la falta de «potencialidad o capacidad de producir», Él ha venido para que tengamos vida y vida en abundancia⁵⁷⁹, fertiliza la tierra allí por donde pasa y da su, máximo rendimiento⁵⁸⁰, ensalza la vida del ser humano desde su dignidad y elimina esta pobreza desde su origen, sin otra posibilidad que la abundancia, pasa por un empoderamiento radical de toda la persona.

También podemos entender la pobreza como la situación o condición socioeconómica de la población que no puede acceder o carece de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas que permiten un adecuado nivel y calidad de vida, tales como la alimentación, la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria o el acceso al agua potable. También se suelen considerar la falta de medios para poder acceder a tales recursos, como el desempleo, la falta de ingresos o un nivel bajo de los mismos. También puede ser el resultado de procesos de exclusión social, segregación social o marginación.

La lucha del evangelio también irá encaminada para erradicar este tipo de pobreza, que camina desde el origen de los tiempos junto a la humanidad, limitando la fraternidad verdadera a la que estamos llamados por ser todos hijos e hijas de un mismo creador.

Es un concepto amplio y de complicada limitación, variable según lugares y estructuras sociales, con diferentes acepciones y desde la religión cristiana fácil de inducir a engaño en su realidad, intentar aportar luz y comprensión es fundamental, para ejercer la construcción del Reino a la que estamos invitados los seguidores de Jesús, que no excluye a los que no profesen esta u otras religiones, porque desde los derechos

578 Pobreza, diccionario etimológico: <http://etimologias.dechile.net/?pobreza> Consultado 09-07-2016.

579 Jn. 10, 10.

580 Lc. 5, 1-11.

humanos y las leyes jurídicas que sostienen nuestras sociedades se exige la igualdad a todos los niveles de las personas que componen dichas estructuras.

La imagen que los evangelios nos ofrecen de la persona de Jesús, es el rostro de la pobreza económica que recorre toda su vida. Su nacimiento se produce en el lugar donde veían la vida los animales de su época y de la nuestra, en un establo⁵⁸¹. Lo que sus padres José y María pueden ofrecer en su presentación al templo, desde el rito judío al que pertenecida, era la que se estipulaba desde el Antiguo Testamento para los pobres, un par de tórtolas o dos pichones de paloma⁵⁸².

Nos relatan que en su infancia fue refugiado⁵⁸³, creciendo en Galilea, una zona subdesarrollada perteneciente a Palestina⁵⁸⁴, viviendo en el hogar de un carpintero⁵⁸⁵ colocándolo en una posición concreta dentro de la estructura social de su tiempo, que le otorgaba una serie de ventajas y desventajas. En el desarrollo de su misión como el Mesías, no tendría lugar físico propio para vivir⁵⁸⁶, dependía de la gratuidad del lugar y sus gentes para cubrir sus necesidades materiales⁵⁸⁷. Podemos contemplar la opción que el Creador⁵⁸⁸ a elegido para su hijo, quiere que sea un “pobre entre los pobres,” quiere caminar desde la igualdad con los hermanos desfavorecidos por la estructura social, política y religiosa de su tiempo. No ha sido un gesto arbitrario y sin sentido el que lo ha situado en esa realidad, para comprender el mensaje del evangelio, hay que situar a los pobres en el centro, quiere ser riqueza desde esta realidad, salvación, esperanza, Buena Noticia. Para comprender mejor el sentido de la pobreza en el mundo cristiano y desde la

581 Lc 2, 7.

582 Lc 2, 23-24.

583 Mt 2, 14.

584 Mt 2, 22-23.

585 Jn 1, 46; Mt 13, 55; Mc 6, 3.

586 Lc 9, 58.

587 Lc 8:2.

588 2 Cor 8, 9.

persona de Jesús, realizaremos una reflexión desde las palabras que el Papa Francisco⁵⁸⁹, representante de la imagen cristiana en el mudo, hace en referencia a este concepto:

La llamada para seguir a Jesús, debe ser desde la pobreza, la humildad y una gran simplicidad de vida evangélica. En la elección de su nombre Papal comienza su opción por la pobreza *«Durante las elecciones, tenía al lado al arzobispo emérito de San Pablo, y también prefecto emérito de la Congregación para el clero, el cardenal Claudio Hummes: un gran amigo, un gran amigo. Cuando la cosa se ponía un poco peligrosa, él me confortaba. Y cuando los votos subieron a los dos tercios, hubo el acostumbrado aplauso, porque había sido elegido. Y él me abrazó, me besó, y me dijo: «No te olvides de los pobres». Y esta palabra ha entrado aquí: los pobres, los pobres. De inmediato, en relación con los pobres, he pensado en Francisco de Asís. Después he pensado en las guerras, mientras proseguía el escrutinio... Y Francisco es el hombre de la paz. Y así, el nombre ha entrado en mi corazón: Francisco de Asís. Para mí es el hombre de la pobreza, el hombre de la paz, el hombre que ama y custodia la creación... Es el hombre que nos da este espíritu de paz, el hombre pobre... ¡Ah, cómo quisiera una Iglesia pobre y para los pobres!»*⁵⁹⁰. Desde la elección de su nombre ya va dejando claro cual quiere que sea el caminar de su pontificado, y la necesidad de que la pobreza sea el centro de nuestras vidas para poder vivir plenamente el evangelio de Jesús.

La pobreza a la que nos venimos refiriendo y desde la que se sitúa el Pontífice tiene su raíz profunda en la persona de Jesús, *«se hizo pobre para enriquecernos con su pobreza»* (cfr. 2 Cor. 8, 9). No queremos los cristianos perseguir la pobreza para alojar nuestras vidas en ella y ser continuistas de las situaciones que la provocan, la llamada continua a la que debemos dirigir nuestro esfuerzo es a ser, fuente de riqueza, de revertir esta situación.

589 FRANCISCO I, *«Se hizo pobre para enriquecernos con su pobreza»* (cfr. 2 Cor 8, 9), Mensaje Del Santo Padre Francisco para la Cuaresma 201, (26-12-2013).

590 FRANCISCO I, Mensaje del Papa Francisco a los medios de comunicación, (16-3-2013)

La pobreza pasa a ser desde la Iglesia en Cristo y el pensamiento de Dios, un valor y un valor cristiano.⁵⁹¹ Por esta misma razón San Francisco de Asís (conocido como el Pobrecito de Asís, por las gentes donde desarrolla su vida consagrada), consagra toda su vida a Dios desde la práctica de la pobreza evangélica, despojándose de todo, llegándose a considerar que se desposó con la “señora pobreza.”⁵⁹² También el Concilio Vaticano II, en la *Gaudium et Spes*, afirma con claridad que «*el espíritu de pobreza es gloria y testimonio de la Iglesia de Cristo*»⁵⁹³.

La concepción que el Papa exige a los cristianos de la pobreza es desde la tradición bíblica y magisterial, llamados a vivirla con Jesús y como el Mismo la ha vivido. Desde esta realidad plantea que se pueda hacer presente una «*Iglesia pobre y para los pobres*», si verdaderamente estamos comprometidos a vivir el Evangelio. Esta llamada supera la privación de los bienes materiales, nos invita a la purificación de la maldad, de la rivalidad, de la envidia, de la soberbia, que pueda presentarse en la institución y todo el mundo cristiano. La Iglesia tiene que ser una, y es la Iglesia en Cristo, que el mismo se definió, como manso y humilde de corazón. Por esta razón todos llamados al seguimiento de Jesús pobre, humilde, despojado de todo privilegio, y con una gran simplicidad de vida evangélica. Si no se confiesa a Jesucristo estamos en peligro de hacer de la Iglesia una ONG.⁵⁹⁴

591 Cristo mismo ha dicho: «*Bienaventurados los pobres de espíritu, porque de ellos es el reino de los cielos*» (Mt 5, 3). «*Pues a los pobres los tenéis siempre con vosotros, pero a mí no siempre me tenéis*» (Jn 12, 8). También en el Antiguo Testamento el Deuteronomio dice: «*Acuérdate de todo el camino que Yahveh tu Dios te ha hecho andar durante estos cuarenta años en el desierto para humillarte, probarte y conocer lo que había en tu corazón: si ibas o no a guardar sus mandamientos. Te humilló, te hizo pasar hambre, te dio a comer el maná que ni tú ni tus padres habíais conocido, para mostrarte que no sólo de pan vive el hombre, sino que el hombre vive de todo lo que sale de la boca de Yahveh*» (Dt 8, 2-3).

592 Reflexiones sobre el sentido de la pobreza de FRANCISCO I: <https://www.almudi.org/.../8724-Reflexiones-sobre-el-sentido-de-la-pobreza-en-el-Pap...> Consultado 10-10-2016.

593 PABLO VI, *Gaudium et spes*, 88.

594 Reflexiones sobre el sentido de la pobreza de FRANCISCO I: <https://www.almudi.org/.../8724-Reflexiones-sobre-el-sentido-de-la-pobreza-en-el-Pap...> Consultado 10-10-2016.

Cuando se le pregunta al Santo Padre que contribución puede hacer a la Iglesia y a la sociedad, para afrontar la crisis ética que afecta a la población y su estructura social, contesta:

«Ante todo, vivir el Evangelio es la principal contribución que podemos dar. La Iglesia no es un movimiento político, ni una estructura bien organizada: no es esto. No somos una ONG, y cuando la Iglesia se convierte en una ONG pierde la sal, no tiene sabor, es sólo una organización vacía. Y en esto sed listos, porque el diablo nos engaña, porque existe el peligro del eficientismo. Una cosa es predicar a Jesús, otra cosa es la eficacia, ser eficaces. No; aquello es otro valor. El valor de la Iglesia, fundamentalmente, es vivir el Evangelio y dar testimonio de nuestra fe. La Iglesia es la sal de la tierra, es luz del mundo, está llamada a hacer presente en la sociedad la levadura del Reino de Dios y lo hace ante todo con su testimonio, el testimonio del amor fraterno, de la solidaridad, del compartir»⁵⁹⁵.

La demanda de humanidad que venimos destacando en todos los ámbitos de las disciplinas del cuidar y sanar, no es exclusividad de esta disciplina ni de sus profesionales, como vemos afecta a la totalidad de la ética pública, y desde todo los ámbitos se reclaman y se demandan soluciones. La respuesta que el Santo Padre hace está centrada en el evangelio de Jesús, lo cual sigue afinando nuestras investigaciones y sospechas, de que el carisma Apostólico que tiene como misión la misma que Jesús, puede ser un instrumento revitalizador y regenerador de nuestra vocación sanitaria, para introducir valores y actitudes deseadas en la relación terapéutica que conduzcan a la humanización de nuestra disciplina⁵⁹⁶.

Sigue recordándonos el Papa Francisco desde la alusión al pobrecito de Asís, que se reencuentra con el mismo, yendo a la periferia de las ciudades, donde evalúa el sentido de su vida. Aquí también recordamos la familia Apostólica a Luz R. Casanova que experimenta lo mismo cuando se encuentra en los márgenes de Madrid y toca las necesidades del prójimo del momento. En estos márgenes encuentra la belleza de vivir,

595 FRANCISCO I, Vigilia de Pentecostés con los movimientos eclesiales, (18-5-2013).

596 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 7, «Vivir la misma vida y misión de Jesús, que vino a servir y no ser servido».

con las seguridades necesarias para ser feliz plenamente. Los márgenes y sus habitantes les permiten experimentar la carne de Cristo, «escuchar el murmullo».⁵⁹⁷

“Tocar la carne de Cristo, tomar sobre nosotros este dolor por los pobres. La pobreza, para nosotros cristianos, no es una categoría sociológica o filosófica y cultural: no; es una categoría teologal. Diría, tal vez la primera categoría, porque aquel Dios, el Hijo de Dios, se abajó, se hizo pobre para caminar con nosotros por el camino. Y esta es nuestra pobreza: la pobreza de la carne de Cristo, la pobreza que nos ha traído el Hijo de Dios con su Encarnación. Una Iglesia pobre para los pobres empieza con ir hacia la carne de Cristo. Si vamos hacia la carne de Cristo, comenzamos a entender algo, a entender qué es esta pobreza, la pobreza del Señor”.⁵⁹⁸

Para este pontífice es fundamental la experiencia de los pobres, recuerda desde las palabras del jesuita Padre Pedro Arrupe, que dice: «no se puede hablar de pobreza si no se la experimenta con una inserción directa en los lugares en los que se vive». «No se puede hablar de pobreza, de pobreza abstracta, ¡ésta no existe! La pobreza es la carne de Jesús pobre, en ese niño que tiene hambre, en quien está enfermo, en esas estructuras sociales que son injustas», y añade para las personas que gozan de un nivel en la estructura social más ventajoso, pero moral y antropológicamente desestructuradas y lejanas de Dios. «Ir, mirar allí la carne de Jesús».⁵⁹⁹

El enfermo goza de una posición privilegiada, es la carne de Cristo, se ha encarnado y desde esta realidad nos reclama que le reconozcamos y le ayudemos, no acoger esta realidad cristianamente, es no acoger la carne de Cristo, no querer cuentas con sus elegidos. Enfermería tiene el privilegio de estar cercana a esta realidad y desde el sufrimiento y la debilidad de la salud humana, aportar vida y esperanza, desde el evangelio para los creyentes y desde los valores éticos y la dignidad de la persona para los que no profesan ninguna fe, pero todos invitados a sanar y aportar vida en abundancia desde esa relación terapéutica, desde la pobreza de la enfermedad, fuente de riqueza viva.

Nos sigue animando el pontífice: «Por favor, ¡no os dejéis robar la esperanza! ¿Y quién te roba la esperanza? El espíritu del mundo, las riquezas, el espíritu de la vanidad,

597 P. LAMET, *Porque tuve hambre*, 14.

598 FRANCISCO I, Vigilia de Pentecostés con los movimientos eclesiales, (18-5-2013).

599 FRANCISCO I, Vigilia de Pentecostés con los movimientos eclesiales, (18-5-2013).

la soberbia, el orgullo. Todas estas cosas te roban la esperanza. ¿Dónde encuentro la esperanza? En Jesús pobre, Jesús que se hizo pobre por nosotros.... No os la dejéis robar por el bienestar, por el espíritu de bienestar que, al final, te lleva a ser nada en la vida. El joven debe apostar por altos ideales: éste es el consejo. Pero la esperanza, ¿dónde la encuentro? En la carne de Jesús sufriente y en la verdadera pobreza»⁶⁰⁰.

El sendero de la pobreza es mostrado ahora desde una renovada fuerza como sendero privilegiado para recuperar nuestra relación con el Señor y con los hermanos. Dios se encarna en los necesitados y desde esas realidades quieres que contemplemos sus rostros, que aprendamos a reconocerle. Ayudarnos a redescubrir el aporte de la pobreza como valor cristiano y posibilidad adecuada positiva, para recrear nuestra dependencia y fidelidad a Dios, es el sendero por el que debemos recrear nuestro bagaje los cristianos.

Nos despierta a la diferencia entre pobreza como actitud evangélica y la miseria como lacra que hay que erradicar. La historia de la Iglesia está escrita desde esta dinámica en la que numerosas personas han elegido la pobreza para combatir la miseria⁶⁰¹.

Continúan las aportaciones del pontífice enumerando tres tipos de miserias: la miseria material, la miseria moral y la miseria espiritual.

La miseria material *«toca a cuantos viven en una condición que no es digna de la persona humana... Frente a esta miseria la Iglesia ofrece su servicio, su diakonia⁶⁰², para responder a las necesidades y curar estas heridas que desfiguran el rostro de la humanidad»*. La miseria moral *«consiste en convertirse en esclavos del vicio y del pecado»*. Esta *«forma de miseria, que también es causa de ruina económica, siempre va unida a la miseria espiritual, que nos golpea cuando nos alejamos de Dios y rechazamos su amor»*. Prioriza dentro de las miserias con severa contundencia: *«hay una única*

600 FRANCISCO I, Discurso del Papa Francisco a los estudiantes de las escuelas dirigidas por los jesuitas, (7-6-2013).

601 Reflexiones sobre el sentido de la pobreza en el Papa Francisco: <https://www.almudi.org/.../8724-Reflexiones-sobre-el-sentido-de-la-pobreza-en-el-Pap...> Consultado 10-10-2016.

602 Es una organización no gubernamental internacional que con valores cristianos coopera con actores locales para cambiar y mejorar la vida de las personas más vulnerables.

verdadera miseria: no vivir como hijos de Dios y hermanos de Cristo»⁶⁰³. «El Evangelio», escribe el Papa, «es el verdadero antídoto contra la miseria espiritual».

Desde estas palabras aplicamos el concepto de pobreza y como se debe situar la Iglesia y los cristianos ante esta realidad. Resolver los problemas del bienestar físico y material no es eliminar la pobreza de nuestras estructuras sociales, porque quizá sea la pobreza más fácil de erradicar, la lucha tiene que agudizarse en la eliminación de la miseria moral y espiritual, que permitirá que los ciudadanos tengan vidas plenas, en paz y felices, caminando hacia una fraternidad verdadera, ante los ojos del Creador para los creyentes y conforme a los derechos humanos o normas éticas y legales para los que no quieran acoger ninguna religión.

También en la Exhortación Apostólica *Evangelii Gaudium* afirma con fuerza «que la peor discriminación que sufren los pobres es la falta de atención espiritual. La inmensa mayoría de los pobres tiene una especial apertura a la fe; necesitan a Dios y no podemos dejar de ofrecerles su amistad, su bendición, su Palabra, la celebración de los Sacramentos y la propuesta de un camino de crecimiento y de maduración en la fe. La opción preferencial por los pobres debe traducirse principalmente en una atención religiosa privilegiada y prioritaria»⁶⁰⁴.

Con este mensaje sigue reforzando la importancia de combatir la miseria espiritual que asedia a la humanidad, y la responsabilidad de los cristianos de ser testimonio de esperanza y portadores de la salud y la sanación que emana del evangelio de Jesús. El ser humano tiene «sed de Amor, verdad y justicia»⁶⁰⁵ si no conseguimos que conozca la experiencia de Jesús nos quedará mucho por hacer, sin evangelizar a “mangerazos”, sino con nuestro testimonio y vida compartida con el que necesita conocer la esperanza y el manantial de agua viva que no es otro que Jesús.

Saber mirar la pobreza con las gafas que nos ofrece el pontífice, nos permitirá tomar conciencia de que tenemos la necesidad de salvarnos nosotros en primer lugar y ser portadores de esta salvación, del evangelio, en las periferias existenciales, a los

603 FRANCISCO I, «Se hizo pobre para enriquecernos con su pobreza», (26-12-2013).

604 FRANCISCO I, *Evangelii Gaudium*, 200.

605 FRANCISCO I, Mensaje del Santo Padre al Meeting de Rimini, (18-8-2013).

últimos de los estructuras sociales, y a los más pobres y miserables.⁶⁰⁶ Acoger al hombre en totalidad con todas sus necesidades sean de la índole que sean, materiales, sociales o espirituales, es la llamada continua que nos hace el Espíritu, reconociendo que seremos juzgados por la asistencia que le demos a Jesús encarnado en el pobre.⁶⁰⁷

Luz R. Casanova, fundamenta su opción por la pobreza desde la identificación y “semejanza” con Jesucristo.⁶⁰⁸ Su concepción de la pobreza pasa por una pobreza real⁶⁰⁹ y una pobreza espiritual.⁶¹⁰ Apostar por la pobreza material, es elegir la sencillez de vida, la sobriedad y saber vivir más desde el carecer que desde el poseer, elegir una realidad que nos aproxime lo máximo a lo que viven y experimentan los pobres:⁶¹¹ *«Alegrándonos de que nos falte alguna vez hasta lo necesario para practicarla con sinceridad como los pobres, que no sólo están privados de lo superfluo, sino muchas veces de lo que les es más preciso. Llegando ese caso lejos de andar con quejas agradezcámoslo al Señor»*⁶¹².

La pobreza espiritual para la fundadora de esta Congregación, pasa por la confianza

606 Reflexiones sobre el sentido de la pobreza en el Papa Francisco: <https://www.almudi.org/.../8724-Reflexiones-sobre-el-sentido-de-la-pobreza-en-el-Pap...> Consultado 10-10-2016.

607 Mt 25.

608 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 109, 54; CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, 1924, I, art. CV, 53.

609 Apoyada en las Constituciones de la Compañía de Jesús, derivan de éstas que el amor del jesuita a la pobreza como una madre y su modo de vida como «cosa de pobres por venir a una igualdad y medida entre todos. Que donde los primeros de la Compañía han pasado por estas necesidades y mayores penurias corporales, los otros que vinieran para ella, deben procurar por allegar, cuanto pudieren a donde los primeros a donde los primeros llegaron, o más adelante en el Señor Nuestro», CONSTITUCIONES DE LA COMPAÑÍA DE JESÚS, 287, 81.

610 Pobreza espiritual es sustentar la existencia en la confianza en Dios y abandonarse en ella.

611 TORRES. *Espiritualidad*, 120.

612 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 109, p. 154; CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, 1924, I, art. CV, 53.

plena, depositando su seguridad sólo en Dios, conforme al ejercicio siempre de su voluntad⁶¹³. Todo esto tendrá una repercusión muy concreta en la práctica y finalidad de la Obra Apostólica y la persona sobre la que recaerá: «*Servir siempre a los pobres en todas las obras*»⁶¹⁴, la propiedad colectiva de los bienes⁶¹⁵, la responsabilidad de su uso⁶¹⁶, la sencillez y la austeridad en el modo de vida y la gratuidad del servicio: «*En esta congregación no se ha de administrar nada en pago de nuestros servicios, cualquiera que hayan sido, pues perteneciendo en absoluto a nuestro Divino Salvador, a Él únicamente se debe gratuidad. Si se recibe alguna cantidad, efecto inmueble o alguna otra cosa quede bien entendida que se da y recibe como limosna, nunca como pago a nuestros servicios*»⁶¹⁷.

Es evidente la influencia Ignaciana en esta manera de entender la pobreza, según San Ignacio, carecer de rentas y no cobrar estipendios por las asistencias nos lleva a vivir la libertad evangélica y el abandono en la Providencia de Dios, intuyendo su voluntad en la historia⁶¹⁸.

Podríamos continuar aportando contenido sobre un tema tan importante y

613 MUNÍTZ, *Explicaciones*, 64: Este sentido de la pobreza es desarrollado ampliamente en *Explicaciones* a partir de narraciones de hechos bien concretos en los orígenes de la fundación, entre los que destacan la puesta en marcha de obras sin dinero, poner agua a hervir para hacer la comida de los pobres sin tener alimentos pero con la confianza en que la providencia saldría al paso, etc..

614 COMENTARIOS A LAS CONSTITUCIONES DE DAMAS APOSTÓLICAS DEL SAGRADO CORAZÓN, p. 22.

615 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 52; CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, 1924, cap. XCX.

616 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art 109, p.54; CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, 1924, cap. CV.

617 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art 107, 53; CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, 1924, cap. CIII.

618 TORRES, *Espiritualidad*, 121.

referenciado desde los orígenes de la Iglesia y la importancia que tiene a nivel cristiano y en el plano social fuera de los ámbitos religiosos, el cometido de este estudio no pretende analizar las tantas veces puesta en cuestión riqueza de la Iglesia católica o de otras religiones. Con nuestros aportes queremos clarificar el sentido de pobreza que deseamos vivir desde el punto de vista cristiano, teniendo como ejemplo a Jesús y su evangelio. El mensaje que se ha cantado tantas veces en nuestros cultos religiosos «*o pobreza fuente de riqueza*» que en palabra de Luz R. Casanova «*trae verdadero descanso al corazón*», nos lleva a entender a los últimos y desde los últimos liberarles de la miseria en la que la estructura social los ha confinado.

Desde el punto de vista de las ciencias de la salud, saber distinguir entre pobreza y miseria, nos puede clarificar las acciones que tomar ante las debilidades en las que nos encontramos en nuestro trabajo cotidiano, liberar de la miseria material, social y espiritual, conseguirá hacer emerger una sociedad más saludable en todos los campos del ser humano, como sanadores tenemos la responsabilidad de participar de esta obligación que no sólo los cristianos tienen que acoger, guiarnos de la persona de Jesús y el sentido que trasmite de la pobreza, puede ser de gran ayuda para aumentar el éxito en las relaciones terapéuticas encaminadas al propósito de minimizar o erradicar la miseria en la medida de nuestras posibilidades.

15.3. El sentido de la alteridad

Alteridad viene del latín, alter («otro»), significando el «otro» de entre dos términos y por tanto es traducible de modo menos opaco como otredad. Considerado desde la posición del «uno» (es decir, del yo) es el principio filosófico de «alternar» o cambiar la propia perspectiva por la del «otro», considerando y teniendo en cuenta el punto de vista de quien opina.

Su uso actual se debe a Emmanuel Lévinas, el cual realizó un grupo de ensayos bajo el título *Alteridad y Trascendencia*.⁶¹⁹ Nos basaremos en las aportaciones que este gran filósofo hace sobre este término para aproximarnos a él desde el sentido que tiene para el cristianismo y la relación con el prójimo, con el otro.

El término «alteridad» se aplica al descubrimiento que el «yo» hace del «otro», lo

619 E.LÉVINAS *Alteridad y Trascendencia*. Traducción: MIGUEL LANCHO, Arena, Madrid 2014, 6-23.

que hace surgir una amplia gama de imágenes del otro, del «nosotros», así como visiones múltiples del «él». Tales imágenes, más allá de las diferencias, coinciden todas en ser representaciones más o menos inventadas de personas antes insospechadas, radicalmente diferentes, que viven en mundos distintos dentro del mismo universo.

La alteridad hay que entenderla a partir de una división entre un «yo» y un «otro», o entre un «nosotros» y un «ellos». El «otro» tiene costumbres, tradiciones y representaciones diferentes a las del «yo»: por eso forma parte de «ellos» y no de «nosotros». La alteridad conlleva ponerse en el lugar de ese «otro», alternando la perspectiva propia con la de lo demás.

Con las aportaciones filosóficas se pretende que la alteridad eleve la voluntad de entendimiento para fomentar el diálogo y conducir relaciones pacíficas.

Si acogemos y entendemos la alteridad, nos podremos posicionar desde la solidaridad, podrá respetar una persona a la otra, un pueblo a otro, y desde ese dialogar se enriquecerán las dos partes. En cambio, si no hay alteridad, la persona o el pueblo más fuerte domina al otro y terminará por imponer sus creencias. Nos ayudará a ponernos en relación, reconociendo mi lugar como otro de mí mismo nivel, igualdad plena, no lo que a veces entendemos como alteridad que más bien es narcisismo que aborda esta visión como el darle lugar a los otros, es decir «yo» soy por encima de los otros y les doy su lugar.

La alteridad es por tanto una ruptura con la mismidad, supone acabar con la existencia de «lo otro», para aceptar la existencia de diversos mundos, dando cabida a la diversidad.

Entendemos la alteridad⁶²⁰ como el principio filosófico de «alternar» o cambiar la propia perspectiva por la del «otro», considerando y teniendo en cuenta el punto de vista, la concepción del mundo, los intereses, la ideología del otro; y no dando por supuesto que la «de uno» es la única posible.

Después de definir el concepto desde su significado ontológico podemos decir que tenemos la necesidad de la alteridad para abrirnos al conocimiento del prójimo, del otro, como identidad distinta de la mía e igualmente legítima. Consideramos su ideología, los intereses y concepción que tiene el otro del mundo, reconociendo que hay una

620 LÉVINAS, *Alteridad*, 3-23.

pluralidad y que la mía no es la única posible. Podríamos decir que nos adentramos en el descubrimiento que experimentamos (el «yo») del «otro», ampliando la diversidad de imágenes que podemos encontrar del «otro» de «los otros». Cambiamos nuestra perspectiva propia por la ajena, teniendo en cuenta su punto de vista; no se trata de cambiar de opinión ni de convicciones, sino de contemplar la posibilidad de otras miradas. La alteridad que plantea la psicología social y la filosofía, implica una división entre el yo y el otro, entre el nosotros y el ellos, división en la que «el otro» o «los otros» tienen distintos intereses, distintas costumbres, distintos hábitos y tradiciones a las del «yo», por lo que es necesario ponerse en su lugar (empatía⁶²¹) para comprender y tener en cuenta su perspectiva⁶²².

La empatía⁶²³ a la que hace referencia es fundamental en el cuidado de la vida, en la relación terapéutica, y tenemos que ser conscientes de que vivimos en una sociedad donde cada vez hay menos interés por el otro, donde resulta inverosímil que alguien se olvide de sí mismo y se acerque al mundo del otro. La ausencia de solidaridad y falta total de empatía son características de nuestra sociedad actual, donde los individuos tienden a buscar satisfacer su necesidad personal antes que ser compasivos con los que más lo necesitan.

Desde la religión podemos observar como el cristianismo se revela en lo más profundo de su esencia, como la forma más perfecta de la alteridad. Respondiendo a las relaciones del hombre con Dios como el totalmente «otro». Dios tiene que revelarse al hombre para que este lo conozca; y, aun así, este lo conoce sólo como misterio, cuya esencia permanece impenetrable⁶²⁴.

621 El término (ευσυναίσθηση) cuyo significado se refiere a la unión emocional con el que sufre. Es la capacidad para percibir lo que otra persona puede sentir, poniéndose en la situación emocional del otro. O dicho de otro modo, es el sentimiento de participación emocional o afectiva de un sujeto en la realidad que afecta a otro sujeto. La empatía es considerada una habilidad que se desarrolla a lo largo de la vida en forma paulatina, y que puede mejorar y aprenderse.

622 P. LAÍN ENTRALGO, *Teoría y realidad del otro*, Alianza, Madrid, 1966, 396.

623 H. C. DOVAL, “Más allá del sentimiento de empatía: La necesidad de una conducta profesional.” *Revista argentina de cardiología*, 76 (2008), 330-334.

624 Alteridad religiosa: <https://prezi.com/d-s8sibbllaa/alteridad-religiosa/>. Consultado 09-08-2016.

El mensaje evangélico de Jesús y su misión es la mejor expresión histórica de alteridad. Amar al prójimo como a uno mismo,⁶²⁵ lo debemos entender desde este concepto: valorar al «otro» sea quien fuere como propio y hacer por él todo lo que uno hace por sí mismo; amar al enemigo; dar la vida por la justicia «del otro»; devolver bien por mal; procurar bebida, alimento, vestido, medicina, casa, educación... a todos «los otros» que lo necesiten.

¿Es posible el rescate de la alteridad y la dignidad del otro en una sociedad excluyente e individualista, favoreciendo su reconocimiento y su libertad?

Un mundo individualista y excluyente,⁶²⁶ un mundo lleno de perversiones con las personas, incluso vemos al otro como un enemigo, llegando incluso a situaciones aberrantes en las cuales no vemos nada, estamos abocados a la destrucción de todo y de todos.

La dificultad, la imposibilidad y disparidad de posibilidades de acceder a lo que en nuestras estructuras sociales hemos establecido como necesario para el desarrollo del ser humano en la salud, en lo económico-productivo, en lo afectivo, social y familiar, etc. nos obliga a una desigualdad que necesariamente pasa por la exclusión del que no tiene acceso a lo necesario, quedando la persona reducida socialmente a la invisibilidad, a la exclusión, a la pérdida parcial o total de cuanto valor tenga.

Mirando esta difícil y deshumanizada situación, buscamos la esperanza de posibilitar y alcanzar el bienestar colectivo, la deseada humanización de las sociedades, desde las diferencias culturales, religiosas e ideológicas en un horizonte alcanzable pero que tenemos que construir desde los últimos. Todos los pobres, marginados y excluidos son los rostros humanos de las patologías de una sociedad enferma y que pareciese como si no tuviera solución.

En ese deseo de alcanzar un horizonte que supere estas dificultades y que traiga la deseada humanización, nos hacíamos la pregunta con la que comenzábamos esta reflexión. Enrique Dussel nos propone la alteridad como ayuda al respecto.⁶²⁷

625 Mc 12, 28-34.

626 Ser excluido significa no ser reconocido, es no ser tenido en cuenta, es “no existir”.

627 AA.VV. “La alteridad desde la perspectiva de la transmodernidad de Enrique Dussel.” *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (2016), 1001-1015.

Desde su filosofía nos quiere demostrar que el hombre como un yo individual necesita de la alteridad, del otro, para eliminar su propio ser, y todo esto en la pluralidad que nos rodea. Podríamos dar luz a la idea que señala, que la alteridad dota al ser humano de identidad, lo hace respetado. El otro no es ya meramente “tolerado” pasiva o negativamente sino que es “solidariamente” respetado, activa y positivamente en su alteridad, en su diferencia. Se trata de la afirmación de la exterioridad del otro, de su vida, de su ser, de su racionalidad, de su diferencia, de sus derechos negados.

Toda esta reflexión ofrecida por este pensador nos llevara a mirar al otro como mi prójimo, como mi otro yo con el que me puedo realizar como persona, ya que el hombre es un ser social que necesita del otro, no como un objeto sino como un semejante a él para poder vivir plenamente.

Enrique Dussel la alteridad que propone ente filosofo llega en un momento adecuado a nuestras estructuras sociales cuando afirma que es un «cara-acara»:

« Esto, es lo más cotidiano de lo cotidiano, el estar a un libre cara-a-cara, nos introduce de lleno en el horizonte de la alteridad, es decir, en el reconocimiento del otro como otro»⁶²⁸, su principal intención es romper con las totalidades que aniquilan el ser humanos y le impiden el encuentro con el otro como igual, como persona, y desde ente encuentro se hace posible la pedagogía que posibilitará salidas viables para alcanzar la alteridad. « El análisis realizado conduce a la consideración de que la pedagogía juega un papel esencial en la bipolaridad palabra-oído, interpelación-escucha y acogimiento de la alteridad para servir al Otro⁶²⁹ como otro».⁶³⁰

« El hablar del otro, del prójimo, del semejante, esto es, del análogo, nos lleva

628 E. DUSSEL, *Introducción a la filosofía de la liberación*. 5a. ed. Bogotá: Nueva América, 1995, 87.

629 Se hace necesario aclarar que cuando estoy hablando del otro puede ser comprendido no solo como un ser individual sino también como un pueblo, una cultura, una nación, un continente; e incluso a toda la humanidad.

630 E. DUSSEL, *La pedagógica latinoamericana*. Bogotá: Nueva América. 1980, 189.

*a universalizar; produce enunciados universales, pues se refiere a la humanidad».*⁶³¹

Ahora pensamos al otro, al pobre, afirmando la dignidad de toda persona, desde la igualdad reconocida en la estructura social. Nos acercamos al otro en actitud de justicia, dispuestos a servirlo y a mostrar una empatía solidaria. Esta sería la disposición y la dinámica que debe movilizar a las ciencias de la salud que quieran conseguir el culmen de su cuidado y profesionalidad, conseguir una alteridad sanadora con los otros sufrientes, nos posibilitara las herramientas necesarias para que nuestra relación terapéutica sea de igualdad y verdadera sanación.

La apertura al otro nos acercara desde esta concepción a la dinámica de escuchar su voz, de descubrirlo como otro yo, como persona, como ser humano, como prójimo que reclama justicia y por lo tanto una dignidad. Podríamos estar hablando del mensaje de Jesús y su evangelio cuando, proclamamos esta apertura al prójimo, por ello se dice que es la religión de la alteridad, Jesús es el ejemplo perfecto de la alteridad, debemos como cristianos aprender a oír la palabra del hermano «el otro», su clamor, y, a través de ella, la palabra de Dios, el totalmente Otro, el que aún no conocemos a pesar de que desde los orígenes hemos pronunciado su nombre; porque a Dios sólo lo conocen quienes practica el «amor de justicia» al necesitado, sin llegar a conocer su imagen.⁶³²

631 M. BEUCHOT, Verdad y otredad en E. LÉVINAS como raíces de la comunicación. Lectura desde la hermenéutica analógica. *Hermenéutica analógica y del umbral*. Salamanca, San Esteban, 2003. p.139.

632 La lucha contra las imágenes de Dios es una lucha contra cualquier intento por reducir a Dios a un objeto manipulable del hombre, de hacerse un dios para su propio uso y consumo. Por lo tanto, es un Dios que se debe escuchar antes de ver. Dios se hará visible en Jesús, en el que podemos descubrir la verdadera imagen de Dios. Dios se revela a sí mismo sin ofrecer una imagen, pero buscando una relación con el hombre. Y en la plenitud de los tiempos se descubrirá que ésta imagen asume todos los rasgos de un hombre, Jesús. Ex. 3, 13-14; Rm. 10-13.

Jesús nos anima a clarificar y hacer el discernimiento de quien es el prójimo,⁶³³ con la intención de poder colocarnos cara a cara con el otro, lo sentimos, interactuamos, me relaciono...

«la proximidad hacia el otro debe ir in crescendo, desde la exposición, la vulnerabilidad, hasta la sustitución obsesiva por el prójimo, la proximidad más plena: darse para el otro es arrancar el pan de la propia boca, alimentar el hambre del otro con mi propio ayuno, aquí ese operaría un giro hacia una nueva subjetividad: el paso del yo (sujeto en general) al ser para el otro, sin mí, sujeto constituido a partir de la responsabilidad para con el prójimo, subjetividad investida por el otro y al mismo tiempo, traumatizada por Él»⁶³⁴.

La imagen y actitud del samaritano nos da un reflejo de lo que nos quiere transmitir este texto, no se queda con el yo egoísta y pasa al ser para el otro, se le estremecen las entrañas desde el rostro sufriente del prójimo, del otro. Desde el momento que el otro me mira, soy responsable de él, sin que tenga responsabilidad en la relación con él, su

633 Lc 10, 25-37 Un maestro de la Ley, que quería ponerlo a prueba, se levantó y le dijo: Maestro, ¿qué debo hacer para conseguir la vida eterna? Jesús le dijo: ¿Qué está escrito en la Escritura? ¿Qué lees en ella? El hombre contestó: Amarás al Señor tu Dios con todo tu corazón, con toda tu alma, con todas tus fuerzas y con toda tu mente; y amarás a tu prójimo como a ti mismo. Jesús le dijo: ¡Excelente respuesta! Haz eso y vivirás. El otro, que quería justificar su pregunta, replicó: ¿Y quién es mi prójimo? Jesús empezó a decir: Bajaba un hombre por el camino de Jerusalén a Jericó y cayó en manos de unos bandidos, que lo despojaron hasta de sus ropas, lo golpearon y se marcharon dejándolo medio muerto. Por casualidad bajaba por ese camino un sacerdote; lo vio, dio un rodeo y siguió. Lo mismo hizo un levita que llegó a ese lugar: lo vio, dio un rodeo y pasó de largo. Un samaritano también pasó por aquel camino y lo vio, pero éste se compadeció de él. Se acercó, curó sus heridas con aceite y vino y se las vendó; después lo montó sobre el animal que traía, lo condujo a una posada y se encargó de cuidarlo. Al día siguiente sacó dos monedas y se las dio al posadero diciéndole: Cuidalo, y si gastas más, yo te lo pagaré a mi vuelta. Jesús entonces le preguntó: «Según tu parecer, ¿cuál de éstos tres se hizo el prójimo del hombre que cayó en manos de los salteadores? El maestro de la Ley contestó: El que se mostró compasivo con él. Y Jesús le dijo: Vete y haz tú lo mismo.

634 E. LÉVINAS, *De otro modo de ser, o más allá de la esencia*. Salamanca: Sígueme, 1987, 111.

responsabilidad me afecta,⁶³⁵ caminando más allá del acto.

Desde la parábola del samaritano, Jesús define de manera impactante, impetuosa y concreta, cuál debe ser la actitud nuestra, es decir, del hombre mismo con sus semejantes⁶³⁶. La presencia del otro nos tienes que importar, debe irrumpir en nuestra propia existencia y hacer sentir el dolor del otro, del prójimo sufriente, debilitado, necesitado. El prójimo se constituye en tal por el reconocimiento del otro como otro.

«Amarás al prójimo como a ti mismo»⁶³⁷ nos lleva a la elección del otro como igual y desde esa igualdad, amarle con la misma intensidad y con la misma constancia con que se quiere uno a sí mismo.

«La responsabilidad para con el prójimo es precisamente aquello que va más allá de lo legal y obliga más allá del contrato, proviene de más acá de mi libertad, de un no-presente, de un inmemorial»⁶³⁸. Estamos ante un prójimo que despierta en mí mismo, mis capacidades de servir y ser para los demás, buscando lo positivo del otro para conseguir que aflore lo mejor de sí mismo, experimentando el amor, la gratitud y la donación. Nos situamos así ante la auténtica alteridad⁶³⁹.

Para entender a la persona humana hay que situarla dentro del marco de la alteridad, desde el encuentro libre con el otro, ascendiendo a la realización como persona, llegando a la plenitud de la humanidad. Esta dimensión de lo humano que no agotándose en la finitud de nuestra experiencia, deja cabida al sujeto absoluto, comprendido en sí mismo como libertad en el amor, como aquel que es libertad, como aquel que da el ser en

635 E. LÉVINAS, *Humanismo del otro hombre*. México: Siglo XXI, 1974, 78.

636 DUSSEL, *Introducción*, 87-93.

637 Mt. 22, 39.

638 E. LÉVINAS, *De Dios que viene a la idea*. Traductores G. GONZÁLEZ, R. ARNAIZ Y J. AYUSO DÍEZ Madrid: Campos, 1995., 117.

639 DUSSEL, *Introducción*, 87-93.

libertad.⁶⁴⁰ Todo esto queda aportado en el nuevo comienzo en Jesucristo⁶⁴¹.

Lo humano, por gracia, se convierte así en el lugar de encuentro con Dios, posibilitando la experiencia del absoluto en la misma contingencia. Dios se revela en Jesucristo en nuestra propia realidad, elevando nuestra experiencia de la apertura a lo distinto, salvando y elevando nuestra experiencia de lo personal.⁶⁴²

El sentido de la alteridad es Jesús y desde Él está llamado a la plenitud, poder reconocer al otro como igual y desde esa igualdad comprender que soy responsable de su yo porque él es parte del mío, nos llevara a conseguir instaurar la humanización en todos los rincones de la estructura social allí donde el ser humano se acoja a su identidad humana y no se deje sucumbir a la alienación de todo su potencial. La filosofía y sus pensadores son fundamentales para comprender este concepto que nos puede parecer moderno y abstracto, pero que desde el inicio del cristianismo estaba en la base del ser y estar con el prójimo.

La similitud con la empatía en enfermería o en las disciplinas del cuidar, nos puede ayudar en este ámbito a desentrañar la importancia que tiene cuando nos queremos disponer en una actitud de igualdad con el otro, desde el plano terapéutico y con el objetivo de la sanación. Descubriremos la superioridad que aporta respecto a toda la

640 Destacamos aquí, que Walter Kasper entiende el ser absoluto como sujeto. Su punto de partida teológico es distinto al de la escolástica, que parte de la concepción del Dios en sí. El punto de partida de este autor es la comprensión de Dios como sujeto libre en el amor, o más bien como el que es libertad en el amor. De este modo y a partir de la comprensión del ser absoluto como sujeto, es posible hablar de un Dios vivo entendido como un ser dinámico, que en su dinamicidad se manifiesta al hombre y le regala el ser. Kasper afirma que Dios, en cuanto libertad absoluta en el amor, al momento de manifestarse y relacionarse en libertad, necesita de una respuesta también libre por parte del hombre. El acto revelatorio en sí mismo es un acto de libertad, por este acto divino se establecen relaciones de libertad en el amor entre Dios y los hombres. El axioma teológico de la escolástica «la Gracia supone la naturaleza» es leído por Kasper en coordenadas de libertad. La naturaleza que supone la Gracia divina es la naturaleza libre del hombre.

641 La encarnación del Verbo en Jesús de Nazareth, es un dato revelado. Expresión de una iniciativa divina que no depende del hombre, sino muy por el contrario del puro don, pura gracia.

642 J. PEREZ NUÑEZ, “La libertad cristiana en la relación cristológica-antropológica según la teología de Walter Kasper”. *Valparaiso*, 26 (2012), 147-163.

terminología manejada en estas disciplinas, cuando queremos acoger al otro desde mi yo, ampliaremos nuestras posibilidades permitiéndole desde ese cara a cara, que él mismo sea el que desarrolle toda su potencialidad desde esta relación profesional.

15.4. El sentido del servicio

« El hijo del hombre no vino para ser servido, sino para servir, y para dar su vida en rescate por muchos»⁶⁴³.

No podemos empezar de otra manera a encontrar el sentido que el servicio tiene para Jesús de Nazaret, es una de la frases más celebres y conocidas por los cristianos e incluso por los que no confiesan esta religión. Llena de contenido evangélico, teológico, moral y espiritual, se puede dejar ver que Jesús viene al mundo con la misión de redefinir muchos de los conceptos que hasta el momento se había utilizado sólo desde una perspectiva, ampliara el significado y la manera de ver, sentir, oír, hacer, en definitiva la manera de «ser y estar» en relación con los demás, en su caso con los últimos, siempre próximo al prójimo sufriente y debilitado, al que la sociedad se empeña en minimizar y hacer invisible.

Con origen latino «*servitium*», la palabra servicio define a la actividad y consecuencia de servir.⁶⁴⁴ Podemos referirnos a este término como un conjunto de actividades que buscan satisfacer las necesidades de otro. Desde aquí se puede aplicar a Jesús, pues siempre es parte de su evangelio atender las necesidades del prójimo, abarcando a la totalidad de la persona, sin escatimar esfuerzos y dispuesto a dar la vida en ello.

La referencia evangélica con la que comenzábamos esta parte, nos describe con bastante acierto como mencionábamos anteriormente la imagen y la disposición que Jesús hace de su vida en favor de los demás.⁶⁴⁵ Lo fundamental de su caminar fue precisamente el servicio que prestó a la humanidad, desde la gratuidad absoluta, obteniendo de esta labor con el prójimo una muerte en cruz⁶⁴⁶.

643 Mt 20, 28; Mc 10, 45.

644 Un verbo que se emplea para dar nombre a la condición de alguien que está a disposición de otro para hacer lo que éste exige u ordena.

645 Mt 20, 28; Mc 10, 45; « El hijo del hombre no vino para ser servido, sino para servir, y para dar su vida en rescate por muchos».

646 Jn 19, 1-30 «Todo está cumplido». hace referencia a la Pasión de Cristo.

Los cristianos tenemos la responsabilidad y la obligación de ser testimonio del evangelio de Jesús en la sociedad actual, haciendo una sana interpretación de los signos de los tiempos, para ser fieles a su mensaje. « *En la escucha del Espíritu, que nos ayuda a reconocer comunitariamente los signos de los tiempos [...] La evangelización obedece al mandato misionero de Jesús [...] si pretendemos poner todo en clave misionera, esto también vale para el modo de comunicar el mensaje. En el mundo de hoy, con la velocidad de las comunicaciones y la selección interesada de contenidos que realizan los medios, el mensaje que anunciamos corre más que nunca el riesgo de aparecer mutilado y reducido a algunos de sus aspectos secundarios. De ahí que algunas cuestiones que forman parte de la enseñanza moral de la Iglesia queden fuera del contexto que les da sentido. El problema mayor se produce cuando el mensaje que anunciamos aparece entonces identificado con esos aspectos secundarios que, sin dejar de ser importantes, por sí solos no manifiestan el corazón del mensaje de Jesucristo. Entonces conviene ser realistas y no dar por supuesto que nuestros interlocutores conocen el trasfondo completo de lo que decimos o que pueden conectar nuestro discurso con el núcleo esencial del Evangelio que le otorga sentido, hermosura y atractivo*». ⁶⁴⁷

Jesús comunica a sus compañeros el propósito por el cual se había hecho carne entre los hombres, «*Porque el Hijo del Hombre no vino para ser servido, sino para servir...*». ⁶⁴⁸. Nos declara su propio ministerio, para que fieles a sus enseñanzas sigamos siendo portadores de la Buena Noticia desde esa actitud servicial con el prójimo. Servir a Dios y a nuestro prójimo, de la misma manera que nos mostró el Hijo, debería ser la máxima aspiración de todos los que se hacen llamar cristianos y viven conforme a su evangelio ⁶⁴⁹.

El centro neurálgico para los cristianos debería ser la entrega total que hace Jesús

647 FRANCISCO I. Exhort. ap. Evangelii Gaudium Roma, junto a San Pedro, en la clausura del Año de la fe, el 24 de noviembre, *Solemnidad de Jesucristo, Rey del Universo*, del año 2013. nn 14, 19, 34.

648 Mt 20, 28; Mc 10, 45.

649 Rm 12, 11, «Nunca dejen de ser diligentes; antes bien, sirvan al Señor con el fervor que da el Espíritu»; 2Tm 3, 16-17 «Toda la Escritura es inspirada por Dios y útil para enseñar, para reprender, para corregir y para instruir en la justicia, a fin de que el siervo de Dios esté enteramente capacitado para toda buena obra»; Gl 5, 13 «Les hablo así, hermanos, porque ustedes han sido llamados a ser

con su vida, hasta llegar a una muerte en cruz para librarnos de nuestros pecados. En esta vida de entrega estuvo siempre unida a su servicio al prójimo⁶⁵⁰. Anteponer al prójimo siempre, es su norma, descuidando incluso las necesidades más básicas como puede ser alimentarse.

Jesús viene a poner en cuestión lo que se había establecido como normal, y para Él tiene más prioridad atender al otro que saciar su necesidad de alimentarse. La sociedad no le entiende, pero actualmente la sociedad sigue sin entender que el Reino no se construye desde la lógica del hombre, sino desde la lógica de Dios, y que esta lógica altera y pone en entredicho, muchas de las costumbres que normalizamos o hacemos norma en nuestras sociedades del bienestar u otras realidades sociales.

No quiere su testimonio hacer ver que hay que descuidar las necesidades físicas, normales de todo ser humano, más bien, quiere que demos prioridad a la necesidad del prójimo, acogiendo esta prioridad como si fuera la nuestra misma.

El alimento terrenal, haciendo alusión al que cubre nuestras necesidades físicas, es finito, se descompone en nuestro organismo una vez ha cumplido con su necesario servicio para mantener la estabilidad de la vida, pero el alimento espiritual, se eleva de categoría adquiriendo una dimensión trascendental, llegando a confortar nuestro corazón y nuestra alma, sin que su alimento tenga fin corpóreo, y trascendiendo al misterio de la muerte.

En no tener tiempo tan utilizado en nuestras realidades como una excusa para no hacer frente a tareas que en el fondo de nuestro ser no queremos o no nos apetece hacer, cambia la perspectiva en Jesús, que administro su tiempo terrenal a la perfección fructificando cada segundo de vida para servir al prójimo y cumplir así con los designios celestiales. Jesús no descuida el descanso pero enfatiza en la necesidad de aprovechar los tiempos para que podamos cumplir con nuestros servicios. En palabras de Séneca:

libres; pero no se valgan de esa libertad para dar rienda suelta a sus pasiones. Más bien sírvanse unos a otros con amor».

650 Mc 6, 30 «Él les dijo (a sus discípulos): Venid vosotros aparte a un lugar desierto, y descansad un poco. Porque eran muchos los que iban y venían, de manera que ni aun tenían tiempo para comer».

«No es que tengamos poco tiempo, sino que perdemos mucho»⁶⁵¹, este es el mensaje que persigue con el aprovechamiento del tiempo, no quiere que lo malgastemos, que lo derrochemos sin provecho.

La clave está en cuál es nuestra prioridad, servir a la voluntad de Dios o a las nuestras. Si lo administramos siguiendo las prioridades del prójimo y a semejanza de Jesús, no habrás perdida ninguno, dará el máximo fruto y se tendrá el tiempo deseado para todas las funciones.

El Reino al que nos invita Jesús también altera el orden de las cosas, el primero en el reino de Dios, es el que sirve.⁶⁵² El nuestra estructura social actual el que goza de buen poder económico y estatus social se sobreentiende que es al que sirven, sin que esta tenga que ser la lógica del Reino, la que tiene que seguir el cristiano.

Nuestra posición en el Reino de Dios, tanto presente como futura, no depende de los poderes terrenales o de los beneficios que se derivan de nuestra posición social, sin dejar duda en su mensaje, todo está en juego desde nuestro servicio y el trato o entrega al prójimo.

Este servicio al que nos llama el evangelio y la vida cristiana, no supone una vida subordinada al mandato ajeno o al inconsciente de cualquier voluntad. El espíritu de servicio no proviene en ningún caso de una humillación ingenua, sino de la libertad con que Cristo nos ha hecho libres, sabiendo que a quien realmente servimos, es a Dios.

Servir a Dios nos hace contemplativos en la acción, estableciendo la relación correcta con Dios. Nadie puede servir a Dios si de una u otra forma no ejerce el servicio con los otros, con el prójimo. Si el cristiano no tiene la disposición de servicio que nos muestra el Maestro, de nada sirve su cristianismo. La total entrega a Dios, sin consagrar o consagrandó nuestra vida, pasa por el servicio a Dios.

Luz R. Casanova, también intuía este servicio con la dualidad de servir y adorar al mismo tiempo, bebiendo del manantial de la espiritualidad ignaciana, quiere vivir

651 F. SOCAS GAVILAN, *Séneca, Sobre la brevedad de la vida*, Junta de Andalucía. Consejería de Cultura, 2010, 9.

652 Mc 9, 35 «Entonces él se sentó y llamó a los doce, y les dijo: Si alguno quiere ser el primero, será el postrero de todos, y el servidor de todos».

libremente el seguimiento a Cristo en el corazón del mundo como contemplativa en la acción⁶⁵³.

Siguiendo con el análisis del carácter que impregna el servicio para el cristiano, nos encontramos con la importancia que tiene un diálogo con Cristo desde el compromiso, si faltamos a este respecto con el prójimo, faltamos también con el Creador.

Comprendamos bien que el verdadero servicio, el bien al prójimo se encuentra por encima de las necesidades personales.⁶⁵⁴ No podríamos decir que amamos a Dios y dejar descuidado a nuestro hermano al mismo tiempo.

El carisma Apostólico también hace un especial hincapié en esta preferencia, dedicando un tratado apostólico al respecto del imprevisto: «*Aunque altere nuestra vida de piedad. Dejar a Dios, por Dios, entra de lleno en el espíritu apostólico de la Congregación, que da paso a la caridad verdadera que consiste en hacer el bien al prójimo y no entorpecer la acción que es necesaria delante de Dios... La dificultad se presentará en los imprevistos apostólicos que son muchos y no se pueden prevenir, si se previnieran no serían imprevistos*».⁶⁵⁵

Jesús estaba dispuesto y disponible para realizar su servicio en todo momento, quizá uno de los problemas actuales sea nuestra disposición, pero al mismo tiempo nuestra falta de disponibilidad, ocupamos nuestros tiempos, rellenándolos de miles de cosas algunas absurdas, y descuidamos nuestro servicio como cristianos responsables con nuestro Señor. Siempre acogiendo las situaciones inesperadas y respondiendo desde el amor y el espíritu de servicio.

No estamos haciendo apología cristiana de servir por servir, lo que se pretende adquirir es una disposición de servicio, que sepa dar respuesta a las necesidades del prójimo desde el compromiso y la responsabilidad cristiana. Un servicio sin egoísmo, expresado mediante un corazón comprometido.

653 TORRES, *Espiritualidad*, 154.

654 Mc. 1, 32-34. «Cuando llegó la noche, luego que el sol se puso... toda la ciudad se agolpó... Y sanó a muchos».

655 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 89-90.

Otra característica que resalta en este tipo de servicio es el amor de Jesús, que se aleja del egoísmo y emerge desde la abnegación personal; superando tentaciones y momentos de dificultad extrema⁶⁵⁶. Siempre pone en primer lugar que se cumpla la voluntad de Dios, frente a los intereses personales.

El sacrificio que ejemplifico Jesús con su vida, debería regir a todo cristiano de hoy, el servicio a los demás lleva implícito en mayor o menor medida un espíritu de abnegación, dejando nuestros egos siempre a un lado, y poniendo prioridad en la voluntad del Padre.

La abnegación en el servicio no se tiene que vivir como frustración, amargura o resentimiento, debemos focalizarla en el gozo y la paz interior mediada por el Espíritu que trae a nuestros corazones, descubriendo el sentido de nuestra existencia. Jesús nos comprende en lo más profundo de nuestra situación personal, porque Él comprobó el sufrimiento en su máximo grado de intensidad.⁶⁵⁷

El destino de Jesús estaba marcado, y así debía proseguir con el programa establecido por Dios desde la eternidad. El plan divino se encontraba en sus últimos estadios: la detención, entrega y muerte de Jesús, señalaría el final de su ministerio, y el principio de una nueva y gloriosa etapa para el pueblo de Dios. Un corazón abnegado es el fruto de un amor desinteresado.

La humildad es uno de los valores más importantes que tiene que transmitir un cristiano, y es responsabilidad en esta sociedad orgullosa y competitiva mostrar el bien que aporta ser humilde.

Conseguir la humildad que Jesús trasmite en su actuar no es tarea fácil, es necesario el ejercicio de abnegación del «yo» interior y orgulloso, que desde su naturaleza busca el prestigio, frente al sencillo y humilde cumplimiento de la voluntad de Dios⁶⁵⁸, que no suele ser camino de elección.

La normalidad y sencillez con que Jesús vive la humildad, nos acerca a una visión

656 Mc 14, 36 «...aparta de mí esta copa, mas no lo que yo quiero, sino lo que tú».

657 Mc. 15, 5 «Mas Jesús ni aun con eso respondió; de modo que Pilato se maravillaba».

658 Mc 11, 7 «Y trajeron el pollino a Jesús, y echaron sobre él sus mantos, y se sentó sobre él».

equivoca de la importancia y la dificultad que entraña su ejercicio cotidiano. Jesús mostró en todo momento los rasgos de su verdadera mansedumbre, a través del servicio al prójimo; que al igual que se brindó humilde y sencillo, cierto es que nunca dejó de ser eficiente.

Cuando se trata de servir, no tenemos que hacer ostentación del servicio que realizamos, para que solamente el nombre de Dios sea magnificado.

Jesús quiere ensalzar a los pobres y marginados sentándolos a la mesa junto a Él. Desde esta realidad nos abre a la necesidad de invitar a nuestra mesa, a nuestro hogar, aquellos que tienen hambre y sed de Cristo.⁶⁵⁹ *«Queremos sentarnos con ellos y ellas alrededor de la Mesa Santa⁶⁶⁰ y festejar juntos y juntas el gusto de la comunión, y los esfuerzos por hacer que corra la vida, y una vida en abundancia, para todos y todas».*⁶⁶¹

La invitación del carisma Apostólico quiere desde su fidelidad a Jesús, siguiendo una respuesta en la sociedad de hoy a las necesidades que tiene el prójimo, desde el ejemplo de servicio que nos dejó Jesús en su evangelio. No podemos ser seguidores de Él si no continuamos su misión, contagiando a la sociedad al modo que nos enseñó, realizando nuestro servicio con los predilectos del Padre.⁶⁶²

La mesa adquiere una dimensión de comunión espiritual con el prójimo marginado, sufriente, debilitado, excluido, etc. *«Estaban también a la mesa juntamente con Jesús»*⁶⁶³. Como vamos a transmitir este mensaje si realmente no abrimos las puertas de nuestros

659 Mc 2, 15 «Aconteció que estando Jesús a la mesa en casa de él (Mateo el discípulo), muchos publicanos y pecadores (gente indeseable a los ojos del pueblo) estaban también a la mesa juntamente con Jesús y sus discípulos; porque había muchos que le habían seguido».

660 Recreación de una expresión de Luz Casanova en el tratado apostólico de la eucaristía. APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIII CG, 8.

661 Jn 10, 10.

662 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XI CG, 14-16.

663 Mc 2, 15 «Aconteció que estando Jesús a la mesa en casa de él (Mateo el discípulo), muchos publicanos y pecadores (gente indeseable a los ojos del pueblo) estaban también a la mesa juntamente con Jesús y sus discípulos; porque había muchos que le habían seguido».

hogares y los sentamos literalmente a la mesa, no tenemos que ir por la calle llamando a la gente, pero siempre se dan realidades que posibilitan este encuentro fraterno en el que Cristo se puede seguir haciendo presente.

No nos olvidemos de que la estructura social aísla o no los desea, son los predilectos del Padre, miremos a nuestro alrededor y escuchemos su clamor. La humildad pasa por la contemplación en nuestra acción.

15.5. CLAVES PARA ENTENDER EL SERVICIO DESDE EL CARISMA DE LAS ACJ.

Son algunas las semejanzas que hemos ido destacando del Carisma Apostólico, pasamos ahora a detenernos en algunas de ellas, como prioritarias para ejercer un servicio semejante al mismísimo Jesús y que su fundadora dejó reflejadas en sus Tratados Apostólicos.

a) Humildad.

Por encima de todas las fuerzas que el ser humano necesita para ejercer la bondad y ser ejemplo de servicio cristiano, destaca Luz Casanova: *«la virtud más difícil es la humildad. Las demás virtudes no lo son tanto, y la prueba está que se llega a ver muchas personas pacientes, mortificadas, hasta obedientes, pero humildes en verdad, es muy difícil encontrarlas, por esto hay muy pocos santos, porque hay muy pocos humildes. ¿Por qué resulta tan difícil ejercitar esa virtud? [...] es la que menos aptitudes necesita tener. La definición verdadera de la virtud de la humildad es que interpreta la verdad, y la soberbia, la mentira, la doblez, el engaño»*⁶⁶⁴. Como ya mencionábamos anteriormente ser humilde desde las claves que Jesús lo quiere ser, no es tarea fácil, pero es fundamental como cristianos luchar por conseguir aproximarnos a esa humildad, a establecer un servicio con los prójimos donde siempre prevalezca la voluntad del Padre.

Para la fundadora podíamos encontrar en tal virtud una serie de graduación⁶⁶⁵:

1. La humildad en el corazón o interior.
2. La humildad en las potencias del alma.
3. La humildad en la parte exterior.

664 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 111.

665 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 111.

4. La humildad en la Obra Apostólica.

5. La humildad ejercitándola cuando somos humillados.

1. Humildad en el corazón.

«La humildad radica en el corazón, si éste no es humilde, pronto dejará de serlo también el exterior, porque el disimulo o doblez se descubre siempre, antes o después»⁶⁶⁶.

No podemos dudar que la energía o fuerza que nos conducirá a ejercitar la humildad tiene que experimentarse en nuestro interior desde nuestro corazón, realizando un profundo esfuerzo por acogerla como don y como opción, realizando un profundo aprendizaje, conscientes de que es un proceso que requiere la atención durante toda la vida, no se trata de aprender a leer y saber leer para siempre. La debilidad humana nos arrastrara continuamente a oponernos a esta humildad, pero nuestro esfuerzo conseguirá guiar nuestros pasos por el caminos de la voluntad del Amor.

Una de las frases más integradas para la familia apostólica es: *«que por mí no quede»* aquí se hace fundamental, incluso humillarte y no buscar razones para no hacerlo, es siempre el camino de elección, si en el horizonte está el cumplimiento de la voluntad del Padre.

2. Humildad del alma.

Desde la gratuidad de Dios se nos hace posible el entendimiento con su voluntad, cuando le escuchamos y lo tenemos en cuenta en el servicio a realizar. Quedando en paz nuestro interior y nuestra memoria llena de agradable recuerdo y gratitud.

«La voluntad es la que decide la obra, y la que hace que sea con mérito o con falta. Todo lo que vamos a emplear para ejercitar es de Dios, potencias sentidos, vida, circunstancias, etc. cuando nos apropiamos de esas cosas suyas sin darle parte y prescindiendo de Él, es lo que constituye la soberbia, el desorden, la injusticia»⁶⁶⁷.

Atribuirnos los méritos sin contar con la superioridad y la posibilidad que brinda la trascendencia, la sociedad, el entorno, la creación, etc., convirtiendo nuestro caminar en un prototipo de mi fortaleza sin tener en cuenta las influencias y posibilidades que te permiten en este momento la vida, constituye una violencia con el otro, que no tiene

666 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 113.

667 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 115-116.

derecho a nada porque mi soberbia le ha arrebatado todas las posibilidades. Es importante ejercitarnos humildemente en el dialogo con nuestra conciencia, con nuestro alma, para permitir que la humildad haga posible la vida desde mi ser, para toda la creación.

3. Humildad exterior.

«El oído, las obras hechas con el tacto, el gusto, el olfato, ¡Cuánto puedes merecer con estos sentidos! Con qué facilidad podríamos en verdad hacernos felices, [...] la humildad no es quitar el uso y el beneficio de los sentidos, sino devolver el bien que pueden hacer...»⁶⁶⁸ si empleamos las posibilidades en contribuir al máximo bien de la sociedad, la humildad será la norma que regirá nuestras conductas, haremos posible la fraternidad, nada podemos descuidar en esta tarea, y desde esta humildad exterior, muchos quedaran admirados con la grandeza que se alcanza y sentirán inquietud por conocer.

4. Humildad en la Obra Apostólica.

«Lleva al Señor contigo y déjale hacer a Él y tu haz lo que Él mande. Que por tu parte no reciba ningún daño la Obra, por dejarte llevar de algún acto interior o exterior en contra de la humildad». ⁶⁶⁹Si tenemos siempre en cuenta al prójimo sufriente debilitado, excluido, marginado, no visibilizado, etc. cuando realizamos nuestro servicio a la sociedad, esta Obra o cualquiera que sea nuestra realidad, estará sometida a la humildad y se desprenderá el mayor bien posible que de ella se pueda esperar, porque no ha primado mi voluntad sino la voluntad del Creador.

5. Humildad sufrida por parte de los demás.

Siempre se tiene que tener en cuenta en la vida Apostólica que los demás ejercerán con su actos diferentes situaciones que no sean las más facilitadoras de ejercer la humildad, pero ahí radica el mérito de esta vocación a la que hemos sido llamados, saber apostar por la humildad cuando el otro nos motiva todo lo contrario.

Posicionarnos desde esta humildad en la relación terapéutica desde las ciencias de la salud nos abrirá al encuentro más insospechado desde la dignidad del paciente, dejándolo desnudo de toda posibilidad de conseguir que altere nuestra humildad, nuestro porte exterior, nuestra profesionalidad, y terminaríamos conduciéndolo a una situación pacífica donde primaria el sentido común y el buen hacer terapéutico.

668 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 117.

669 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 117.

Para la familia Apostólica «*la persona que nos hace sufrir o ejercitar la humildad no tiene por nombre éste o aquel, sino: Dios*»,⁶⁷⁰ llegar a esta máxima no es cosa fácil y requiere de una formación y cuidado continuo de esta actitud, al igual que para el resto de disciplinas o campos donde queramos aplicar dicha humildad. Su aplicación gira o da la vuelta a la respuesta esperada cuando la persona te hace sufrir, pues si espera un gesto de defensa o agresivo, se encontrará con la acogida desde la paz, la humildad, la serenidad, el consuelo... se encontrará con la respuesta deseada por el mismo Jesús y desde aquí será posible forzar el Reino.

b) Piedad.

Nos referimos al sentimiento que experimentamos de compasión o misericordia al estar próximos al que sufre o padece.

Luz Casanova lo centra en «*el trato directo con Dios, desde su unión radical en el corazón*»,⁶⁷¹ tratar a los sufrientes y excluidos es tratar con Dios, es hacernos cargo de sus predilectos, de su encarnación, el cristiano no puede descuidar esta tarea.

«*En la vida Apostólica o se actúa con Dios, o hay peligro de ir apartándose cada vez más de Dios y entonces, se concluyó la vida apostólica*»⁶⁷². No podemos descuidar el manantial que nos da sustento y nos permite gozar en la acción, si retiramos del centro a la persona en la que se encarna el mismo Dios, perdemos el sentido de nuestro ser y estar, es Él el que articula y hace posible nuestra relación con el otro, es donde lo encontramos y nos encontramos nosotros mismos, es donde tocamos el misterio y formamos parte de que se siga posibilitando, los cristianos y esta vocación necesitan continuamente beber de este manantial para calmar su sed y ser agua fresca para la estructura social.

c) Bondad.

«*La bondad es el arma para hacer esta Obra Apostólica:*

- *Bondad en la dulzura y amabilidad como religiosa.*
- *Bondad en la dulzura atrayente como apóstol.*
- *Bondad en la rectitud de ánimo siempre.*

670 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 118.

671 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 67.

672 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 68.

Toda tu vida tiene que tener delante de ti este empeño y esfuerzo, si quieres ser apóstol. Para ello no tienes que separarte de la dulzura por encima que es el buenísimo Jesús, ni tampoco de la rectitud personificada que no transige con ninguna falta, que es el buenísimo Jesús también»⁶⁷³.

Nuestro deber es desde la dulzura y la bondad ser testimonio del amor, por encima de las dificultades que se nos puedan presentar, la falta de tiempo o nuestro trabajo, destaca la fundadora que no puede ser excusa para que nuestro porte sea el del buen humor.

Conseguir transmitir una agradable sonrisa en medio de la adversidad de nuestro mundo actual, donde a veces se instaura el «canibalismo» en nuestras relaciones de proximidad, supone un reto y una llamada no sólo para el cristiano. Nuestras relaciones terapéuticas dentro del ámbito sanitario, llenas de falta de tiempo, de demanda, de pocos recursos, etc. suprimen en muchas situaciones el derecho que tiene el enfermo a ser atendido: con cordialidad, amablemente, con una sonrisa de dulzura. Cuanto testimonio cristiano deberíamos seguir, mostrando en estos ámbitos de la sanación una atracción, para que nuestra dulzura sea deseada, ejerciendo adecuadamente como profesionales.

d) Confianza.

«La confianza tiene que ser distintivo de la Apostólica. Es la seguridad y esperanza firme que se tiene en algún ser, como si se tuviera en la mano lo que de Él se espera. [...] alma Apostólica, pide mucho a Dios este espíritu de confianza, para hacer todo lo necesario, lo que Dios pide de ti, pon lo que esté de tu parte y después remite al Señor, para que Él saque adelante su Obra, que lo hará sin necesidad de nadie. Tú ejercita las virtudes que te vaya pidiendo. Emplea mucha oración y comunicación con Dios... el Señor no te pide más»⁶⁷⁴.

Poco más se podría añadir a la idea de confianza que ha querido transmitir, dese el punto de vista de la relación de cuidado. Es fundamental que se establezca esta confianza, si la persona no tiene confianza en el que está intentado ayudarle para recuperar la salud, todo está perdido, no es posible continuar, el trabajo será en vano. Además de ser fundamental para que la relación terapéutica culmine con éxito, tendrá una repercusión directa durante todo el proceso, que dentro de la situación de sufrimiento, dolor, sacrificio,

673 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 107-109.

674 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 110-112.

dureza, etc. la persona puede experimentar el alivio y la paz de su interior al depositar toda su confianza y esperanza en las manos del que le intenta ayudar.

Es fundamental que esté presente en nuestro servicio como cristianos, para ser portadores de la esperanza y seguridad para el que nunca ha sido tenido en cuenta, para el prójimo sufriente y debilitado, para en que necesita una mano dispuesta a sostener su dignidad e invitarlo a salir de esa oscuridad. Actuando desde el deseo de la otra persona, desde la esperanza firme que le alberga a salir de la situación de sufrimiento.

e) Paciencia.

La paciencia la entendemos hoy como la capacidad de sufrir y tolerar desgracias y adversidades o cosas molestas u ofensivas, con fortaleza, sin quejarse ni rebelarse. O la calma y la tranquilidad para saber esperar.

Para Luz Casanova: « *La paciencia es la capacidad de sufrimiento sin inquietud, sin alterarse, conservando la dulzura, bondad, en todo lo que le duele, molesta y hace sufrir de alguna manera. Es de un valor incalculable, no se puede cotizar con nada de este mundo; porque supera con mucho, a todas las riquezas de la tierra*»⁶⁷⁵.

Desde esta vocación no se repara en la paciencia de esperar, pero se hace una definición muy actual de todo lo que se reconoce como la capacidad de resistir la adversidad y como situarse ante los demás.

Desarrollar en esta realidad de hoy, que tanto golpea desde el sufrimiento y el dolor, la paciencia, es fuente de esperanza de no perder la dulzura y la bondad, por muchas desgracias que nos afectan, sin abogar por la insensibilidad, más bien desde una llamada a la resiliencia.⁶⁷⁶ Desde el desarrollo de la paciencia en nuestras sociedades actuales nos podemos disponer a un dialogo que haga crecer la dignidad relacional, la necesidad de avanzar por los senderos de la fraternidad, ayudándonos incluso a perdonar los males acontecidos.

f) Sinceridad.

«La sinceridad es la verdad, lo que uno ve delante de Dios, aunque tal vez no se aprecien las consecuencias [...] Cuanto daño se podría cortar, si no fuera por la falta

675 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 131.

676 V. POSECK, B. CARBELO, M. VECINA, “La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático.” *Papeles del Psicólogo*, 27 (2006), 40-49.

de sinceridad [...] La obligación de tener sinceridad respecto a las Obras Apostólicas es gravísima porque se trata, nada menos que de la salvación de las almas [...] Esta sinceridad tiene que ser para beneficiar los bienes de Dios, que son los que han de pasar en primer lugar»⁶⁷⁷. La falta a la verdad que en ocasiones tiene que ser momentánea por el máximo bien, esta llamada al remedio, y no necesita que esta verdad quizá sea conocida por todo el mundo ya que puede causar perjuicio en lugar del deseado beneficio.

Establecer todas las relaciones de la estructura social en base a la sinceridad y a la verdad, es necesario y demandado por un sistema que no cree en la persona, en la política, en la sanidad, en la religión, etc. la purificación de muchas situaciones injustas y de sufrimiento están directamente relacionadas con esta falta de sinceridad y verdad, que eliminan toda credibilidad en lo que hacemos.

Partimos de la imposibilidad de la perfección inherente a la naturaleza humana, pero sí que debemos caminar hacia ella y uno de los caminos a recorrer es el de la sinceridad, para poder acercarnos en igualdad unos a otros y fomentar una relación de credibilidad y fraternidad.

El carisma Apostólico sigue mostrándonos la posibilidad de aumentar nuestra riqueza para poder establecer un servicio en relación al otro que nos permita obtener el máximo bien posible. Concretamente desde el punto de vista de las disciplinas del cuidar y sanar, nos ayudara en la dura tarea de conseguir que la relación terapéutica sea humanizada y se obtenga recuperación, rehabilitación, sanación, o muerte deseada.

15.6. El sentido del sufrimiento.

La palabra sufrimiento está formada con raíces latinas y significa «acción o resultado de padecer un dolor».⁶⁷⁸ Podríamos definirlo como « *el padecimiento, la pena o el dolor que experimenta un ser vivo. Es la sensación motivada por cualquier condición que someta a un sistema nervioso al desgaste. El sufrimiento puede ser por causas físicas o emocionales (psicológicas) y siempre es consciente, no se puede hablar de sufrimiento inconsciente según el psicoanálisis, como tampoco se puede hablar de sentimiento o*

677 POSECK, *La experiencia*, 135- 136.

678 M. GÓMEZ SANCHO, *Dolor y sufrimiento al final de la vida*. Madrid, Arán Ediciones; 2007, 27.

*sensaciones inconscientes».*⁶⁷⁹

Para trabajar sobre este tema y descubrir el sentido cristiano del sufrimiento nos centraremos en la Carta Apostólica *Salvifici Doloris* que el Papa Juan Pablo II publicó con ocasión del año santo de la Redención, el 11 de febrero de 1984, sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano.

Es difícil de llegar a abarcar con un concepto todo lo que se puede expresar de este término, pues afecta al sentimiento, al corazón del ser humano, experimentándolo de manera personal e íntima.⁶⁸⁰ Parece que al hablar de este tema nuestra mente nos lleva a un rincón donde lo hemos experimentado personalmente para poder llegar a comprenderlo. «*Cuando se habla del sufrimiento, se trata generalmente del sufrimiento de los demás: cuando es uno mismo quien sufre, no se tienen las fuerzas para hablar de ello*».⁶⁸¹ Desde nuestro conocimiento podemos decir que ha acompañado la historia de la humanidad desde su origen, los contenidos bíblicos nos muestran su aparición con el primer pecado.⁶⁸² No podemos olvidar que el sufrimiento pertenece a la experiencia y a la naturaleza humana.

San Juan Pablo II presenta el término como «*un tema universal que acompaña al hombre a lo largo y ancho de la geografía. En cierto sentido coexiste con él en el mundo y por ello hay que volver sobre él constantemente*»⁶⁸³, porque es «*particularmente esencial a la naturaleza del hombre. Es tan profundo como el hombre, precisamente porque manifiesta a su manera la profundidad propia del hombre y de algún modo la supera. El sufrimiento parece pertenecer a la trascendencia del hombre; es uno de esos puntos en los que el hombre está en cierto sentido “destinado” a superarse a sí mismo, y*

679 J. Moscoso “Historia cultural del dolor.” *Dynamis* 33 (2013), 505-537; R. ZAMORA-MARÍN, “Algunas consideraciones sobre la enfermedad y el sentido del sufrimiento” *Therapeia* 8 (2016), 121-125.

680 Mt.26:39 «Padre mío, si es posible que se aleje de mí ese trago».

681 P. SEMPÉ, *Souffrance, en Dictionnaire de spiritualité*, , Beauchesne, Paris 1990, vol. 14, 1087.

682 Gn 3, 16-19.

683 JUAN PABLO II, *Salvifici Doloris*, 2.

de manera misteriosa es llamado a hacerlo»,⁶⁸⁴ en la sociedad actual, donde el terrorismo, las guerras, las hambrunas, etc. nos conducen al drama del sufrimiento humano, tenemos necesidad de encontrar el sentido, es decir, dirección, finalidad, razón justificativa de la realidad o experiencia humana. Pero desde nuestra manera de entender el sufrimiento para el que lo padece y los que lo acompañan no tiene o no somos capaces de encontrar la justificación.

1. Liberación del sufrimiento.

Por naturaleza y de forma innata todo ser humano tiende a eliminar el sufrimiento de sus vidas y de su realidad. El hombre está llamado desde su profundidad a gozar de la vida a disfrutar de todas sus posibilidades, nadie que goce de salud plena quiere gastar la vida de otra forma. Vemos el sufrimiento como un horizonte de limitación y muerte, algo negativo, como un fracaso del sueño de vida humana que habíamos configurado en nuestro esquema mental.

Para los creyentes, al igual que Job, no es tarea fácil intuir el sentido y el origen del dolor⁶⁸⁵, enfrentándolo de lleno al dualismo contrapuesto de felicidad y sufrimiento. Desde la teología también puede inducirnos a confusión el término sufrimiento, pues el hombre es hecho a imagen y semejanza de su Creador⁶⁸⁶, con la llamada que encierra esta verdad de fe, aparentemente contrario el sufrimiento, a esta comunión con la divinidad. La comunión con Él, es la realización plena de su existencia, desde el sufrimiento esta comunión parece ser difícil, según los preceptos anteriores. Nos podríamos sentir olvidados por Dios y por el mundo.⁶⁸⁷

684 JUAN PABLO II, *Salvifici Doloris*, 2.

685 Jb 16, 11-17 «Dios me entrega a los injustos, me arroja en manos de malvados. Estaba yo tranquilo cuando él me golpeó, me agarró por la nuca para despedazarme. Me ha hecho blanco suyo: me cerca con sus tiros, traspasa mis entrañas sin piedad y derrama por tierra mi hiel. Abre en mí brecha sobre brecha, irrumpe contra mí como un guerrero. Yo he cosido un sayal sobre mi piel, he hundido mi frente en el polvo. Mi rostro ha enrojecido por el llanto, la sombra mis párpados recubre. Y eso que no hay en mis manos violencia, y mi oración es pura».

686 Gn 1, 27.

687 Salmo 22, 1-3. 7-12 «Dios mío, Dios mío, ¿por qué me has abandonado? ¡Lejos de mi salvación la voz de mis rugidos! Dios mío, de día clamo, y no respondes, también de noche, no hay silencio para mí [...]. Y yo, gusano, que no hombre, vergüenza del vulgo, asco del pueblo, todos los

La intención del hombre es librarse del sufrimiento, de igual manera que Cristo lo desea en Getsemaní. Reconocer la dignidad humana en este sufrimiento, no es la idea que el hombre se plantea, y que el cristiano tampoco atiende como la primera intención. Mantener la fortaleza y el dominio ante la situación de sufrimiento y acogerlo como parte de la vida a la que estas llamado, sin que este pueda anular tu persona y tu dignidad, invitado desde el cristianismo a tener vida en abundancia desde esta debilidad o realidad sufriente.⁶⁸⁸ «*Aunque tu más cercano prójimo, el cuerpo, fuera cortado, quemado, estuviera purulento, gangrenado, sin embargo, quien se pronuncia sobre este incidente guarda la calma, es decir, que lo juzga no ser ni un mal ni un bien, que puede sobrevenirle tanto al hombre malo como al hombre de bien*»⁶⁸⁹

2. El mundo del sufrimiento.

La intención primaria y natural del ser humano ante la posibilidad de sufrir, es liberarse de este, lo cual no consigue ni con la huida o la impasividad estoica. Lo encontramos en cualquier realidad conocida, «*El terreno del sufrimiento humano es mucho más vasto, mucho más variado y pluridimensional*»⁶⁹⁰ afectando a la persona de forma física, psíquica o moral, «*La extensión y la multiformidad del sufrimiento moral no son ciertamente menores que las del físico*»⁶⁹¹.

Las disciplinas del cuidar posibilitan desde la profesionalidad en donde se inserta la vocación o solamente por la vocación en la opción de vida escogida, la cercanía a este sufrimiento en un intento de ser ayuda para aliviar las diferentes afectaciones donde se puede hacer presente. Pero mirarlo desde el exterior no da toda la información de su abismo o profundidad, difícil de conocer en su totalidad porque se aloja en la parte más

que me ven de mí se mofan, tuercen los labios, menean la cabeza: “Se confió a Yahveh, ¡pues que él le libre, que le salve, puesto que le ama!” Sí, tú del vientre me sacaste, me diste confianza a los pechos de mi madre; a ti fui entregado cuando salí del seno, desde el vientre de mi madre eres tú mi Dios. ¡No andes lejos de mí, que la angustia está cerca, no hay para mí socorro!».

688 P. A. BARRAJÓN, “El sufrimiento cristiano. Actualidad de la «Salvifici Doloris» de Juan Pablo II,” *Eclesia XX*, 1, (2006), 43-61.

689 M. AURELIO, *Pensamientos sobre mí mismo*, ed. francesa, París, 1964, 68.

690 JUAN PABLO II, *Salvifici Doloris*, 5.

691 JUAN PABLO II, *Salvifici Doloris*, 5.

íntima de la persona donde establece un dialogo personal e intransferible con su alma y con Dios.

A priori, parece todo oscuridad desde esta reflexión del sufrimiento. Sigamos con la reflexión desde estas palabras, desde la enfermedad psicológica: «*La tristeza es mi sola compañía. No importa lo que haga, soy arrastrada como por el plomo al fondo de mi alma. ¿Dónde están mis ideales? ¿Dónde están las cosas grandes, buenas y bellas a las que aspiré? Todo ha desaparecido. Sólo queda un bostezo de aburrimiento que llena mi corazón. Vivo como lanzada hacia el vacío. Y hay momentos en los que me falta incluso el mismo dolor*»⁶⁹².

Esta misma oscuridad que envuelve al sufrimiento es la causa de la dificultad para descubrirlo. «*El hombre sufre, cuando experimenta cualquier mal*»⁶⁹³, y cada persona lo hace de una manera personal y diferente con dificultad de poner palabras a lo que experimenta lo que dificulta la generalidad del concepto. El hombre lo experimenta desde su parte activa (yo sufro) o pasivamente (soy objeto de un sufrimiento: *patior*). De este carácter pasivo viene la dificultad profunda del sufrimiento, es algo que no quiero soportar, pero tengo que hacerlo: *pati*. La pregunta que nos viene ahora es la de San Agustín: «*Unde malum*»⁶⁹⁴? «*¿De dónde proviene el mal y el sufrimiento? O ¿qué sentido tiene?*»⁶⁹⁵

3. La pregunta del sentido.

«*Dentro de cada sufrimiento experimentado por el hombre, y también en lo profundo del mundo del sufrimiento, aparece inevitablemente la pregunta: ¿por qué? Es una pregunta acerca de la causa, la razón; una pregunta acerca de la finalidad (para qué); en definitiva, acerca del sentido*»⁶⁹⁶. Asciende esta cuestión del sentido al plano metafísico, «*cada uno quiere “y debe” conocer la verdad sobre el propio fin*»⁶⁹⁷.

692 V.E. FRANKL, *La sofferenza di una vita senza senso*, Elle Di Ci, Torino, 1978, 110.

693 JUAN PABLO II, *Salvifici Doloris*, 27.

694 Confesiones, c. III, l. 7; c. VII, l. 5; c. VII, l. 7.

695 BARRAJÓN, *El sufrimiento*, 43-61.

696 JUAN PABLO II, *Salvifici Doloris*, 9.

697 JUAN PABLO II, *Fides et Ratio*, (14-09-1998) 26-27.

Algunos se posicionan en que no tiene sentido el sufrimiento, estamos obligados a vivirlo cuando acontece y a lo máximo domesticarlo. Desde aquí podríamos pensar que se daría la situación de ser insoportable, «*El único modo de soportar la vida, (según el neurocirujano Harvey Cushing), es siempre tener una fin por el que vivir*»⁶⁹⁸.

Todos comprendemos que cuando nos referimos al sufrimiento, tenemos que saber aceptarlo, aliviarlo, aprender a sobrellevarlo, pero para llegar a esta conclusión necesitamos un sentido. Nos debemos aproximar a su entendimiento, sin la intención de racionalizarlo, debido a su intrínseca naturaleza impenetrable en la relación del que lo padece, que nos supera⁶⁹⁹. Desde la originalidad de Dios, el ser humano no albergaba la muerte y el sufrimiento⁷⁰⁰, este razonamiento no deja cabida al sufrimiento.

El sentido tenemos que pensarlo desde la vocación esencial del hombre al amor: «*El amor es también la fuente más rica sobre el sentido del sufrimiento, que es siempre un misterio; somos conscientes de la insuficiencia e inadecuación de nuestras explicaciones*»⁷⁰¹.

4. El camino del amor.

El primer mandamiento de Dios se centra en el amor,⁷⁰² nos muestra la vocación del hombre a ese amor, desde aquí encontraremos el sentido al sufrimiento. «*En su actividad mesiánica en medio de Israel, Cristo se acercó incesantemente al mundo del sufrimiento humano. “Pasó haciendo bien” (Hch 10, 38) y este obrar suyo se dirigía, ante todo, a los enfermos y a quienes esperaban ayuda*»⁷⁰³. Nos esta revoleando este camino de amor, el

698 FRANKL, *La sofferenza*, 78.

699 BARRAJÓN, *El sufrimiento*, 43-61.

700 Sb 2, 23-24, «Dios creó al hombre para la incorruptibilidad, le hizo imagen de su misma naturaleza; mas por envidia del diablo entró la muerte en el mundo, y la experimentan los que le pertenecen».

701 JUAN PABLO II, *Salvifici Doloris*, 13.

702 Dt 6, 4-6 «Escucha, Israel: Yahveh nuestro Dios es único. Amarás a Yahveh tu Dios con todo tu corazón, con toda tu alma y con toda tu fuerza. Queden en tu corazón estas palabras que yo te dicto hoy».

703 JUAN PABLO II, *Salvifici Doloris*, 16.

amor es donación, donación de la persona, una donación gratuita e incondicional.⁷⁰⁴ Sin el amor el sufrimiento carece de sentido y significado, el amor da sentido y significado a la vida del hombre y en particular a su sufrimiento⁷⁰⁵.

Mirar la creación con los ojos del amor nos posibilita la comprensión, porque el amor ilumina la inteligencia para saber encontrar el camino cierto.⁷⁰⁶

704 BARRAJÓN, *El sufrimiento* 43-61.

705 BARRAJÓN, *El sufrimiento* 43-61.

706 B. HANS URS, VON *Sólo el amor es digno de fe, Sígueme, Salamanca*, 1998, 133.

5. La cruz de Cristo, fuente de sentido.

El camino que recorre Cristo es el del amor, acogiendo el sufrimiento como parte de su caminar.⁷⁰⁷ Nos podemos referir a su padecimiento como: «sufrimiento de sustitución», ya que es el Cordero de Dios que quita el pecado del mundo.

«Cristo da la respuesta al interrogante sobre el sufrimiento y sobre el sentido del mismo, no sólo con sus enseñanzas, es decir, con la Buena Nueva, sino ante todo con su propio sufrimiento»⁷⁰⁸, la palabra clave para entender el sufrimiento es la cruz⁷⁰⁹. En la pasión y muerte de Cristo el sufrimiento llega a cierto grado de absoluto, viviendo la experiencia desde la dimensión del amor⁷¹⁰. Llega la solución del sentido del sufrimiento, mirando como lo hace Jesús, desde el amor, ha podido sufrir en extremo porque ha amado.

Jesús en la cruz es atravesado por los sufrimientos físicos y morales,⁷¹¹ pero al mismo tiempo este sufrimiento está sostenido por el amor, quebrantado por el “bálsamo del amor”, lo que transforma la cruz y su martirio, en la mayor expresión de amor de Dios con la humanidad. Es en la cruz donde *«debemos plantearnos también el interrogante sobre el sentido del sufrimiento, y leer hasta el final la respuesta a tal interrogante»⁷¹²*.

707 Is 53, 2-5 «Creció como un retoño delante de él, como raíz de tierra árida. No tenía apariencia ni presencia; (le vimos) y no tenía aspecto que pudiésemos estimar. Despreciable y desecho de hombres, varón de dolores y sabedor de dolencias, como uno ante quien se oculta el rostro, despreciable, y no le tuvimos en cuenta. ¡Y con todo eran nuestras dolencias las que él llevaba y nuestros dolores los que soportaba! Nosotros le tuvimos por azotado, herido de Dios y humillado. Él ha sido herido por nuestras rebeldías, molido por nuestras culpas. El soportó el castigo que nos trae la paz, y con sus cardenales hemos sido curados».

708 JUAN PABLO II, *Salvifici Doloris*, 18.

709 Jn 10, 17-18, Ha aceptado el sufrimiento como donación de su vida: «Por eso me ama el Padre, porque doy mi vida, para recobrarla de nuevo. Nadie me la quita; yo la doy voluntariamente».

710 Jn 13, 1 «habiendo amado a los suyos que estaban en el mundo, los amó hasta el extremo».

711 Ga 3, 13 «Cristo nos rescató de la maldición de la ley, haciéndose él mismo maldición por nosotros, pues dice la Escritura: “Maldito todo el que está colgado de un madero».

712 JUAN PABLO II, *Salvifici Doloris*, 18.

Jesucristo ha convertido la totalidad del caos y sufrimiento de la humanidad, en opción de vida y esperanza desde su entrega plena en la cruz, el gesto de amor y entrega en la máxima que un ser humano puede ofrecer, guiar nuestra vida a esta máxima no es el camino a recorrer, porque Él lo hizo para salvar la vida humana, pero sí que da sentido para sostener el sufrimiento y encontrarle un sentido digno.

6. El sufrimiento, experiencia transformadora.

Ningún ser humano pasa por la vida sin padecer este sufrimiento a lo largo del recorrido, Cristo es consciente de esta realidad dolorosa.⁷¹³ Lo que tenemos que encontrar es la posibilidad de vida que se da también cuando sufrimos, que no debe ser un obstáculo para vivir. Jesús dedica su vida a este cometido encontrarse con el sufrimiento cara a cara, experimentarlo en extremo y vencéndolo. *«El sufrimiento es lejanía de Dios. Por eso, quien se encuentra en comunión con Dios no puede sufrir. Jesús ha afirmado esta frase del Antiguo Testamento. Precisamente por esto toma sobre sí el sufrimiento del mundo entero y, al hacerlo, triunfa de él. Carga con toda la lejanía de Dios [...]. Jesús quiere vencer al sufrimiento del mundo; para ello necesita saborearlo por completo. Así, ciertamente, el sufrimiento sigue siendo lejanía de Dios, pero en la comunión del sufrimiento de Jesucristo el sufrimiento triunfa del sufrimiento y se otorga la comunión con Dios precisamente en el dolor».*⁷¹⁴

El sufrimiento nos abre a la posibilidad de transformar la vida del hombre, podemos encontrar una nueva dimensión en nuestro ser y encaminarnos como vocación personal. Acoger este valor del sufrimiento nos permite poder superarlo cuando nos encontremos con él desde la realidad física o moral, ensancharemos nuestra vida espiritual. *«Cuando este cuerpo está gravemente enfermo, totalmente inhábil y el hombre se siente como incapaz de vivir y de obrar, tanto más se ponen en evidencia la madurez interior y la grandeza espiritual, constituyendo una lección conmovedora para los hombres sanos y normales»*⁷¹⁵.

Si unimos al sufrimiento a la parcela espiritual, al amor, podemos evitar que nos aplaste y arrase la vida con su fuerza destructora, incapacitante, debilitadora...pero esto

713 Lc 9, 23 «Si alguno quiere venir en pos de mí, niéguese a sí mismo, tome su cruz cada día, y sígame».

714 D. BONHOEFFR, *El precio de la gracia, Sígueme*, Salamanca, 1995, 55.

715 JUAN PABLO II, *Salvífici Doloris*, n. 26.

no nos debe conducir a la creencia que el Dios de la vida quiera el sufrimiento, lo acoge desde la redención: «*Porque, si alguna cosa fuera mejor y más útil para la salud de los hombres que sufrir adversidades, por cierto Cristo lo hubiera enseñado de palabra y ejemplo*»⁷¹⁶, el sufrimiento participa del carácter misterioso del creador, poder vivir el sufrimiento y la vocación al mor es una gracia que Dios nos concede desde la fe, el misterio y la espiritualidad, conduciéndonos directamente a la libertad.⁷¹⁷

El sufrimiento puede abrirnos al equilibrio perfecto de nosotros mismos, mirando al Otro (al Amor) y a los otros, para poder alejarnos de mí mismo. «*La felicidad consiste en radicarse en el amor*»⁷¹⁸, que no es más que el don de uno mismo. La transformación que afecta a la persona que sufre y da la vida por un ideal, lo expresa con la transformación de todo su ser, vivirá siendo portadora de esa libertad, de ese amor, de esa paz, de esa tranquilidad... que se ha gestado a partir de la transformación.

7. El buen samaritano.

Ampliamos nuestra visión del sufrimiento no sólo a los que lo padecen, ahora nos centramos en los que pasan próximos al sufrimiento de otros, desde el samaritano que pasa cercano al prójimo sufriente y se detiene ante este dolor, queda afectado.

Parábola del buen samaritano:⁷¹⁹ «*Un hombre cayó en medio de bandoleros quienes, después de haberle robado y apaleado, se fueron dejándolo medio muerto. El hombre padeció una injusticia y sufre injustamente. Dos personas socialmente muy respetables, el sacerdote y el levita, pasan de largo. En cambio, un samaritano, a quien la sociedad consideraba como una mala persona, se le acercó, derramó aceite y vino en sus llagas, se las vendó, lo cargó sobre su montura, lo condujo a una posada y cuidó de él*».

Anteriormente hemos hecho referencia a esta parábola popularmente conocida, pero por la importancia que tiene para la sanidad y por el ejemplo del cuidar de la vida y del prójimo, que encierra su mensaje, nos detenemos ahora más en profundidad.

716 T DE KEMPIS, *Imitación de Cristo*, Madrid 1817, libro II, cap. 12, 12-13.

717 BARRAJÓN, *El sufrimiento*, 43-61.

718 JUAN PABLO II, *Varón y Mujer, El amor humano en el plano divino*, Ediciones Cristiandad, Madrid, 2000, 130 (catequesis del 30-1-1980, «La conciencia del significado del cuerpo y la inocencia originaria»).

719 Lc. 10, 29-37.

En este momento de la historia mucha gente no se siente identificada con los símbolos religiosos o con la pertenencia a una religión, pertenecer a cualquier credo o confesión religiosa se interpreta como algo obsoleto, antiguo, una tradición heredada para eliminar el miedo a la muerte y a cuestiones de la existencia.⁷²⁰

Sin embargo en esta parábola se puede descubrir una llamada de atención a aquellos que profesa la fe en Jesús, «*Vino entre los suyos, pero los suyos no lo acogieron*». ⁷²¹Podríamos pensar que todas las figuras que intervienen en este relato bíblico se encuentran afectadas de diferentes heridas: los asaltantes representan las heridas sociales, son herederos por el entorno social en el que se han desarrollado de la violencia y la maldad, no se plantean otra forma de relación y vida porque no han tocado o no han sido afectados por otras actitudes y valores; el levita y el sacerdote representan las heridas de una religiosidad rígida que centra su atención en el rito y la norma, dejando a un segundo nivel su corazón y su humanidad, propio de las épocas que les toca vivir; el posadero nos representa probablemente la herida del desajuste socio-económico del momento, con pocos recursos y sin formación en sanidad pues su labor en regentar una posada; el samaritano nos representa la herida psico-social, pertenece a un grupo de impuros y marcados por la marginación del pueblo judío, lo que podríamos entender hoy por ciudadanos de segunda o de tercera.⁷²²

Pero para asombro nuestro y de los de su momento, es quien tiene compasión con el herido, con el necesitado, el que es capaz de transformar el sufrimiento y el dolor heredado y vivido, en un gesto de ayuda, de solidaridad con el otro. Teniéndose por referencia para todos aquellos que trabajan en el mundo de la salud.

Los protagonistas de este texto, se encuentran directamente con el desamparado, pero cada uno responde de manera diferente cuando lo ven, sus ojos y su corazón no responde de la misma manera, no se dejan interpelar de igual forma. Que se emplee el verbo ver nos sugiere que nuestra responsabilidad se inicia con la consciencia. El sacerdote y el levita *pasan de largo*, son prisioneros de sus desasosiegos, sujetos a unos valores en los que prima la ley, el rol y el culto. Sus manos no podían mancharse con los heridos, estaban reservadas a otras funciones, la ley y lo sagrado. Están adoctrinados para

720 A. PANGRAZZI *Dejarse curar por Jesús*, traducción PÉREZ ESCOBAR J. Sal Terrae, Cantabria, España, 2015, 19.

721 Jn 1,11.

722 PANGRAZZI, *Dejarse curar*, 26.

no ver ni encontrarse con Dios en los que sufren, en los que claman justicia.⁷²³

Jesús quiere romper radicalmente con esta imagen de Dios vertical, ajeno al prójimo, recalca en este texto la idea central de encontrar a Dios en el prójimo sufriente.

El samaritano tuvo compasión, lo mira al corazón y responde desde su interior, dejando su viaje en un segundo plano y priorizando en el que necesita de él. La palabra compasión quiere decir, según su etimología, «sufrir con»⁷²⁴. El samaritano se pone en el lugar del otro y actúa como a él le gustaría que lo hicieran, siempre desde la gratuidad, pero con una profunda fe en el valor y en la dignidad de la persona doliente. Dejándose tocar por el sufrimiento del otro.

La compasión permite al ser humano dar libertad a su capacidad de amar, semejante al misericordioso amor que ejerce el creador sobre el hombre. El encuentro con el sufrimiento posibilita romper las barreras físicas y culturales, nos permite sentirnos iguales desde la fragilidad, «*se acercó a él*». Es clave de este texto la cercanía, el tocar, el sentir, el dejarse interpelar. Con lo que tiene el samaritano se dispone a aliviar el sufrimiento, el aceite como bálsamo, el vino para recuperarlo y las vendas como gestos de protección. También se responsabiliza de él, «*después, montándolo en su asno, lo condijo a una posada y lo cuidó*» pagando al posadero para que continúe con su cuidado, respondiendo ante el prójimo de una manera integral, sin privarlo de ninguna necesidad.⁷²⁵

La humanidad es portadora de heridas, que su cicatrización se transforme en posibilidad y crecimiento humano es responsabilidad de toda la sociedad, con este trabajo de investigación se quiere ensalzar los valores, las actitudes, las competencias morales y la sensibilidad moral que posibilitaran esta cicatrización. Teniendo como referencia el Carisma ACJ queremos seguir estando “*atentos al murmullo*”, dese una cercanía afectiva, sensible y acogedora. Profundizar desde este Carisma en estos recursos y competencias fundamentales para aliviar el sufrimiento del enfermo, es poner a Jesús en el centro de esta relación terapéutica, y derramar la riqueza del evangelio a todo el necesitado, sin exigir nada. Reconociendo que necesitamos de los demás para llevar a término este sueño de Luz C. que no tendrá fin. Los que no son creyentes también necesitan de este dialogo y de esta riqueza que aporta el evangelio de Jesús.

Nuestro principal ejemplo de buen samaritano para los cristianos, es la persona de

723 PANGRAZZI, *Dejarse curar*, 27.

724 Lc 10, 33 «tuvo compasión».

725 PANGRAZZI, *Dejarse curar*, 28-32.

Jesús, que desde la compasión con la humanidad les ofrece la curación y liberación. La compasión es la gran virtud de quienes alivian el sufrimiento, es la virtud de los buenos samaritanos. Desde la kénosis (del griego κένωσις: «vaciamiento») es el vaciamiento de la propia voluntad para llegar a ser completamente receptivo a la voluntad de Dios, siempre tiene que primar la voluntad de la vida y del respeto al amor y su dignidad. El ser compasivos y tenaces para aliviar y curar el sufrimiento del prójimo, puede ser en sí mismo, el sentido en el que apoyaran su sufrimiento.⁷²⁶

Jesús es el espejo donde mirar la compasión, su ministerio es de plena compasión con el hombre que está sometido a la corrupción, ha sido despojado de su dignidad y ha sido eliminado moribundo sobre el camino de la vida.

Ser samaritano hoy te compromete a saber integrar y ser testimonio del evangelio, de sus valores, sus actitudes, la ética que lo forja, etc. siempre como Buena Noticia, que hace posible transformar la herida en cicatriz fecunda.⁷²⁷

*«En la medida en que los agentes sanitarios y pastorales estén lo bastante motivados para seguir formándose, sean lo bastante humildes para permitir a los enfermos ser sus maestros, lo bastante sabios para saber que <aceite> y que <vino> verter sobre las heridas del sufriente, y lo bastante abiertos para colaborar con los demás en el servicio al enfermo, se vivirá el espíritu de la parábola y se contribuirá a promover el Reino de Dios en el mundo de la salud».*⁷²⁸

Siempre resalta, la formación, la riqueza del encuentro y dialogo con lo diferente, la motivación por creer en la necesidad de seguir investigando sobre estas temáticas, la humildad para estar dispuesto a aprender y dejarte interpelar, la sabiduría de saber acompañar, la apertura para no empobrecer nuestro servicio de ayuda, etc. son fundamentales para establecer una relación terapéutica sanadora.

8. El misterio del sufrimiento.

Cunado queremos acercarnos al sentido del sufrimiento, vivir la compasión, descubrimos que no podemos comprenderlo en su totalidad. Está rodeado de gran misterio,

726 Lc 4, 18-19 «El Espíritu del Señor [está] sobre mí, porque me ha ungido para anunciar a los pobres la Buena Nueva, me ha enviado a proclamar la liberación a los cautivos y la vista a los ciegos, para dar la libertad a los oprimidos y proclamar un año de gracia del Señor».

727 Jn. 10,10.

728 PANGRAZZI, *Dejarse curar*, 39.

relacionado con el *mysterium iniquitatis* del que habla San Pablo⁷²⁹. Este misterio forma parte de lo que conocemos y desconocemos sobre el sufrimiento, de la debilidad que encuentra en su interior.⁷³⁰ Este misterio no puede paralizarnos, no podemos tener miedo, Jesús camina junto a su pueblo.⁷³¹ Con la fe y la providencia, el miedo se convierte en esperanza y en amor. No hay más caminos para recorrer el sufrimiento que el de “la confianza y el amor”.⁷³²

En este mundo que desconfía del valor y sentido del dolor y sufrimiento, San Juan Pablo II llevó su cruz con paciencia y alegría, consciente de su valor redentor⁷³³ en íntima unión con Cristo.⁷³⁴ Quiso ser ejemplo redentor para la humanidad, invito a la libertad, despojándonos del dolor y penosos sufrimientos, apoyándonos en el inagotable amor de Dios.

La aproximación que desde *salvifici doloris*, hemos podido hacer al sentido del sufrimiento que Jesús, nos ofrece, nos posiciona en primera línea a las disciplinas del cuidar, para ejercer de esperanza, fuerza, sanación y apoyo, para todo el que sufre y está sometido a la tiniebla en nuestras realidades actuales. “Sufrir con el otro” como propone el ser compasivo, nos permite experimentar lo que piensa, lo que siente, los miedos, las dificultades del prójimo sufriente en todas la dimensiones de la persona, y la necesidad de poder establecer una relación que les permita restablecer su dignidad y salud.

Desde el misterio del sufrimiento, puesto que la persona lo vive de manera personal, ya que no se puede expresar con palabras todo lo que se experimenta y se siente en estas

729 2 Tm 2, 7.

730 2 Co 12, 9.10 «mi fuerza se muestra perfecta en la flaqueza [...], cuando soy débil, entonces es cuando soy fuerte».

731 «No temáis » (Mt 28, 5.10); «Soy yo» (Lc 24, 39); « ¡Levantaos! ¡Vamos!» (Mc 14, 42).

732 STA. TERESA DEL NIÑO JESÚS, *Manuscrits Autobiographiques* (C, 37), Oeuvres complètes, Cerf-DDB, Paris, 1998, 285.

733 «Nunca me he puesto la cruz pectoral del obispo con indiferencia. Es un gesto que hago siempre con la oración. Desde hace cuarenta y cinco años, la cruz está en a mi pecho, junto a mi corazón» JUAN PABLO II, *¡Levantaos! ¡Vamos!*, Plaza & Janés, Barcelona 2004, pp. 168-169.

734 Jn 15, 5.

situaciones, podemos ser los sanitarios esa fuerza que no permite que se arrase la vida, que se aplaste a la persona y su dignidad. Tomar como ejemplo y maestro a Jesús de Nazaret para profundizar en nuestros conocimientos y llegar a ser verdaderos buenos samaritanos, permitirá a nuestras realidades y entornos laborales, aportar la humanidad demandada y necesaria en este mundo de hoy.

El carisma Apostólico está ungido con esta sensibilidad y quiere ser “buen samaritano” desde su fundamento primero: *«los que militan en esta congregación han de tener el más ardiente amor al salvador y la máxima estima del valor de un alma [...] por eso deben desear sinceramente realizar la misión que el Señor con tan singular amor les confía, que es la de ayudarle a salvar las almas, que Él ama ardientemente y por las cuales ha vertido toda su sangre»*.⁷³⁵

Saben que el sufrimiento también llegará desde *«el frío, calor, pérdida de tiempo, hambre, miedo, etc»*.⁷³⁶ pero esta es la penitencia a la que están llamadas desde esta vocación *«no mortificarse de otros modos que sobrevenga la enfermedad y el perjuicio de la Obra»*⁷³⁷.

Transformar el sufrimiento en posibilidad de vida y vivir cercanos a los que sufren es la obligación de esta Congregación y de todos los cristianos en general, además de la obligación moral que supone para las estructuras sociales desde un estado aconfesional. Poder aportar esperanza y consuelo a esta realidad por la cual ya hemos argumentado que todo ser humano atraviesa en las múltiples situaciones y realidades en las que se puede presentar, se debería alzar como obligación humana, recogida así en los derechos humanos internacionales.

Como bien hemos visto es Jesús el primero que acoge esta realidad en totalidad aportando libertad y amor para poder hacer frente, ofreciendo la merecida dignidad a todo ser humano. Esa debe ser nuestra llamada y desde aquí tenemos que luchar en nuestra realidad para ser “buenos samaritanos” y no grandes sabios insensibles al sufrimiento ajeno y el nuestro propio.

735 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 9, 11.

736 MUNÍTZ, *Explicaciones* , 25.

737 MUNÍTZ, *Explicaciones* , 25.

15.7. El sentido del amor oblativo

Comenzar situándonos ante el amor como « Sentimiento de vivo afecto e inclinación hacia una persona o cosa a la que se le desea todo lo bueno» nos lleva directamente a intuir que el sentido de Jesús y el amor no puede estar lejano a esta definición que no tiene su origen en el evangelio.

Es fundamental entender que el amor pulsa en distintas frecuencias, que aunque en algunos episodios de nuestras vidas podrían llegar a confundirse en realidad son, aunque en esencia similar, puntualmente distinta. Y para esto, un buen comienzo es familiarizarnos con los cuatro tipos de amor que definieron los griegos⁷³⁸:

- *Eros*: relacionado con la sexualidad y fertilidad, responsable directo de la atracción sexual. Un amor intenso, carnal y generalmente efímero. De su correcta canalización pueden derivarse bondades místicas y espirituales.
- *Storgé*: también conocido como amor familiar, desde su origen atribuido al amor natural, de un padre hacia sus hijos y viceversa, fraternal, comprometido y duradero. Implica compromiso.
- *Philia*: nos referimos al amor fraterno, incluyendo amistad y afecto. Solidaridad, hermandad y amor por el prójimo son algunas de las premisas fundamentales de este tipo de amor. *Philia* ha sido definida también como la intención de promover el bien común cuando se trabaja en cooperación con otros.
- *Ágape*: describe un tipo de amor incondicional y reflexivo, en el que el amante tiene en cuenta sólo el bien del ser amado. Se refiere a la frecuencia más profunda del amor. Su vehículo es la pureza, la incondicionalidad e incluso la devoción. Esta forma de amor es universal, como el amor por una deidad, por la naturaleza o por la humanidad completa. El profesar este tipo de amor suele enriquecer a la persona, hallándose la esencia misma del ser humano, necesitando ser cultivado para que aflore con la fuerza máxima a la que está llamado.

San Juan nos dice: «*El que no ama, no ha conocido a Dios; porque Dios es amor*». ⁷³⁹ Teniendo como origen estas palabras el Papa Benedicto XVI comienza

738 Las clasificaciones del amor según los griegos: <https://www.significados.com/los-4-tipos-de-amor-segun-los-griegos>. 13-2-2017.

739 1 Juan 4, 8.

su primera Carta Encíclica con las palabras del apóstol: «*Deus Caritas Est*»⁷⁴⁰ (Dios es Amor), desde esta presencia de Dios amor vivo, desde donde se nos invita a vivir al estilo de Jesús su hijo, reflejo perfecto de ese amor. Acompaña a la humanidad cada día, este amor que lo puede todo, el que conoce el amor y no ama al prójimo tampoco puede ser llamado cristiano, según Nuria Martínez Gayol: «*Contemplad los misterios del amor y podréis contemplar el seno del Padre, que sólo su hijo unigénito ha revelado. Porque la esencia de Dios es amor, y que fue por amor como se hizo manifiesto a nosotros. Es Padre en cuanto que es inefable, pero es Madre en cuanto nos ama. Porque por su amor el Padre, el Padre se hizo mujer, como se muestra por el hecho de que engendró de sí mismo a este hijo único, ya que el fruto que nace del amor es amor. Por esta razón el hijo en persona vino a la tierra, se revistió de humanidad y sufrió voluntariamente la condición humana. Quiso someterse a la condición de debilidad de aquellos a quienes amaba, porque quería ponernos a la altura de su propia grandeza. Y cuando iba a ser derramado en liberación, ofreciéndose a sí mismo, como un rescate, nos dejó un testamento: yo os doy mi amor. ¿Qué género de amor es este? ¿Cuáles son sus dimensiones? Por cada uno de nosotros se entregó una vida que valía lo que todo el universo, y en retorno nos pide que entreguemos nuestras vidas el uno por el otro*».⁷⁴¹

Ya que Dios nos ha amado primero, desde la gratuidad, estamos llamados a retornar ese amor, desde esa sobreabundancia que el Creador ha depositado en nuestros corazones. Establecer esta relación de amor sólo se hace posible desde la identificación plena en el corazón de Cristo, impregnados con su sensibilidad, sus sentimientos, desde su modo de ser y estar.⁷⁴²

El experimentar este amor como lo hace San Juan le permite conocer a Dios y ser conocido por Él. El que vive en este amor no vive en el egoísmo, vive desde la luz, este amor quiere encarnarse desde lo concreto, en actitudes, en nuestro pensamiento, en nuestra vida cotidiana. Impregna todo nuestro ser y nos aporta un talante, amando en las cosas simples, desde la reconciliación, la sinceridad, la comprensión, desde la fraternidad, en la escucha serena...⁷⁴³

740 BENEDICTO XVI, *Deus Caritas Est*, (25-12-2005) 1,6, 7.

741 N. MARTÍNEZ GAYOL, *Retorno de amor. Teología, historia y espiritualidad de la reparación*, Salamanca, Sígueme, 2008, 93.

742 TORRES, *Espiritualidad*, 176.

743 La misión más allá de las fronteras: radiomaria.org.ar/programacion/category/catequesis. 26-04-2016.

Luz R. Casanova tiene esta experiencia del amor, siente en lo más profundo de su ser que ha nacido de este amor y para este amor, y de esta experiencia surge su identidad y misión como mujer-esposa-apóstol⁷⁴⁴.

El mundo y toda la creación están clamando este servicio de amor y comunión. Todo es sagrado para quien ama y se siente amado, porque todo pertenece a Él y está habitado por Él, convocándonos desde aquí a la comunión. «*Ahora (en la Eucaristía), el amor a Dios y al prójimo están realmente unidos: el Dios encarnado nos atrae a todos hacia sí. Se entiende, pues, que el «agapé» se haya convertido también en un nombre de la Eucaristía: en ella, el «agapé» nos llega corporalmente para seguir actuando en nosotros y por nosotros*»⁷⁴⁵ Proyectando la vida desde este amor, e decir desde la libertad y con plena capacidad de elegir⁷⁴⁶, la fundadora recuerda:⁷⁴⁷

«*Preguntarse constantemente, ¿esto qué hago, que estoy preparando, que desea mi corazón es para Dios, me lleva a Dios...? [...] Cerciorarme bien si me sirve para conseguir mi fin [...] Esto es de interés capital, porque en ello va la salvación de mi alma*».⁷⁴⁸

La importancia del discernimiento y la libertad del ser humano para cumplir con la misión del Amor. Para poder cumplir su voluntad, la voluntad de la vida, Luz Casanova seguía recordándonos en los ejercicios espirituales que impartía a sus compañeras: «*para cumplir con este fin, Dios me ha dado un corazón, que es lo más importante del cuerpo*», unido y enamorado de Cristo, que concilia el cuerpo y el alma.⁷⁴⁹ Este dialogo con Cristo nos lo posibilita el discernimiento permanente, lo que nos mueve verdaderamente para servir a su voluntad. El discernimiento no es la «*ley del agrado o el gusto propio*».⁷⁵⁰ Es la dinámica que nos encamina hacia la adecuada disposición para cumplir con la voluntad del Creador, convencidos de que desde su realización «*alcanzaremos el sentido de la*

744 TORRES, *Espiritualidad*, 152.

745 BENEDICTO XVI, *Deus Caritas Est*, 14.

746 EJERCICIOS ESPIRITUALES PARA USO DE LAS DAMAS APOSTÓLICAS, 8.

747 TORRES, *Espiritualidad*, 152.

748 EJERCICIOS ESPIRITUALES PARA USO DE LAS DAMAS APOSTÓLICAS, 8.

749 EJERCICIOS ESPIRITUALES PARA USO DE LAS DAMAS APOSTÓLICAS 9.

750 EJERCICIOS ESPIRITUALES PARA USO DE LAS DAMAS APOSTÓLICAS 17.

existencia, la plenitud y felicidad».⁷⁵¹ «No quiero distraer mi corazón. Quiero ser tuya, tuya de alma, vida y todo mi ser. Por mí sola no tengo fuerzas. Ayúdame a desapegar el corazón de todo lo que no seas tú y a vivir solo para ti, Señor».⁷⁵² «Ahora el amor es ocuparse y preocuparse por el otro. Ya no se busca a sí mismo, sumirse en la embriaguez de la felicidad, sino que ansía más bien el bien del amado: se convierte en renuncia, está dispuesto al sacrificio, más aún, lo busca».⁷⁵³

Sin el amor no tiene sentido vivir, la vida quedaría sin su dignidad atrayente que nos invite continuamente a vivirla en plenitud. El amor clarifica nuestro destino, el hombre. Desde nuestra intimidad de forma plena y misteriosa, el amor hace posible colmarnos de plenitudes insospechadas.⁷⁵⁴

El amor lleva, conduce al hombre desde su energía interna a superar la pobreza y alcanzar la plenitud. Se le puede considerar una actitud característica e inseparable del espíritu, en palabras de Joaquín Xirau,⁷⁵⁵ podemos establecer cuatro notas fundamentales del amor:

- 1) «El amor supone abundancias de la vida interior.
- 2) El sentido y el valor de las personas y de las cosas aparece a la conciencia amorosa en su radiación más alta.
- 3) Hay en el amor ilusión, transfiguración, vida nueva o renovada.
- 4) La plenitud del amor supone reciprocidad y, por tanto, en algún sentido fusión».

El experimentar el amor de Jesús provoca en la persona una conmoción, transformando el corazón humano, genera en quien lo experimenta, deseos de “devolver”, porque «*todo el que ama re-ama, retorna al Amor*». La «redamatio» no es más que la respuesta al

751 EJERCICIOS ESPIRITUALES PARA USO DE LAS DAMAS APOSTÓLICAS 16.

752 EJERCICIOS ESPIRITUALES PARA USO DE LAS DAMAS APOSTÓLICAS, 21.

753 BENEDICTO XVI, *Deus Caritas Est*, 6.

754 A. BASAVE FERNÁNDEZ DEL VALLE, *La civilización del amor. Reflexiones para una sociedad en crisis*. Fondo de cultura económica (FCE) México, 2006, 38.

755 J. XIRAU, *Amor y mundo*, Fondo de cultura económica (FCE), México, 2011, 117.

amor de «*Aquel que me amó y se entregó por mí*»⁷⁵⁶. La diana de este amor, es decir, al que tiene que dirigirse ese amor, no es otro que el prójimo, en ese deseado camino hacia una fraternidad verdadera a la que está llamada la humanidad desde su creación. «*Mi prójimo es cualquiera que tenga necesidad de mí y que yo pueda apoyar. Se universaliza el concepto del prójimo, pero permaneciendo concreto*»⁷⁵⁷.

Cumplir con la voluntad de Jesús es responder a su amor ilimitado como Él nos ha amado, «*entregando nuestras vidas el uno por el otro*» ese es el sentido que encierra la «*redamatio*»⁷⁵⁸. «*Y, puesto que es Dios quien nos ha amado primero, ahora el amor ya no es sólo un «mandamiento», sino la respuesta al don del amor, con el cual viene a nuestro encuentro*»⁷⁵⁹

Desde el carisma Apostólico y las aportaciones de la encíclica antes mencionada de Benedito XVI nos vamos aproximando a la idea de amor y el sentido que tiene desde Jesús. «*No se comienza a ser cristiano por una decisión ética o una gran idea, sino por el encuentro con un acontecimiento, con una Persona, que da un nuevo horizonte a la vida y, con ello, una orientación decisiva*” Según el Pontífice podemos encontrar tres características que reflejan la madurez en nuestro recorrido del amor»⁷⁶⁰

El primer movimiento sería Dios, que ejerce su proximidad a la humanidad, como el manantial del amor, despertando nuestra capacidad de amar. Ya el título de la encíclica lo dice «*Deus Caritas Est*»⁷⁶¹ «*Dios es amor*», el Espíritu es el amor entre Dios y el Hijo. Hacer la afirmación de «*Dios es amor*», nos lleva a la idea de que el amor es Dios, es en Dios donde los amores que hay en nosotros son renovados, sólo aquél que reconocemos ha nacido de Dios y que de Él viene. Podríamos entenderlo como el amor de amistad en plenitud, desde la alianza, desde el discernimiento, desde el que nos inclina a dar la vida si es necesario.⁷⁶² Podemos alzarnos hacia la plenitud, concretando al amor como camino del ser, reconociendo la experiencia de que Él me amó primero.

756 TORRES, *Espiritualidad*, 176.

757 BENEDICTO XVI, *Deus Caritas Est*, 15.

758 Nos basamos en las claves planteadas por MARTINEZ, *Retorno de amor*, 92.

759 BENEDICTO XVI, *Deus Caritas Est*, 1.

760 BENEDICTO XVI, *Deus Caritas Est*, 1.

761 BENEDICTO XVI, *Deus Caritas Est*, 1, 6, 7.

762 Jn 15, 13 «Nadie tiene un amor mayor que éste: que uno dé su vida por sus amigos».

El segundo movimiento planteado por Benedicto XVI es la caridad, entendido como respuesta humana, el amor como ofrenda. Lo relaciona directamente como la respuesta que la humanidad expresa para responder a ese amor de Dios. «*Para la Iglesia, la caridad no es una especie de actividad de asistencia social, que también se podría dejar a otros, sino que pertenece a su naturaleza y es manifestación irrenunciable de su propia esencia*»⁷⁶³.

Ejercitarnos libremente en esta donación de amor, en la caridad, supone caminar desde la identidad de Jesús, como verdaderos apóstoles, participando todo nuestro ser de dicha acción. «*La actividad caritativa cristiana ha de ser independiente de partidos e ideologías. No es un medio para transformar el mundo de manera ideológica y no está al servicio de estrategias mundanas, sino que es la actualización aquí y ahora del amor que el hombre necesita. El programa del cristiano, el programa del buen samaritano, el programa de Jesús, es un «corazón que ve». Este corazón ve donde se necesita el amor y actúa en consecuencia*»⁷⁶⁴.

Desde ese mirar y ver, invitados a esa actualización aquí y ahora del amor que la humanidad está clamando, el carisma Apostólico quiere ser respuesta desde la caridad, desde el Amor. La caridad entendida como amor a Dios y amor al prójimo, porque no hay otro camino para ponerla en marcha.

«*Si esta caridad radica en Dios, se ve la imagen de Dios en el pobre o quien sea y se oyen aquellas palabras divinas: lo que hacéis con el más pequeño hermano vuestro a mí me lo hacéis ...*»⁷⁶⁵.

El encuentro con el prójimo sufriente, debilitado, marginado, excluido... hace posible una relación directa con Dios, porque sobre Él se está actuando en esencia, movilizado por el amor, “aplicando su bálsamo”. Movilizados de un «*espíritu de caridad amplia, que desea hacer mucho bien y está más satisfecha cuando mayor sea el trabajo y el radio de acción, sin asustarse porque nadie le va a pedir; ni ella ha de hacer más que lo que sus fuerzas alcancen*»,⁷⁶⁶ desde las posibilidades personales hacia la máxima de nuestro esfuerzo, libre, pero responsable con mi actuación, porque nadie te va a examinar, sólo Él puede pedirte cuentas y a Él tenemos que darla en ese continuo y permanente discernimiento que acompaña nuestro servicio de amor.

763 BENEDICTO XVI, *Deus Caritas Est*, 21.

764 BENEDICTO XVI, *Deus Caritas Est*, 31.

765 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 416; Mt. 25, 40.

766 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 420.

«Emplea el espíritu de caridad atractiva, vehemente, poniendo toda tu alma en la Obra que traes entre manos, no un espíritu frío, indiferente y apático que repele en lugar de atraer. [...] Si sientes amor, éste te dirá siempre lo que tienes que hacer. Fíjate que tu nombre te declara cual tiene que ser tu espíritu de amor, no eres Dama Apostólica nada más; sino Dama Apostólica del Sagrado Corazón»⁷⁶⁷.

No podemos descuidar que somos la imagen que el prójimo va a tener del mismísimo Jesús, en nuestro trato lo conocerán, debemos desbordar ese amor que nos convoca, para que sin saber crean, porque no es a nosotros a quien tienen que ensalzar, es al mismísimo Señor. Es característico de este carisma y así lo debe ser de todo cristiano, no descuidar nuestra relación cotidiana, aunque no se esté realizando obras de piedad, pues haber conocido el Amor, es una experiencia que tiene que transformar todo nuestro ser, y quedar afectados para toda la vida, no es algo que tomo y que dejo, soy y estoy siempre desde un modo concreto. Esta verdadera transformación personal es lo que va a permitir ser testimonio y portadores de la Buena Noticia, que la creación quiere y desea vivir.

El tercer movimiento que se nos propone desde *«Deus Caritas Est»* es el amor oblativo, invitados a dar una respuesta integral e integradora, con fuerza para poner todas nuestras potencias al servicio de la fraternidad y dispuestos a dar la vida si se demanda. Sería la perfección a la que estamos llamados desde esa fuerza que viene de Dios. Jesús es la invitación y el testimonio, para poder actuar conforme a la voluntad del Amor.

«El amor, en su pureza y gratitud, es el mejor testimonio del Dios en el que creemos y que nos impulsa a amar... La mejor defensa de Dios y del hombre consiste precisamente en el amor»⁷⁶⁸. En Jesús se normativiza el amor *«como yo os he amado»⁷⁶⁹*, aquí se materializa el amor cristiano, reconociendo que somos amados por Dios y desde esa donación, ser amor hasta dar la vida siempre como donación. Todos no podemos llegar a ser grandes deportistas, científicos, etc. pero todos sí que tenemos capacidad de amar y desde esa realidad natural del ser humano, se hace posible la comunión con el Creador, porque nos amó primero.

767 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 422.

768 BENEDICTO XVI, *Deus Caritas Est*, 31.

769 Jn 13, 34.

16. LA VOCACIÓN APOSTÓLICA COMO EXPERIENCIA DEL AMOR

16. LA VOCACIÓN APOSTÓLICA COMO EXPERIENCIA DEL AMOR

Esta vocación nace de la experiencia de sentirse amada desde la kénosis⁷⁷⁰ de Cristo, que da su vida por amor, por un amor total a la humanidad. Los que experimentan y han sentido este amor, quedan afectadas del «por mí», inclinadas a la dinámica recíproca del amor, a querer ser apóstoles⁷⁷¹. El origen de esta vocación está en Cristo y el deseo de participar de su intimidad y misión,⁷⁷² escuchándolo y dialogando con Él continuamente. Para participar de esta vocación se requiere la totalidad del ser, y desde el despojarnos de todo, para ser totalmente libres en el anuncio de la Buena Noticia al prójimo sufriente.⁷⁷³ Lo característico de estos apóstoles no está en la ostentación de sabiduría y bienes materiales, al contrario estará en la grandeza que aporta su «*ignorancia, debilidad y humildad*»⁷⁷⁴, pues las condiciones necesarias para participar de esta misión son la receptividad, la desapropiación y buscar la gloria de Dios, no la de los hombres, ni atribuirnos lo que pertenece a Él.⁷⁷⁵

La obediencia a Jesús debe ser incondicional para el servicio desde esta vocación sin necesidad de fijarnos en el éxito o fracaso. Luz R. Casanova concreta lo que significa ser apóstol con este carisma, «*colaboradoras de Cristo en su misión*

770 En la teología cristiana, la kénosis (del griego κένωσις; «vaciamiento») es el vaciamiento de la propia voluntad para llegar a ser completamente receptivo a la voluntad de Dios. La palabra ἐκένωσεν (ekénōsen) es usada en la Biblia en Filipenses 2,6-7, “*Quien siendo en forma de Dios, no consideró ello como algo a que aferrarse; sino que vaciándose (ekénosen) a sí mismo, tomó forma de siervo, siendo hecho en semejanza de hombre y hallado como uno de ellos...*”, usando el verbo κενόω (kenóō) “vaciar”. En la espiritualidad cristiana, se asocia con los términos «anodamiento», «vaciamiento», «despojamiento», «desapego» o «desasimiento» del alma.

771 TORRES, *Espiritualidad*, 180.

772 EJERCICIOS ESPIRITUALES PARA USO DE LAS DAMAS APOSTÓLICAS, 95; Mc 3, 13-16.

773 EJERCICIOS ESPIRITUALES PARA USO DE LAS DAMAS APOSTÓLICAS, 96; Mc 10, 17-22.

774 Mt.11, 25.

775 TORRES, *Espiritualidad*, 180.

y reproducir su vida pública en el presente⁷⁷⁶: enviada para ayudarte a Ti en la salvación de las almas [...] Llevar la misma vida que tú llevaste en la tierra los tres últimos años de tu vida y reproducir la vida de los apóstoles en el presente⁷⁷⁷.

Esta vocación de apóstol a la que hacemos referencia va unida siempre a la de “esposa”, con la finalidad de resaltar la íntima unión que se quiere establecer con Cristo. En la identidad de esta vocación destaca: la radicalidad en el seguimiento de Cristo, la necesidad de ser libres de corazón que impida «*húrtale ninguna fuerza a Dios ni al anuncio de su Reino*», la renuncia voluntaria a los propios deseos, afectos o intereses en beneficio del prójimo, la confianza plena en Cristo y el abandono en su voluntad, delimitado preferentemente: afrontando los riesgos y la conflictividad del amor, y desde la carencia y pobreza en los medios como disposición evangélica para actuar⁷⁷⁸.

«Apóstol del Amor o sea apóstol de tu Divino corazón, enviado del Señor; enviado por amor. Que el fin de este apóstol es el amor. O sea, que su misión es obrar con amor, indagar, adivinar, si fuera posible, lo que quiere ese amor que le envía. Luego si no mira, si no escucha, si no actúa bajo la mirada, pendiente de la palabra o movida por el anhelo de dar gusto al amor que le envía, este apóstol ha fracasado en su pretensión ¿sabes a lo que te comprometes apóstol del amor? Tu nombre es muy alto y si te descuidas, no cumples con tu misión: servir de pantalla a tu Dios»⁷⁷⁹

Bellas pero contundentes palabras con las que la fundadora de esta Congregación quiere definir tan sublime y enaltecida misión. Tendremos que ser radicalmente transformados desde el amor, para poder ser ese testimonio al que como cristianos estamos llamados, no podremos descuidar ni el más mínimo detalle para que la imagen del Amor no sufra daño alguno. Errar en nuestro servicio quizá no entraña pecado, lo que no es cuestionable es faltarle a Él, a sus predilectos, porque antepone mi beneficio y no el del amor.

La sociedad actual deshumanizada en su estructura y llamada a la fraternidad

776 TORRES, *Espiritualidad*, 180.

777 EJERCICIOS ESPIRITUALES PARA USO DE LAS DAMAS APOSTÓLICAS, 96-98.

778 TORRES, *Espiritualidad*, 180.

779 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 488-490.

en su esencia natural, necesita hacer esa búsqueda de valores necesarios para establecer una relación más humana, más solidaria, más justa, más armoniosa, más sana y sanadora, en definitiva más posibilitadora de vida plena.⁷⁸⁰ Que los cristianos «*busquemos el Reino de Dios y su Justicia*»⁷⁸¹ permitirá seguir forzando la utopía, como portadores y testimonio de la Buena Noticia para de la humanidad.

En palabras de Ernesto Sabato: «*Las sociedades desarrolladas se han levantado sobre el desprecio a los valores trascendentes, comunitarios y sobre aquellos que no tienen valor en dinero si no en belleza...*».⁷⁸²

Cuidar tiene en sí mismo un valor intrínseco, los cuidados son indispensables para la supervivencia, tienen un carácter universal, y están ligados a las actividades de la vida cotidiana de la enfermera.⁷⁸³ En su comportamiento la enfermera será fiel a su sistema de valores, ya que su trabajo como profesional está integrado por sus conocimientos académicos y técnicos, sus funciones y sus actitudes, respondiendo a su libertad, pero desde aquí mostrando la esencia de su persona y su nivel profesional. En la actualidad la crisis de valores de la ciudadanía y la falta de sensibilidad sobre el sufrimiento humano también cala en el colectivo de profesionales dedicados al cuidado.⁷⁸⁴ No podemos descuidar esta amenaza y el seguir trabajando e investigando en los valores esenciales y fundamentales para la sociedad nos ayudara a no apartar nuestro cuidado de lo humano, mirando siempre a la persona y no sólo a su enfermedad.

En palabras de H. Böll «*en el Nuevo Testamento hay una Teología de la Ternura que siempre es curativa: con palabras, con manos, que también puede llamarse caricia, con besos, una comida en común... No con dogmas, no con principios, y –lo*

780 J.L. CAÑAS-FERNÁNDEZ, “De la deshumanización a la rehumanización,” *Pensamiento y Cultura*, 13 (2010), 67-77.

781 Mt 6, 33.

782 SABATO, E. *La Resistencia*, Planeta Argentina, 2000, 25.

783 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

784 E. REYES GÓMEZ, *Fundamentos de Enfermería. Ciencia, metodología y tecnología* 2ª ed. El Manual Moderno, México, 2015, 63.

*que es más importante sin herir»*⁷⁸⁵ acercarnos a la persona de Jesús y su Evangelio desde esa ternura sanadora, nos acerca a la esencia curativa de la enfermería, que puede como ha quedado evidenciado en nuestra investigación enriquecernos como profesionales del cuidado.

785 J. LLIGADAS, *Adviento y Navidad, Sugerencias y materiales*, Centro de Pastoral Litúrgica Barcelona, 2ªed. 2003, 103.

**17. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA,
JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS, HIPÓTESIS
Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

17. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS/HIPÓTESIS, METODOLOGÍA Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

17.1. Planteamiento del problema y justificación

Ha quedado patente la necesidad de profundizar y estudiar los valores, actitudes y conductas que ponen en práctica diaria los profesionales de enfermería. Desde esta clave del cuidado, queda justificado el estudio y análisis que nos hemos planteado, en un intento de percibir lo que nos mueve internamente, “vocación”, cuando nos acercamos al otro en actitud de servicio. No podemos dudar que podríamos aplicar nuestro análisis a cualquier ámbito de la sociedad y del conocimiento, no obstante en la disciplina enfermera y, más concretamente en el cuidado enfermero, es donde sentimos y percibimos por lo trabajado, que adquiere un especial significado.

Cuando buscamos el origen del cuidar, lo hayamos en la fragilidad y vulnerabilidad del ser humano, los profesionales de enfermería, en su labor diaria de cuidar, son responsables y asumen decisiones que atañen directamente a los bienes más preciados del ser humano, como son la vida y la salud. Por todo ello los profesionales del cuidado precisan de un conocimiento teórico de normas y reglas, así como de habilidades, para afrontar situaciones concretas y particulares, reconocidas y respaldadas por la experiencia, adquiridas a través de la práctica.

La enfermería, precisa de una sensibilidad a lo que oímos y sentimos, «*tener el oído atento a todo y estar con atención suma a escuchar para curar con delicadeza todo murmullo que salga del dolor...*»,⁷⁸⁶ pero también de competencia en la toma de decisiones. Estamos ante valores y actitudes fundamentales en la ética de la práctica enfermera.

Profundizaremos en el conocimiento de los valores y actitudes que da fundamento al carácter y compromiso moral de esta profesión. Estudiar y reconocer la importancia que tienen estos saberes para la práctica diaria de nuestra profesión, proporcionaría beneficios a muchos pacientes, sea cual sea el entorno de cuidados.

Desde aquí contribuimos a la actual demanda por parte de la sociedad de

786 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art 58, 200.

humanizar los cuidados, al mismo tiempo que podemos acercarnos a la excelencia profesional y el desarrollo teórico del cuidado. Por todo esto, con indiferencia del punto de partida: la preocupación por la calidad asistencial, la gestión de cuidados, el desarrollo de la profesión o la docencia,⁷⁸⁷ la actual originalidad que demanda de la sociedad, etc. consideramos que este trabajo es un constructo cuya consideración es necesaria, actual y enriquecedora.

Teniendo en cuenta la importancia para la disciplina enfermera del conocimiento y las herramientas o instrumentos para poder evaluar y analizar este constructo, abordaremos el número de investigaciones referentes a esta temática en las distintas bases de datos nacionales e internacionales en el ámbito de las ciencias de la salud como: PUBMED-MEDLINE, CINAHL, y CUIDEN que lo investigan con palabras claves: *nursing values, nursing attitudes, nursing behaviors, values and fundamental attitudes in care, moral sensitivity* y *nursing o nursing care*, no siendo abundantes cuando se trata de los valores fundamentales definidos por la Asociación Americana de Cuidados de Enfermería⁷⁸⁸ y no se encuentra ninguna referencia actual de aplicación concreta de estos valores, actitudes, competencias morales, conductas profesionales y sensibilidad moral referidos al Carisma de las ACJ. Con esto se manifiesta la importancia de trabajar para aumentar los instrumentos que ayuden a evaluar este constructo.

Destacamos que en lo referente al carisma de la familia Apostólica del Corazón de Jesús, no hay material que aluda directamente a nuestro constructo, de aquí la importancia y originalidad de explorar esta fuente de riqueza para el cuidado del enfermo. Tocar directamente la fuente original, es un riesgo y a la vez una gran posibilidad, pero con lo analizado referente a este carisma, tenemos datos que nos animan a seguir adelante en esta línea de trabajo.

Con todo lo que hemos mostrado podemos justificar y dar fuerza a la continuidad de nuestro trabajo de investigación, con la pretensión de obtener un análisis objetivo de las actitudes, valores y conductas profesionales, que rigen el trabajo enfermero, al mismo tiempo que analizamos los mismos conceptos en el grupo que componen

787 CAMPILLO, *Creación y Validación*, 151.

788 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

la familia apostólica y que poseen interiorizado el carisma de la Congregación de Apostólicas del Corazón de Jesús.

17.2. Hipótesis

Proponemos que la presencia de valores, actitudes y competencias morales o conductas profesionales en las relaciones de cuidado, al mismo tiempo que las vivencias de sensibilidad moral en el cuidado enfermero abaladas como fundamentales por la Asociación Americana de Cuidados de Enfermería y el cuestionario de Sensibilidad Moral en el cuidado enfermero, están presentes en la FACJ, por lo que podemos objetivar que este carisma es facilitador de la buena actuación del profesional de enfermería y de la singularidad cotidiana cuando este cuidado del prójimo se lleva a cabo desde este horizonte axiológico.

17.3. Objetivo general

Abordar y conocer el carisma de las ACJ como fuente de identidad y referencia para el cuidado sanitario, siendo facilitador de la actualización y singularidad cotidiana en el cuidado del prójimo, como eje central del buen actuar enfermero, analizando los valores, actitudes, competencias morales, conductas profesionales y sensibilidad moral fundamentales en la práctica enfermera.

17.4. Objetivos secundarios

- Conocer y referenciar el carisma de las ACJ como fuente de identidad y referencia para el cuidado sanitario.
- Aproximarnos al modelo de seguimiento a Jesús desde el amor oblativo y relacional con el prójimo, en el contexto de las Ciencias de la Salud desde el carisma de las ACJ.
- Analizar la influencia de la religión católica en el origen del cuidar al enfermo o necesitado.
- Desentrañar la importancia de la Teología en el paradigma contemporáneo de la ética enfermera.
- Proponer a Jesucristo como ejemplo a seguir para el cuidado a los demás
- Valoración de la aportación del carisma religioso de las ACJ en la sanidad secular, determinando los valores, actitudes y competencias morales

presentesen en la FACJ, aportando actualización y originalidad cotidiana en el cuidado al prójimo.

- Determinar que se entiende por vocación enfermera para poder acudir a su constructo de valores, actitudes y competencias morales fundamentales, confirmando la necesidad y renovación de la vocación para el desempeño de las ciencias de la salud.

17.5. Metodología

17.5.1. Diseño.

Este trabajo se plantea como un estudio observacional, descriptivo y transversal, en el que las distintas variables a considerar se obtendrán del análisis de encuestas.

La Unidad de Análisis es: el estudio de los valores, actitudes, competencias morales y conductas profesionales, más el análisis de la vivencia de sensibilidad moral en el cuidado enfermero. Este análisis se realizará en un grupo de profesionales de enfermería y en otro de personas que vivencian el carisma de las ACJ.

17.5.2. Sujetos

Los sujetos estudiados son profesionales de la enfermería tanto enfermeros, como auxiliares de enfermería de la región de Murcia y por otro lado, religiosas y laicos de las FACJ. El acceso a los sujetos se ha realizado en sus puesto de trabajo en el desempeño de sus actividad profesional y los pertenecientes a la FACJ, se ha realizada por correo electrónico personalizado o de forma física.

Se ha incluido en el estudio a todos aquellos profesionales de las unidades donde hemos repartido nuestras encuestas y a todos los pertenecientes a la familia ACJ formados por religiosas y concedores del carisma del territorio de España. En todos los casos ha sido voluntaria su participación.

En el caso de los profesionales de enfermería se ha planteado el reparto de encuestas en horario laboral y en turnos diurnos de mañana, donde hay una mayor afluencia de profesionales, con el objetivo de aumentar la divulgación y la participación de dichos profesionales.

El ámbito del estudio en el caso de los profesionales de enfermería es el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA, hospital de tercer nivel de la Región de Murcia). La muestra de enfermería la componen 247 profesionales de los

que sólo 200 individuos cumplimentaron correctamente la encuesta, de los cuales 156 profesionales trabajan en unidades especiales, 128 en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y 28 en Unidades de Reanimación anestésica. En estos lugares es donde el enfermo está en unas condiciones de suplencia casi total de autocuidados, con un grado de vulnerabilidad más alto que en otros lugares de hospitalización. El resto de profesionales pertenecen a unidades de nefrología, paliativos, quirófano, medicina interna y áreas infantiles.

En la muestra de profesionales de enfermería sólo se tiene en cuenta que sean trabajadores de dichas unidades desempeñando su trabajo como enfermeros o auxiliares de enfermería, siendo el 70% enfermeros y el 30 % auxiliares de enfermería. El resto de la muestra son 150 personas que representan la FACJ, de las cuales se recogen correctamente cumplimentadas 117 encuestas y por tanto integrando en su vida el carisma de dicha Congregación. Compone este grupo un 60,68 % Laicos y un 39,32% Religiosas.

17.5.3. Instrumento: La encuesta: Procedimientos de aplicación.

La técnica de recogida de datos que se ha utilizado ha sido la encuesta. Las encuestas utilizadas para esta investigación son obtenidas de otros trabajos científicos para las que están validadas, empleando el *Cuestionario de Sensibilidad Moral en el Cuidado Enfermero CuSMCE-23 descrito como el primer instrumento construido y validado en nuestro contexto social, cultural y profesional para el fenómeno de la sensibilidad moral.*⁷⁸⁹ Tendremos como los valores, actitudes y competencias morales o conductas profesionales esenciales en la profesión de enfermería, las propuestas por la *American Association of Colleges of Nursing (AACN. 1969) Essential of collage and university education for profesional nursing. Washintington. D.C. The Asociación 1986* de referencia para múltiples estudios científicos.⁷⁹⁰

La encuesta se ha cumplimentado individualmente, en el caso de la FACJ enviadas por correo electrónico o en mano al interesado personalmente y

789 CAMPILLO *Creación y Validación*, 151.

790 MIRTHA, *Valores...*, 80-93; RAMIÓ JOFRE A, *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*, Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones, Universidad de Barcelona, 2005, 50-51; MARTÍN, *La presencia*, 47-48; POTTER, *Fundamento*, 707-737; DÍAZ, *Valores profesionales*, 289-299.; REYES, *Fundamentos*, 47- 49.

posteriormente recibidas o recogidas una vez cumplimentadas las respuestas. En el caso de los profesionales sanitarios se les ha hecho entrega en sus centros de trabajo y se han recogido una vez cumplimentadas.

Los formularios están estructurados de la misma manera para ambos grupos:
(Anexo 9)

- una primera parte con las preguntas relacionadas con los datos sociodemográficos, variables laborales y variables éticas. Se buscó conocer si los encuestados habían realizado formación en tema éticos durante su periodo universitario o de formación y posteriormente a estos momentos de formación.
- Una segunda parte con preguntas relacionadas con el cuidado enfermero/prójimo, con la dicotomía de necesito/tengo.
- Una tercera parte con preguntas de actitudes relacionadas con el cuidado sanitario/prójimo, con igual dicotomía.
- Una cuarta parte de preguntas de competencias morales relacionadas con el cuidado enfermero/prójimo con la dicotomía comentada.
- Una quinta parte con un formulario de preguntas de vivencia de la sensibilidad moral en el cuidado enfermero/prójimo.

Para la confección del formulario se ha utilizado distintos tipos de preguntas o cuestiones. Según la forma de las mismas, se han utilizado preguntas cerradas, distinguiendo entre preguntas dicotómicas, (si/no, Masculino/Femenino,...) como de grado (preguntas numéricas de rango del 1 al 5, con 5 categorías o alternativas). Según la finalidad, se han utilizado preguntas directas como indirectas. Y según el contenido se ha usado preguntas: de hechos, de opinión, valores, actitudes, competencias y sensibilidad moral. Todas estas preguntas de grado han seguido las siguientes cinco categorías:

1. Nunca
2. Raramente
3. A Veces
4. Frecuentemente
5. Siempre

17.5.4. Calendario

La recogida de datos se efectuó durante los meses de abril, mayo, junio, julio y agosto de 2017, mediante el reparto de formularios, a los profesionales de enfermería (Anexo 3) y a los pertenecientes a la FACJ (Anexo 4). En todos ellos al comienzo tiene una parte explicativa del objetivo del estudio, su finalidad y en qué consiste su participación, que siempre será de forma anónima y libre.

17.5.5. Permisos y autorizaciones para divulgación del instrumento.

La encuesta ha sido concebida pensando en los objetivos que se pretenden alcanzar con la investigación y utilizando formularios validados y con rigor científico.

Se notificó a la dirección de enfermería para contar con su aprobación y a las supervisoras de las unidades donde se ha realizado el reparto de encuestas con el objetivo y propósito del estudio. El estudio cuenta con la aprobación del comité de ética e investigación del HCUVA y de conformidad con las supervisoras de las unidades más representativas. (Anexo 1)

Se notificó a la coordinadora general de las ACJ para contar con su aprobación. (Anexo2).

17.5.6. Tratamiento de los datos y análisis estadístico.

Se considera para el tratamiento estadístico dos poblaciones: un grupo Con Carisma (como hemos especificado a lo largo de todo este trabajo, son los que forman parte de la FACJ) y otro grupo Sin Carisma (formado por el personal de enfermería ajeno a este carisma).

Los datos obtenidos de las encuestas fueron expresados como medias \pm DE (desviación estándar) si la variable era cuantitativa y como porcentaje ante variables cualitativas. Para el estudio de las variables cualitativas se consideró que el encuestado presentaba un valor alto de dicha variable cuando la respuesta era igual o mayor de 4 (puntuación máxima 5). Para la comparación de las dos poblaciones se utilizó el test estadístico t-student para variables cuantitativas y chi-cuadrado para variables cualitativas. Parte de los resultados se presentan como tablas y/o gráficos de barras. La significación estadística se considera con $p < 0,05$ (entendiendo por **p**: Coeficiente de correlación de Pearson). Los datos han sido analizados mediante el programa estadístico stata en su versión 14.

18. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

18. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

En esta parte abordaremos la exposición de los resultados y la discusión de los mismos, estructurándolos con el mismo patrón que se establece en el instrumento o encuesta con la finalidad de armonizar y darle unidad al estudio.

Antes de entrar a centrarnos en los diferentes bloques de la encuesta tendremos presente que la muestra total está formada por un total de 397 personas. Diferenciada como sabemos en dos grupos:

- 150 personas pertenecientes a la FACJ (Con Carisma), de este grupo 117 contestan completamente y recogemos la encuesta en los plazos establecidos y 33 rehúsan a participar o dejan incompleta la encuesta.

- 247 personas pertenecen al grupo de profesionales sanitarios (Sin Carisma), de los cuales 200 contestan completamente y recogemos la encuesta y 47 rehúsan a participar o dejan la encuesta incompleta.

La diferencia más característica es que los 247 profesionales sanitarios son ajenos al carisma de la ACJ (Sin Carisma), fundamental para poder aplicar nuestra hipótesis en la discusión de los resultados y en las conclusiones que se derriben de ellos.

Para la discusión estadística de los resultados hemos agrupado estos: en los intervalos Bajo (1-3) y Alto (4-5). Nos centraremos en el intervalo Alto para hacer la comparativa de los resultados, pues en el cuidado enfermero/prójimo la incidencia que interesa de los datos analizados debe darse en este intervalo para alcanzar la excelencia y unos cuidados humanos de calidad como ha quedado patente en el marco teórico de nuestro trabajo.

18.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LA FORMACIÓN ÉTICA.

a) Resultados:

En el estudio comparativo de ambas poblaciones observamos que las edades y el sexo son diferentes de forma significativa en los dos grupos, pues la Congregación es femenina y las religiosas que la forman de avanzada edad, como pasa en la actualidad en toda la vida religiosa que se encuentra en nuestro país, en el grupo de profesionales

habrá una mayor dispersión de edades y sexos. Para reflejar estos valores, los referentes a la formación ética y a las creencias y prácticas religiosas mostraremos en la Tabla 1.

Tabla 1: Comparación entre grupo Sin Carisma y grupo Con Carisma.

	Sin Carisma	Con Carisma	p
Edad (años)	41,3 ± 10,3	52,46 ± 15,97	< 0,001
Sexo Masculino (%)	18	14,53	0,424
Formación Ética	85	83,76	0,768
Ética posterior a la formación	33,2	84,64	< 0,001
Profesa Religión	57,5	92,3	< 0,001
Practicante Religión	27,5	81,2	< 0,001

Nota: Los valores son expresados como tantos por ciento (%)

Queda manifiesto que el grupo Sin Carisma es de una edad media de 41,3 años, por tanto más jóvenes que el grupo Con Carisma con 52,46 años de media. Siendo el porcentaje de sexo masculino más alto en la muestra Sin Carisma (18 vs 14,5%).

Podemos ver como el porcentaje de los que profesan y practican alguna religión (todos ellos católicos) es mucho más alto para el grupo Con Carisma que para el grupo Sin Carisma. No hay diferencia significativa en la formación ética durante el periodo de formación o universitario para ambos grupos pero sí que destaca que la formación ética postformación en el grupo Con Carisma es del 84,64% frente al 33,2% para el grupo Sin Carisma. Para visualizar estos resultados de forma gráfica consultar el Anexo 9.1.

Destacar que en el grupo de Con Carisma donde se analizó el nivel de estudios se pudo verificar que el 70% de la muestra tenía estudios universitarios, el grupo de Sin Carisma no se tuvo en cuenta esta variable pues todos para acceder a ser profesionales sanitarios precisan de título académico y carecía de importancia para la conjetura inicial del estudio si tenían estudios superiores a esta titulación.

El grupo Con Carisma es más religioso (92,3%) y practica la religión que profesa (81,2%). Frente a grupo Sin Carisma que profesa la religión (57,5%) y la practica el (27,5%).

b) **Discusión:**

Deriva de estos datos a nivel de ética, que el grupo Con Carisma siguen preocupándose por la formación en temas éticos una vez terminado su proceso formativo, por lo que no dan por terminada la necesidad de conocer sobre esta temática en el proceso.

TABLA 2: VALORES RELACIONADOS CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA/PRÓJIMO, Necesarios/ Tengo

<u>Necesarias</u>	Sin Carisma	Con Carisma	P	<u>Tengo</u>	Sin Carisma	Con Carisma	P
Altruismo	66	80,34	0,006	Altruismo	66,5	82,91	0,002
Dignidad	95	94,87	NS	Dignidad	95	92,31	NS
Estética	48,5	65,85	0,003	Estética	60	55,56	NS
Igualdad	94,5	94,87	NS	Igualdad	92,5	95,73	NS
Justicia	95,5	96,58	NS	Justicia	90,5	94,87	NS
Libertad	89,5	99,15	0,001	Libertad	79	86,32	NS
Verdad	94	96,58	NS	Verdad	88	95,73	0,0021

NS: No significativo.

Los valores son expresados en tantos por ciento (%).

En los datos estudiados vemos que hay diferencia significativa para el Altruismo (66 vs 80,34%, $p=0,006$), Estética (48,5 vs 65,85%, $p=0,003$) y Libertad (89,5 vs 99,15%, $p=0,001$) en los que ambos grupos han valorado como necesarios para la relación de cuidado. Podemos observar que el grupo Con Carisma, es el que ve con mayor necesidad que esté presente ese valor analizado.

Cuando en los datos estudiados vemos que hay diferencia significativa para el Altruismo (66 vs 80,34%, $p=0,006$); Estética (48,5 vs 65,85% $p=0,003$) y Libertad (89,5 vs 99,15%, $p=0,001$) en los que ambos grupos han valorado como necesarios para la relación de cuidado. Podemos observar que el grupo Con Carisma, es el que ve con mayor necesidad que esté presente ese valor analizado.

Cuando acudimos a observar la diferencia en la posesión de los valores para establecer la relación de cuidado entre ambos grupos, en los datos obtenidos podemos ver como se aprecia diferencia significativa en Altruismo (66,5 vs 82,91%, $p=0,002$) y Verdad (88 vs 95,73%, $p=0,0021$) siendo el grupo Con Carisma el que mayor porcentaje tiene de ambos valores.

Destacamos por ser porcentualmente menor la Estética en el grupo Con Carisma (55,56%) frente al (60%) del grupo Sin Carisma, tendremos que tener en cuenta en su discusión la posibilidad de la mala interpretación que se da de este término.

Para visualizar de forma gráfica los resultados comentados podemos acudir al Anexo 9.2 y Anexo 9.3.

a) **Discusión:**

Se sigue reforzando la hipótesis de que como sanitarios nos podemos enriquecer de este Carisma pues se ha establecido que están presentes estos valores en ambos grupos y en los casos que destaca esa presencia es con un mayor porcentaje para el grupo Con Carisma.

En todas las diferencias estadísticas que hemos mencionado en los resultados beneficiaba al grupo Con Carisma a la hora de presentar mayor necesidad o posesión del valor analizado. Destacamos el valor de la Estética, pudiendo deberse ese menor porcentaje para el grupo Con Carisma a la mala interpretación que se da de este término relacionándolo con la imagen física y no con la relación que establece la Asociación Americana de Cuidados de Enfermería, al considerar a la estética la responsable de: *«Adaptar el entorno de manera que sea agradable para el paciente, crear un ambiente de trabajo agradable para sí misma y para los demás, presentándose a sí misma de manera que favorezca una imagen positiva para la enfermería»*.⁷⁹¹

Pasamos ahora al análisis detallado de los valores de forma individual, teniendo en cuenta los resultados que se han obtenido entre “lo que se necesita” y “lo que se tiene” de estos valores fundamentales expresados dentro de cada grupo Con o Sin Carisma. En el apartado de resultados no podemos aportar más información respecto a los resultados que comentábamos anteriormente, sí que intentaremos profundizar en la discusión relacionando nuestros datos con otros artículos y documentación al respecto.

18.1.1. Resultados y Discusión del Valor Altruismo.

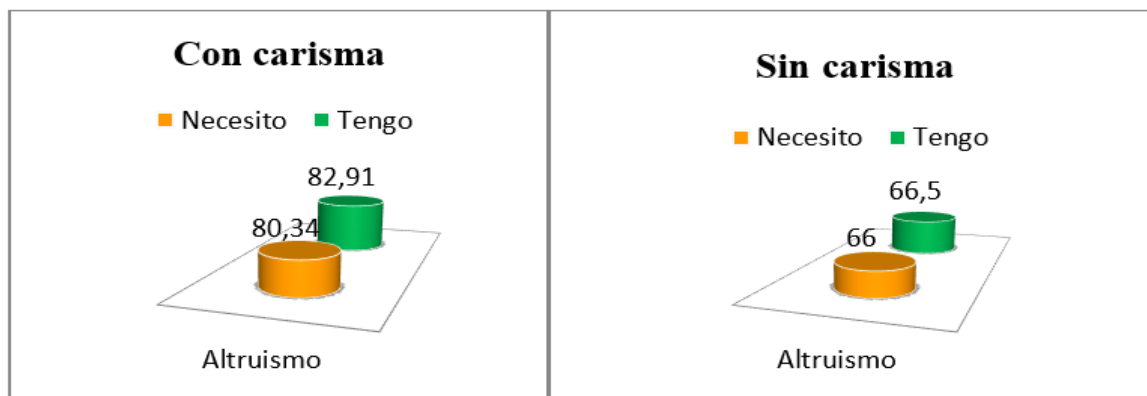
a) **Resultados:**

Los porcentajes que se obtienen cuando se estudia la necesidad del altruismo en ambos grupos son 66 vs 80,34%, $p=0,006$. Para la posesión del mismo valor los datos son 66,5 vs 82,91%, $p=0,002$.

791 CAMPILLO, *Creación y Validación*, 15.

En este valor existe diferencia estadísticamente significativa en ambas comparaciones y lo reflejamos de forma gráfica a modo ilustrativo en la Gráfica 1.

Gráfica 1: Estudio comparativo del Altruismo (Necesito/Tengo) en los sujetos sin y con Carisma.



b) **Discusión:**

No podemos olvidar que la AACN lo relaciona directamente con: «*preocupación por el bienestar de los demás*», relacionándolo directamente con las actitudes y cualidades profesionales de: «*cuidados, compromiso, compasión, generosidad y perseverancia*». Al mismo tiempo que le atribuye como conductas profesionales: «*dar atención completa al paciente cuando lo atiende, ayuda a otros profesionales para prestar cuidado, expresa preocupación sobre tendencia y cuestiones sociales que tienen implicación sanitaria*». ⁷⁹²

Para Luz C. hacer el bien al prójimo tiene en su base la caridad, movilizadora esta por el amor a Dios. «*La caridad, o sea amor al prójimo, hacerle bien de alguna manera a su alma o a su cuerpo*», ⁷⁹³ es fundamental para este carisma tener presente el bien del otro y que la fuerza que nos mueva a realizar ese bien radique en Dios ⁷⁹⁴, apartándola de la filantropía o de un comportamiento generoso como producto de dar gusto a nuestro propio egoísmo.

792 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

793 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 416.

794 Mt 25,31-46, «*Cada vez que lo hicisteis con uno de éstos, mis humildes hermanos, conmigo lo hicisteis*».

A la luz de los datos que se observan en otros estudios cuando analizan este valor dentro de la relación de cuidado hacia el paciente, los porcentajes son aún menores a los que se encuentran en nuestro estudio, más cercanos al 50% en los porcentajes estadísticos que encontramos.⁷⁹⁵

Que resalte la presencia en el grupo Con Carisma de este valor en las dos modalidades analizadas (necesito/tengo) refuerza aún más nuestra hipótesis de poder establecer esa relación de enriquecimiento para la disciplina enfermera desde las aportaciones que puede hacer el Carisma de las ACJ.

18.1.2. Resultados y Discusión del Valor Dignidad.

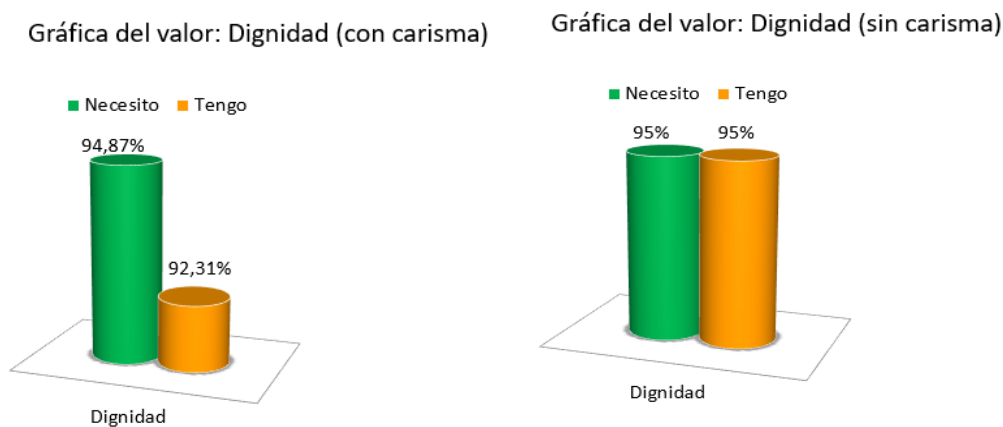
a) Resultados:

Los porcentajes que se obtienen cuando se estudia la necesidad de la dignidad en ambos grupos son 95 vs 94,87%, NS. Para la posesión del mismo valor los datos son 95 vs 92,31%, NS.

Destacamos que el porcentaje para el grupo Sin Carisma es igual tanto para la necesidad como para la posesión de este valor en la relación de cuidado. El grupo Con Carisma, sin embargo con un ligero menor porcentaje para este valor, siendo más observable dicho decrecimiento porcentual cuando se analiza la posesión de dicho valor como vemos en la Gráfica 2.

795 Díaz, *Valores profesionales*, 289-299.

Gráfica 2: Estudio comparativo de la Dignidad (Necesito/Tengo) en los sujetos con y sin Carisma.



Despunta estadísticamente este valor con los valores porcentuales más altos de todos los datos analizados.

b) **Discusión:**

El dato analítico que aporta ligero menor porcentaje para la posesión de este valor en el grupo Con Carisma puede hacer referencia a la máxima que supone para esta Congregación de ACJ la dignidad humana, pues está en el centro del Carisma:

*«Las que militan esta congregación han de tener el más ardiente amor al salvador y la máxima estima del valor de un alma (dignidad) [...] por eso deben desear sinceramente realizar la misión que el Señor con tan singular amor les confía...».*⁷⁹⁶

Se relaciona esta dignidad con la mismísima misión que el Señor les encomienda, en lo que deben dedicar todo esfuerzo. La propia fundadora en los últimos años de su vida les escribe a las que siguen este camino algunas palabras que nos pueden ayudar a entender a lo que intentamos hacer alusión: « pido a Dios que me dé la gracia de poder hacerlo, porque es mucho a lo que aspiro en esta Congregación de apóstoles del Sagrado Corazón, que saquen a la luz, que den vida a los deseos de mi corazón que quería ser Apóstol del Amor y que no llegó, no supo interpretar tan sublime misión».⁷⁹⁷

796 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 9, 11.

797 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 1.

Con estas humildes palabras quiere hacer un llamamiento a sus compañeras, para que no descuiden en la tarea de ser Apóstol, después de haber evidenciado a lo largo de esta investigación la grandeza intelectual, psicológica, espiritual, etc. de esta mujer, podemos entender que hablar de la dignidad para esta Congregación, desde la relación de cuidado al prójimo, es querer llevar a término la tarea del mismísimo Señor, por lo que supone una llamada a la máxima en esta virtud.

En nuestra condición de personas nos encontramos de manera categórica con la dignidad, esta está necesitada del fundamento tal real y concreto como es la vida. La vida desde esa perspectiva es ya el sostén material de la dignidad humana, no podemos separar estos términos, la dignidad sin la vida no encuentra su sentido, porque lo que no subsiste encarnado no existe.⁷⁹⁸

Podríamos profundizar mucho más en ese valor a nivel del cuidado enfermero, sólo resaltaremos las referencias de la AACN, que lo define:

«*Valor y unicidad inherente de una persona*», relacionándolo directamente con las actitudes y cualidades profesionales de: «*consideración, empatía, humanidad, amabilidad, respeto y confianza*». Al mismo tiempo que le atribuye como conductas profesionales: «*proteger el derecho individual a la intimidad, trata a los individuos como ellos lo prefieran, mantiene la confidencialidad de los pacientes y el personal, trata a los demás con respeto independientemente de los antecedentes*».⁷⁹⁹

Añadiendo alguna novedad a la idea de dignidad, podemos asegurar que cuando se cuida la vida cuidamos la dignidad del ser humano sobre el que se realiza como enfermeros nuestro trabajo cotidiano. Destaca la importancia que se le atribuye a dicho valor, esencial para lograr un cuidado humanizado.⁸⁰⁰

798 CALLEJA, *El cuidado*, 24-25.

799 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

800 DÍAZ, *Valores profesionales*, 289-299.

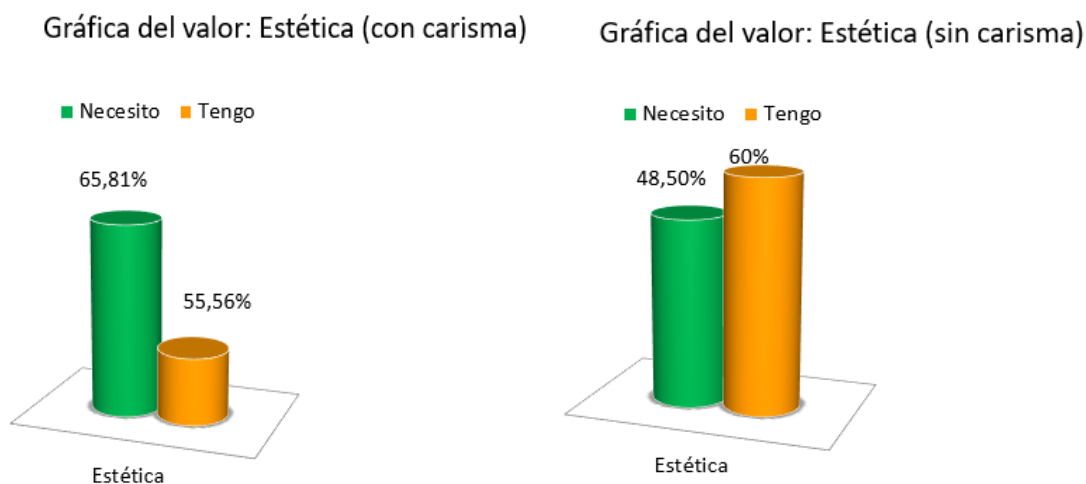
18.1.3. Resultados y Discusión del Valor Estética.

a) Resultados:

Los porcentajes que se obtienen cuando se estudia la necesidad de la estética en ambos grupos son 48,5 vs 65,81%, $p=0,003$. Para la posesión del mismo valor los datos son 60 vs 55,56%, NS.

Podremos advertir de los datos arrojados que es porcentualmente el menos valorado con respecto a todos los valores analizados ilustrado en la gráfica 3.

Gráfica 3: Estudio comparativo de la Estética (Necesito/Tengo) en los sujetos con y sin Carisma.



En el caso de la necesidad se favorece porcentualmente y con diferencia estadística para el grupo Con Carisma. Cuando se analiza la posesión porcentualmente es más bajo para el grupo Con Carisma.

b) Discusión:

Para la AACN, define el concepto como: «*Cualidades de objetos hechos y personas que proporcionan satisfacción*», relacionándolo directamente con las actitudes y cualidades profesionales de: «*gratitud, creatividad, imaginación, sensibilidad*». Al mismo tiempo que le atribuye como conductas profesionales: «*adaptar el entorno de forma que sea agradable para el paciente. Crear un ambiente de trabajo agradable para sí misma de forma que favorece una imagen positiva de la enfermería*».⁸⁰¹

Desde aquí podremos situarlo mucho más en relación con la disciplina del cuidar entendiendo la Estética como la teoría de la percepción; teoría de la facultad de tener percepciones; teoría de la facultad de tener percepciones sensibles y también teoría de la sensibilidad como facultad de tener percepciones sensibles. Así la utiliza Kant en su *Crítica de la Razón Pura*⁸⁰². Queda evidenciado que la enfermería tiene que tener esta sensibilidad de captar lo que el otro necesita, incluso sin que haya comunicación verbal, interpretando su gesto de dolor o su mirada de sufrimiento.

Para Chinn y Kramer⁸⁰³ reconocer que la estética nos ayuda a la disciplina enfermera a llegar al interior de una situación y reconocer su significado, conscientes de que necesitaremos contar con los recursos adquiridos que permitan transformar nuestra experiencia. Este conocimiento estético se hará visible mediante las acciones, conductas, actitudes, narrativa e interacciones de unos profesionales de la enfermería cuando se relacionen con otros.

Su importancia queda manifiesta y necesitamos de profesionales que sepan captar desde esta sensibilidad la realidad que nos rodea, para identificar, incorporar, poner en marcha, adecuar, ajustar y modificar la realidad a beneficio de la sociedad y optimización de la relación terapéutica.⁸⁰⁴

Recordábamos en nuestro marco teórico que este conocimiento de la estética nos ayudará en la relación sujeto- comunidad-profesional de enfermería, donde vamos a desarrollar nuestra experiencia.⁸⁰⁵

Luz C. repara en la estética desde la modestia, como forma de distintivo, no quiere que se lleve hábito exterior, en los gestos, en la tranquilidad, en la serenidad sin dureza, desde la personalidad cultivada en la vida interior y en la piedad, hacía un llamamiento a la importancia que tenía esta expresión para alcanzar que se les reconociera como religiosas sin necesidad de mostrar crucifijos o hábitos

802 HERDENSON, *The Critique*, 29.

803 CHINN, *Theory and Nursing*, 1 -15.

804 GARCÍA, *Actividades Religiosas*, 2002, 80-150.

805 PORTER, *Fundamental*, 3-14.

externos. Tienen que vestir como las gentes humildes del lugar, lo que les permitirá acceder a lugares donde no esté bien visto el ser católico y para no mostrar en ningún caso distancia o diferencia con el prójimo necesitado. «*La compostura del rostro... el modo de hablar, de mirar, de tenerse, es decir que sea una compostura perfecta... por ahí nos han de conocer que somos religiosas, este debe ser nuestro hábito*». ⁸⁰⁶

«*Actuaras de tal forma, que sin saberlo la persona que te vea pueda pensar: esta es la enviada del Señor*» ⁸⁰⁷

Este carisma también nos hace posible hoy, descubrir que cuando hablamos de misericordia tenemos que descubrir que además de la dimensión ética, alberga una dimensión lúdica y estética pudiéndose considerar unidas a la ternura y la indignación. ⁸⁰⁸

Cuanto alivio se podría realizar si dentro del terreno aconfesional donde se desarrolla nuestra práctica cotidiana, pudiéramos acercarnos al que necesita de nuestros cuidados y la respuesta que encontráramos por su parte fuese la experiencia de haberse encontrado con un ser llamado a la divinidad, eso ensalzaría nuestro trabajo llevándolo a la máxima excelencia.

18.1.4. Resultados y Discusión del Valor Igualdad.

a) Resultados:

Los porcentajes que se obtienen cuando se estudia la necesidad de la igualdad en ambos grupos son 94,5 vs 94,87 %, NS. Para la posesión del mismo valor los datos son 92,5 vs 95,73%, NS.

Nuevamente estamos ante el análisis de un valor para el cual el grupo Con Carisma obtiene un resultado porcentual más elevado que el grupo sin Carisma, sin que esta diferencia sea significativa a nivel estadístico como podemos apreciar en la gráfica 4.

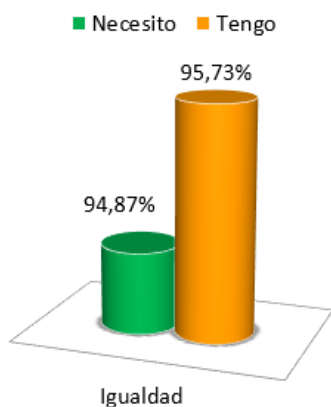
806 MUNÍTZ, *Explicaciones* 27.

807 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 457.

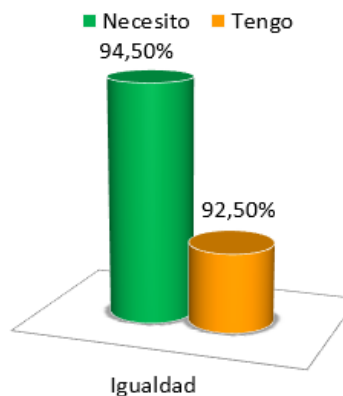
808 M^ªJ. TORRES, “Misericordia y Justicia”, *Apostólicas del Corazón de Jesús, el colibrí*, Madrid, 23 (2016) 4.

Gráfica 4: Estudio comparativo de la Igualdad (Necesito/Tengo) en los sujetos con y sin Carisma.

Gráfica del valor: Igualdad (con carisma)



Gráfica del valor: Igualdad (sin carisma)



b) Discusión:

Sigue avalándose nuestra hipótesis de la presencia de estos valores fundamentales para la relación de cuidado dentro del Carisma de la Congregación de ACJ. También podemos decir que en relación a otros estudios, el valor porcentual de estos grupos analizados, es mayor que los datos a los que hacen referencia en los otros análisis.⁸⁰⁹

Recordamos que este valor es definido por la AACN como: «*Tener los mismos derechos, privilegios y situación*», relacionándolo directamente con las actitudes y cualidades profesionales de: «*aceptación, asertividad, imparcialidad, autoestima, tolerancia*». Al mismo tiempo que le atribuye como conductas profesionales: «*ofrecer cuidados enfermeros respecto a las necesidades individuales, con independencia de características personales, interactuar con otros profesionales de una forma no discriminatoria, expresar ideas sobre la mejora del acceso a la enfermería y la atención sanitaria*».⁸¹⁰

Podemos hablar de la igualdad como: «*el trato idéntico que un organismo, estado, empresa, asociación, grupo o individuo le brinda a las personas sin que*

809 DÍAZ, *Valores profesionales*, 289-299.

810 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

*medie ningún tipo de reparo por la raza, sexo, clase social u otra circunstancia plausible de diferencia o para hacerlo más práctico, es la ausencia de cualquier tipo de discriminación».*⁸¹¹

Con referencia al carisma sobre el que centramos nuestro estudio, podemos hacer mención a su influencia en este valor en la relación de cuidado recordando algún texto de la Sagrada Escritura: *«Ya no hay judío ni griego; no hay esclavo ni libre; no hay varón ni mujer; porque todos vosotros sois uno en Cristo Jesús».*⁸¹² Siempre desde una llamada a la fraternidad.⁸¹³ Al identificarse Luz C con la misma lucha que su Señor *«quien dice Apóstol dice enviado del Señor»*⁸¹⁴ implícito queda en su carisma esa lucha por la igualdad, entendida como fraternidad verdadera.

18.1.5. Resultados y Discusión del Valor Justicia.

a) Resultados:

Los porcentajes que se obtienen cuando se estudia la necesidad de la justicia en ambos grupos son 95,5 vs 96,58, % NS. Para la posesión del mismo valor los datos son 90,5 vs 94,87 %, NS.

A nivel estadístico obtenemos unos resultados que no destacan por mostrar diferencias significativas en los resultados obtenidos, pero sí que podemos seguir observando que el valor porcentual de los datos es ligeramente mayor en el grupo Con Carisma para la dicotomía planteada como visualizamos en la Gráfica 5.

811 Igualdad valor, <https://www.definicionabc.com/social/igualdad.php>, Consultado 11-02-2017

812 Gálatas 3:28.

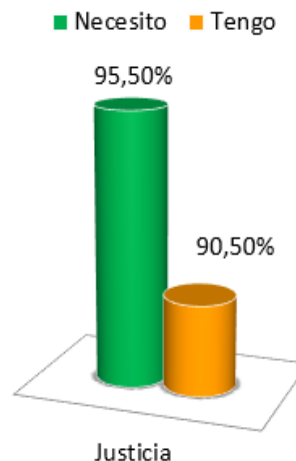
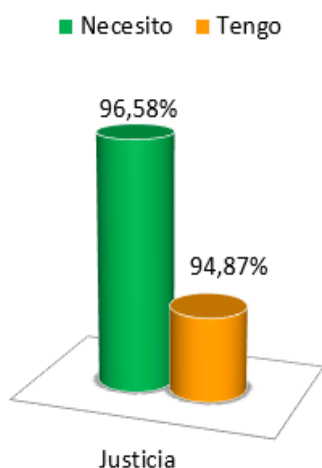
813 Mateo 20:26-28, *«Pero entre ustedes no debe ser así. Más bien, aquel de ustedes que quiera hacerse grande será su servidor; y aquel de ustedes que quiera ser el primero, será su esclavo. Imiten al Hijo del Hombre, que no vino para ser servido, sino para servir y para dar su vida en rescate por muchos».*

814 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 8.

Gráfica 5: Estudio comparativo de la Justicia (Necesito/Tengo) en los sujetos con y sin Carisma.

Gráfica del valor: Justicia (con carisma)

Gráfica del valor: Justicia (sin carisma)



b) **Discusión:**

Se sigue refundando nuestra hipótesis y el motivo de este trabajo de investigación a la luz de los datos.

Recordamos que la justicia es entendida en la relación de cuidado desde lo definido por la AACN como: «Defender los principios morales y legales», relacionándolo directamente con las actitudes y cualidades profesionales de: «coraje, integridad, moralidad, objetividad». Al mismo tiempo que le atribuye como conductas profesionales: «actuar como un defensor de la atención sanitaria, distribuyendo los recursos de forma justa, informar de la práctica incompetente, no ética e ilegal de forma objetiva e imparcial». ⁸¹⁵

El valor de la justicia está muy ligado a la práctica sanitaria y desde el *informe Belmont*⁸¹⁶ en 1978 se tiene presente y se incluye como uno de los principios de bioética que hay que respetar y universalizar para toda la humanidad.

815 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

816 Este informe es considerado como la carta fundacional de la Bioética actual. Cfr. Ministerio de Sanidad y Consumo, *Ensayos clínicos en España (1982-1988). Monografía Técnica*, núm. 17. Anexo4: «The Belmont Report», Comisión Nacional para la Protección de Personas Objeto de la Experimentación Biomédica y de la Conducta, Madrid, 1990, 121-131.

Recordamos que podemos establecer el origen de la justicia aproximándonos a la evocación explícita de la dignidad de todo ser humano por su naturaleza, sin tener presentes razas, inteligencia, cultura, economía, edad, género, etc., conforme a la igualdad de trato que merecen todos los seres humanos en estima a dicha dignidad.⁸¹⁷ Desde esta estima a la dignidad no podemos por menos que recordar el núcleo del Carisma ACJ: «*Las que militan esta congregación han de tener el más ardiente amor al salvador y la máxima estima del valor de un alma (dignidad) [...] por eso deben desear sinceramente realizar la misión que el Señor con tan singular amor les confía...*»⁸¹⁸ donde esa estima a la que hace alusión la fundadora pasa implícitamente por la justicia.

Para este Carisma sigue siendo hoy un valor muy importante a tener en cuenta en la relación con el prójimo y en la manera de ser y estar, lo podemos encontrar en la inspiración que da nombre a su último Capítulo General «*Buscando el Reino de Dios y su Justicia*»⁸¹⁹

«*Conscientes de que la justicia a la cual somos llamadas y con la que nos comprometemos, es nuclear en nuestro carisma hoy, reconocemos que su búsqueda y practica (Mt. 6,33) no es ajena a los contextos en los que vivimos. A Dios se le conmueven las entrañas ante el sufrimiento de sus criaturas y se compromete personal y colectivamente con ellas: una veces sosteniéndolas en su dolor, otras padeciendo silenciosamente la violencia estructural y otras veces, alzando la voz a través de las personas, redes y colectivos, empeñados en la transformación de la historia para revertirla.*»⁸²⁰

817 Ibíd. 64.

818 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 9, 11.

819 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIV CG, 7; Mt. 6,33 «*Busquen primero el Reino de Dios y su Justicia y lo demás se les dará por añadidura*».

820 TORRES, *Misericordia*, 3-4.

Jesús desde su evangelio nos urge a construir un mundo y una sociedad justa,⁸²¹ donde el prójimo enfermo tenga la posibilidad de sanar y curar todo tipo de heridas. Ser responsables como sanitarios de luchar en esas claves de justicia puede conducirnos a lograr que nuestras actuaciones y cuidados se establezca conforme a la justicia que defiende los principios de bioética que hemos mencionado anteriormente, consiguiendo llevar la disciplina de la enfermería a la excelencia a la que esta llamada.⁸²²

18.1.6. Resultados y Discusión del Valor Libertad.

a) Resultados:

Los valores que se obtienen cuando se estudia la necesidad de la libertad en ambos grupos son 89,5vs 99,15 %, $p= 0,001$. Para la posesión del mismo valor los datos son 79 vs 86,32 %, NS.

Podemos comprobar cómo el valor porcentual en el grupo Con Carisma es porcentualmente más elevado que en el grupo Sin Carisma para las dos preguntas de la dicotomía planteada (necesito/tengo) en la relación de cuidado.

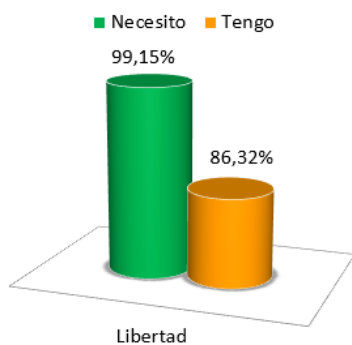
Cuando el análisis se ha centrado en poseer libertad para la relación de cuidado, la diferencia no ha sido significativa pero porcentualmente ha sido mayor en el grupo Con Carisma. Para objetivar estos datos nos fijamos en la gráfica 6.

821 BANDERA, *Paulo*, 199-202.

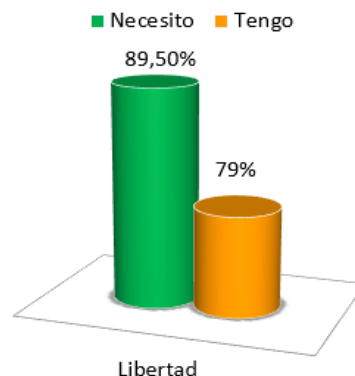
822 NAVA, *Profesionalización*, 62.

Gráfica 6: Estudio comparativo de la Libertad (Necesito/Tengo) en los sujetos con y sin Carisma.

Gráfica del valor: Libertad (con carisma)



Gráfica del valor: Libertad (sin carisma)



Para la necesidad los datos son: (89,5 vs 99,15 % $p= 0,001$).
Para la posesión los datos son: (79 vs 86,32 % NS).

b) **Discusión:**

Distinguimos esa diferencia significativa estadísticamente a la que hacemos alusión sigue respaldando y dándole fuerza a nuestra hipótesis, ya que es más fuerte esa necesidad de libertad para el grupo Con Carisma, lo que nos sigue ayudando a establecer esa relación de dialogo con la intención de enriquecer la disciplina enfermera en su parcela de valores que deben regir en cuidado profesional.

Con el análisis centrado en poseer libertad, la diferencia porcentual ha favorecido nuevamente al grupo Con Carisma, de lo que se puede seguir derivando un beneficio para el objetivo de estudio.

Recordamos que la libertad es entendida por la AACN como: «*Capacidad para ejercer la elección*», relacionándolo directamente con las actitudes y cualidades profesionales de: «*confianza, esperanza, independencia, apertura, autodirección, autodisciplina*». Al mismo tiempo que le atribuye como conductas profesionales: «*respetar el derecho individual a rechazar el tratamiento, apoyar los derechos de otros profesionales a sugerir alternativas al plan de cuidados, animar al debate abierto de las cuestiones polémicas de la profesión*».⁸²³

823 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

Aclarábamos en nuestro marco teórico que la libertad nos la podemos plantear desde el punto de vista existencial: ¿somos libres? Si nos situamos del lado determinista, la libertad es una utopía; desde los indeterministas hablamos de la libertad como probabilidad de elección entre todas las existentes.⁸²⁴ Desde el plano profesional nos podemos acercar a la libertad entendiéndola como la intención de actuar persiguiendo el bien intrínseco de toda profesión sin vincularlo a nada ni a nadie.⁸²⁵

Lo que no podemos poner en duda, por difícil que pueda ser establecer la universalidad de este valor, es que la libertad constituye uno de los presupuestos del ser humano, constituido como fundamental y básico en los derechos de la persona de la mano de la dignidad humana. Proclamándose desde todas las culturas y sociedades como un derecho del ser humano.⁸²⁶

No queda duda al respecto que este valor es también fundamental para el Carisma de las ACJ, siendo un derecho básico de toda persona y caminando junto con la dignidad de cada ser humano. «*Nos sentimos llamadas a potenciar entre nosotras relaciones de circularidad y fraternidad, propias del Reino, para ser generadoras de vida fraterna en reciprocidad, libertad e interdependencia*».⁸²⁷

Este Carisma quiere seguir apostando: «*vivir prácticas que, ante tanta desigualdad, construyan la justicia, la paz, el amor y la verdad, prácticas de liberación que brotan del amor y la ternura, que humanizan la vida de lo pequeño, en lo cotidiano, en lo que nos toca bien de cerca, en lo que tenemos al lado..., que nos relacionan y conectan también con otras tantas personas que intentan lo mismo: ser más humanas entre nosotras y hacer un mundo humanizado, particularmente para los más frágiles*

824 GARCÍA, *Responsabilidad*, 296.

825 GARCÍA, *Responsabilidad*, 296.

826 El artículo 32.2 de la Convención Americana de Derechos Humanos, expresa que la posibilidad de hacer o abstenerse de cada persona está limitada por los derechos que asisten a los demás. La Convención dispone que ello deviene necesario en mérito de la seguridad de todos, del bien común y de una sociedad democrática. Cfr. L FERRAJOLI, *Teoría de la democracia, dos perspectivas comparadas*, México, Instituto Federal Electoral, 2001, 136.

827 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XI CG, 19; Mt. 23,8; Lc. 22,26 Mc. 3,32-35.

y olvidados, los que padecen las consecuencias de toda injusticia».⁸²⁸ Caminar en la senda de la humanización desde el evangelio de Jesús es poner en práctica la justicia desde las prácticas de liberación que brotan del amor y la ternura.

Jesús sigue siendo hoy para la FACJ manifestación misericordiosa, porque es sencillo, la *miseri-cor-dare*, es dar el corazón a los que sufren, empanizar con su sufrimiento y compadecerse con ellos, que nuestro corazón aloje las miserias ajenas para sentir como propio el sufrimiento de las víctimas.⁸²⁹ Para este carisma «*Jesús es misericordia encarnada en el Abbá,*⁸³⁰»⁸³¹ que se sigue haciendo pueblo, memoria, gesto, agasajo, vinculación, que no obliga ni castiga, sino que se presenta a la acogida y a la libertad humana, que no sustituye lo humano sino que lo que lo tiene presente.⁸³²

Caminar hacia la humanización en la justicia, la paz y la verdad, son comunes a las demandas que la actual sociedad está exigiendo a los profesionales de la sanidad, consciente de la necesidad de la relación con otras personas que intentan lo mismo, desde este Carisma se anima al dialogo, al encuentro con el otro, para procurar siempre un mundo más humanizado.

18.1.7. Resultados y Discusión del Valor Verdad.

a) Resultados:

Los valores que se obtienen cuando se estudia la necesidad de la verdad en ambos grupos son 94 vs 96,58 %, NS. Para la posesión del mismo valor los datos son 88 vs 95,73 %, $p= 0,0021$.

828 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIV CG, 5; Mt. 9,12-13; Lc. 15.

829 TORRES, *Misericordia* , 4.

830 Palabra perteneciente a la lengua aramea cuyo significado es «papá». En las lenguas semíticas el vocablo «Ab» significa «fuente», en hebreo se escribe אב y tiene ya el significado de «padre», fuente constante de vida. En arameo Abbá se escribe אבא y literalmente significa «oh, padre» o «el padre».

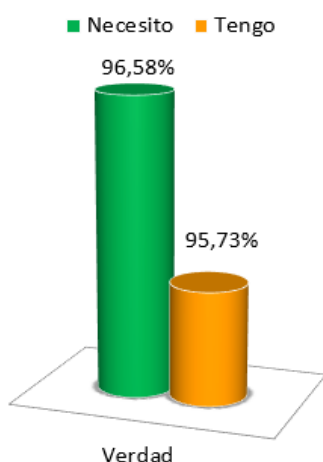
831 TORRES, *Misericordia* , 4.

832 TORRES, *Misericordia* , 4.

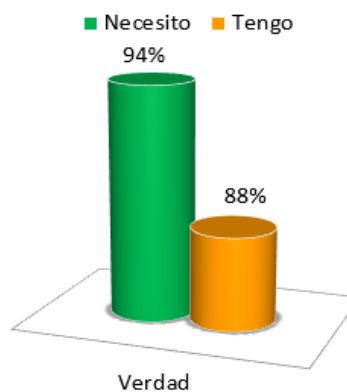
Es el último valor analizado en los dos grupos, resaltando nuevamente que los valores porcentuales son más elevados en el grupo Con Carisma, frente al grupo Sin Carisma. Ciertamente que ante la necesidad de poseer este valor en la relación de cuidado no se aprecia una considerable diferencia estadística entre ambos grupos, sin embargo cuando nos referimos a tenerlo presente si hablamos de una diferencia significativa a nivel estadístico. Los podemos ver en la gráfica 7.

Gráfica 7: Estudio comparativo de la Verdad (Necesito/Tengo) en los sujetos con y sin Carisma.

Gráfica del valor: Verdad (con carisma)



Gráfica del valor: Verdad (sin carisma)



Para la necesidad los datos son: (94 vs 96,58 % NS).

Para la posesión los datos son: (88 vs 95,73 % p= 0,0021).

Como observamos mayor porcentualmente en el grupo Con Carisma para ambos casos.

Discusión:

Retomamos lo que la AACN entiende por este valor: «Fidelidad a los hechos o la realidad», relacionándolo directamente con las actitudes y cualidades profesionales de: «responsabilidad, autenticidad, honestidad, curiosidad, racionalidad». Al mismo tiempo que le atribuye como conductas profesionales: «documentar los cuidados enfermeros de forma exacta y honesta, obtener suficientes datos para emitir juicios firmes antes de informar de infracciones de las políticas organizativas, participar en los esfuerzos profesionales para proteger al público de la información equivocada sobre la enfermería». ⁸³³

El principio de veracidad se define como la obligación de decir la verdad y no mentir ni engañar al prójimo.⁸³⁴ Como sanitarios caminamos hacia esa verdad querida y deseada dentro de la relación terapéutica, respetando los límites que se establecen de forma flexible.

La información clínica deberá ser verdadera y responsable, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. Debe abarcar los aspectos más significativos relacionados con su proceso patológico.⁸³⁵ Si perdemos esa relación de responsabilidad y verdad el paciente deja de confiar en los cuidados que se le ofrece y todo nuestro trabajo queda vacío de cualquier contenido que favorezca la humanización y el trato oportuno.⁸³⁶

El Carisma de las ACJ quiere seguir en esta línea de la verdad animando a: *«vivir prácticas que, ante tanta desigualdad, construyan la justicia, la paz, el amor y la verdad, prácticas de liberación que brotan del amor y la ternura, que humanizan la vida...»*⁸³⁷ Una verdad que da sentido a las relaciones humanas sin atentar contra la justicia.

Seguimos recordando de nuestro marco teórico que para Luz C. una persona que no falta a la verdad es una persona de grandes valores y virtudes: *«personas piadosas y hasta virtuosas en grado elevado, que no faltan a la verdad y que están dispuestas a sufrir y sufren por no hacer ningún acto injusto...»*⁸³⁸ a lo cual dedica un tratado específico: Tratado apostólico sobre la sinceridad.⁸³⁹

Se da importancia suprema a la verdad con el fin de no engañar a los demás y

834 GARCÍA, ¿Cómo debemos...?, 72-74.

835 F. MEGÍASLIZANCOS, "El compromiso social de las enfermeras." *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 17 (2017), 6-7.

836 COLLIÉRE, *Promover*, 101-116.

837 APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIV CG, 5; Mt. 9,12-13; Lc. 15.

838 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 165.

839 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 245-251.

de no hacer daño al prójimo, siendo para ello necesario en algunos momentos la falta de sinceridad, no como un atentado a la verdad, sino como un medio para evitar el mal al otro. «*La sinceridad es la verdad, y su falta es lo que llamamos doblez, por otro nombre mentira, falta a la verdad [...] escondiendo la verdad se puede hacer mucho daño, muchísimo daño a la Congregación y a la Obra Apostólica que es lo principal [...] si se trata de un enfermo no se diga nada*» faltarle a la verdad al enfermo es atentar contra la justicia y esa injusticia es delante de Dios.⁸⁴⁰

Si esta falta a la verdad, está relacionado con las Obras Apostólicas «*es gravísima porque se trata nada menos que de la salvación de las almas, que es lo más importante que hay después de la salvación de la propia*⁸⁴¹ [...] *no todas las verdades han de decirse, no habría medio de vivir en sociedad, estando siempre molestando y humillando a los demás, porque estoy en la verdad [...] esta sinceridad de andar diciendo verdades sin ton ni son es una verdadera insolencia y muchas veces falta de educación*». ⁸⁴² Poco hay que añadir en el campo de las relaciones sanitarias a las palabras de la fundadora, si las relaciones del sanitario usan las premisas que se derivan de estas palabras, la relación terapéutica caminará hacia el mayor beneficio y la excelencia profesional. Atentar a la verdad supone atentar contra el enfermo si no se deriva beneficio alguna de esta falta de sinceridad.⁸⁴³

Tenemos que tener en cuenta que uno de los límites a la hora de poder comparar los resultados obtenidos con otros estudios es la escasez de investigaciones que se han realizado respecto a esta temática de valores y actitudes en el campo de la enfermería, referenciado esto por algunos autores.⁸⁴⁴

840 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 245-246.

841 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 248.

842 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 251.

843 GUERRA, *Las virtudes*, 22-27..

844 BENÍTEZ, ZA. "La educación en valores en el ámbito de la educación superior." *REICE*, 7(2009), 116-129: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=55111725007>. Consultados 16-06-2016; S.A. ALCÁNTARA, ML. BARBA, AA. HIRSCH "Valores universitarios y profesionales de los estudiantes de posgrado de la UNAM". *Perfiles Educativos*, 31(2009), 141-146

No obstante y no queda hueco a la duda después de lo argumentado en nuestro marco teórico que los valores y actitudes complementa y son parte fundamental del profesional de enfermería unidos a los conocimientos científicos, técnicos y habilidades necesarias para desarrollar su relación de cuidado.⁸⁴⁵

El personal de enfermería debe adquirir los valores y actitudes adecuados para formar una personalidad profesional que lleve a dignificar y humanizar esta profesión unida en gran medida al sufrimiento de los seres humanos, llegando a la excelencia en la práctica cotidiana.⁸⁴⁶ Incidir en esta formación desde el Carisma de las ACJ o desde otras disciplinas del saber, ayudaran a conseguir esa ansiada excelencia.

18.2. Resultados y discusión de las actitudes relacionadas con el cuidado de enfermería/prójimo, que tienen y son necesarios para ambos grupos.

a) Resultados:

Para la elección de las actitudes o cualidades necesarias en la relación de cuidado, hemos tenido presentes las que indica la AACN como ya hemos establecido anteriormente y hemos relacionado a cada grupo de estas actitudes con el valor correspondiente.⁸⁴⁷

Son un total de 34 actitudes las que hemos tenido en cuenta, analizadas desde la misma dicotomía anterior de necesito/tengo presente en la relación de cuidado que podemos observar en la Tabla 3.

845 M. QUIALA “Enfermería, Formación en Valores,” Hospital Clínico Docente, Hermanos Ameijeiras, Cuba rev. *Bioética*, 25 (2017), 20.

846 CAMPS, *Los valores*, 3.

847 MIRTHA, *Valores...*, 87.

TABLA 3: ACTITUDES RELACIONADAS CON EL CUIDADO ENFERMERO/ PROJIMO

Compromiso	92,50	99,15	0,009	Compromiso	91,50	89,74	NS
Compasión	71,00	88,03	<0,0001	Compasión	72,50	76,92	NS
Generosidad	82,50	96,58	<0,0001	Generosidad	81,50	88,89	NS
Perseverancia	88,00	93,16	NS	Perseverancia	85	83,76	NS
Consideración	90	88,03	NS	Consideración	86,50	76,92	0,029
Empatía	91,50	86,32	NS	Empatía	82,5	86,32	NS
Humanidad	95,50	94,02	NS	Humanidad	91	88,89	NS
Amabilidad	920,50	88,89	NS	Amabilidad	85	87,18	NS
Respeto	98,50	90,60	0,001	Respeto	95,5	90,60	NS
Confianza	77,00	84,62	NS	Confianza	65,5	76,92	0,033
Gratitud	78	82,91	NS	Gratitud	73,5	76,07	NS
Creatividad	58,00	72,65	0,009	Creatividad	47	60,68	0,019
Imaginación	59	66,67	NS	Imaginación	47	58,97	0,04
Sensibilidad	89	89,74	NS	Sensibilidad	84	87,18	NS
Aceptación	83,5	81,20	NS	Aceptación	69	80,34	0,028
Asertividad	81	80,34	NS	Asertividad	72,5	73,5	NS
Imparcialidad	81	80	NS	Imparcialidad	67,5	72,65	NS
Autoestima	83	88,03	NS	Autoestima	75,5	78,63	NS
Tolerancia	90	87,18	NS	Tolerancia	82	76,07	NS
Coraje	74	82,05	NS	Coraje	67	70,94	NS
Integridad	88,5	90,6	NS	Integridad	83	81,20	NS
Moralidad	88	88,03	NS	Moralidad	81,5	82,91	NS
Objetividad	88	87,18	NS	Objetividad	80,5	81,2	NS
Esperanza	76	88,03	0,009	Esperanza	64	84,62	<0,0001
Independencia	74	83,76	0,044	Independencia	66,5	80,34	0,008
Apertura	74	82,91	NS	Apertura	68	83,76	0,002
Responsabilidad	94,50	94,02	NS	Responsabilidad	93	93,16	NS
Autenticidad	82,50	89,74	NS	Autenticidad	86,5	87,18	NS
Honestidad	91	93,16	NS	Honestidad	91	88,03	NS
Curiosidad	71	64,10	NS	Curiosidad	72	63,25	NS
Racionalidad	89,50	79,49	0,014	Racionalidad	84,5	74,36	0,027
Reflexión	83,50	89,74	NS	Reflexión	78,	77,78	NS
Humildad	90	94,02	NS	Humildad	89,5	83,76	NS
Paciencia	89,05	99,15	0,001	Paciencia	76,5	87,18	0,021

NS: no significativo

Los valores expresados como porcentajes (%)

Tras observar los diferentes resultados obtenidos podemos resaltar las que han aportado diferencias significativas a nivel estadístico:

- Analizando la **necesidad** de dicha actitud:

- **compromiso** (92,5 vs 99,15% p= 0,009)
- **compasión** (71 vs 88,03% p= <0,0001)
- **generosidad** (82,5 vs 96,58% p=<0,0001)
- **respeto** (98,5 vs 90,6% p= 0,001)
- **creatividad** (58 vs 72,65% p= 0,009)
- **esperanza** (76 vs 88,03% p= 0,009)
- **independencia** (74 vs 83,76% p= 0,044)
- **racionalidad** (89,5 vs 79,49% p= 0,014)
- **paciencia** (89,05 vs 99,15% p= 0,001)

Obtenemos valores porcentuales mayores para el grupo Con Carisma en todas las destacadas, menos en respeto y racionalidad. Donde el grupo Sin Carisma presenta un mayor valor porcentual.

De todos los valores porcentuales para el resto de actitudes podemos decir que son similares, se puede apreciar que en la gran mayoría de ellos el valor porcentual es ligeramente mayor en el grupo Con Carisma.

- Analizando el **tener** dicha actitud:

- **consideración** (86,5 vs 76,92% p= 0,029)
- **confianza** (65,5 vs 76,92% p= 0,033)
- **creatividad** (47 vs 60,68% p= 0,019)
- **imaginación** (47 vs 58,97% p= 0,04)
- **aceptación** (69 vs 80,34% p= 0,028)
- **esperanza** (64 vs 84,62% p< 0,0001)
- **independencia** (66,5 vs 80,34% p= 0,008)
- **apertura** (68 vs 83,76% p= 0,002)

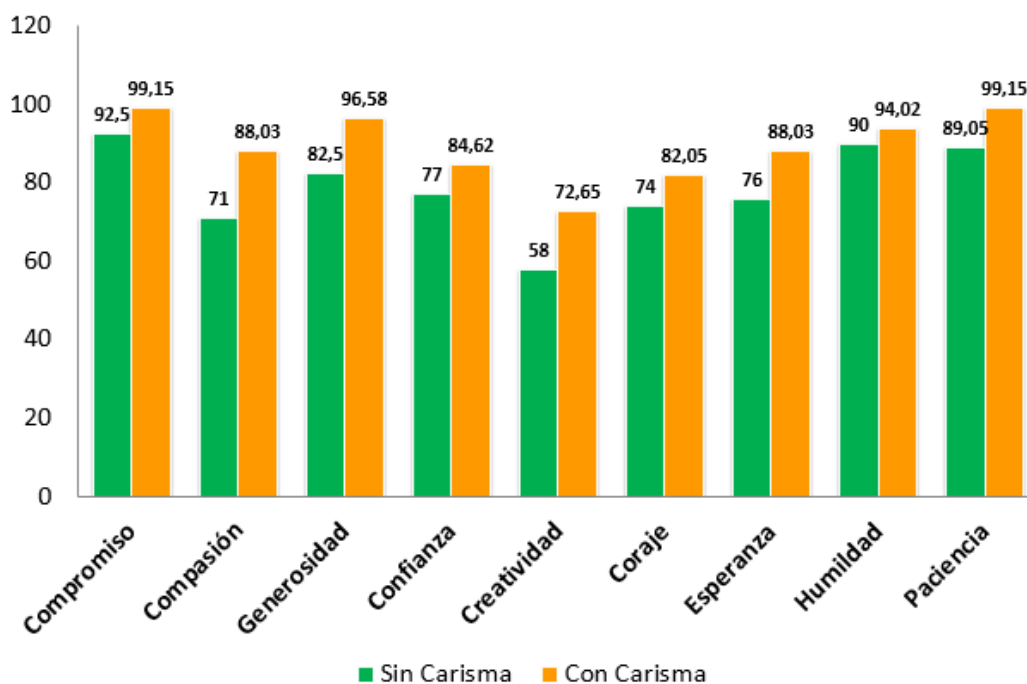
- **racionalidad** (84,5 vs 74,36% p= 0,027)
- **paciencia** (76,5 vs 87,18% p= 0,021)

De esta forma obtenemos valores porcentuales mayores para el grupo Con Carisma en todas las destacadas, menos en respeto y racionalidad, donde el grupo Sin Carisma presenta un mayor valor porcentual.

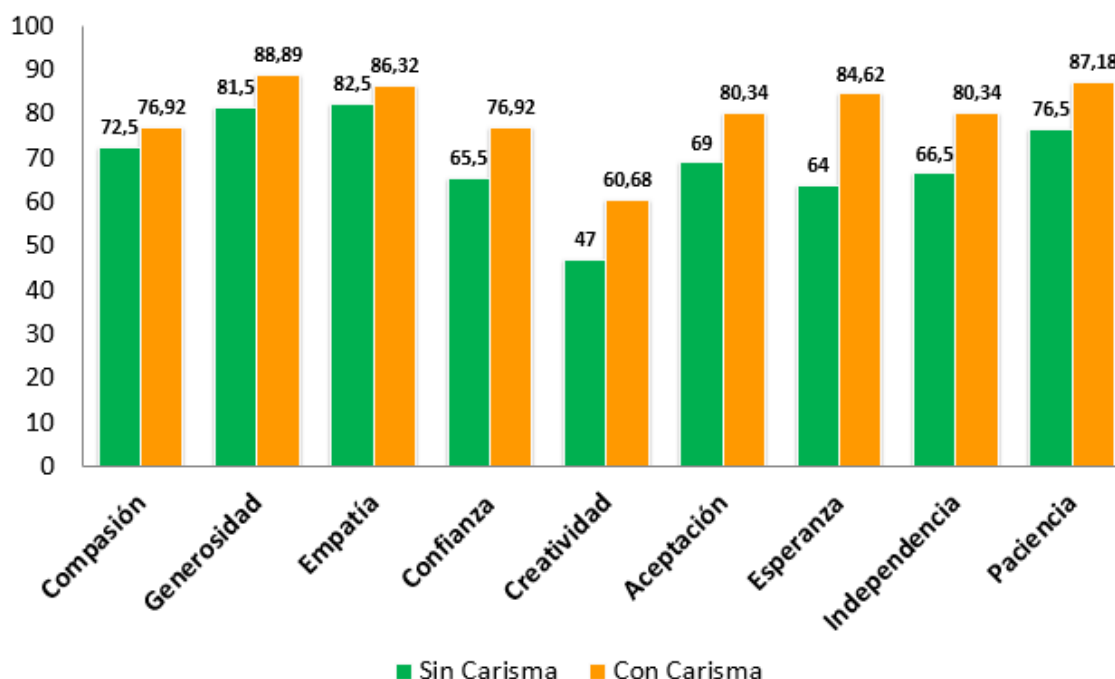
De todos los valores porcentuales para el resto de actitudes podemos decir que son similares, se puede apreciar que en la gran mayoría de ellos el valor porcentual es ligeramente mayor en el grupo Con Carisma.

En los siguientes gráficos se puede apreciar a modo ilustrativo las diferencias que mencionábamos, Gráfica 8 y Gráfica 9.

Gráfica 8: Estudio comparativo de las Actitudes Necesarias en los sujetos con y sin Carisma.



Gráfica 9: Estudio comparativo de las Actitudes que Tienen los sujetos con y sin Carisma.



b) Discusión:

El que algunos valores como es el caso del respeto y racionalidad (para la necesidad) y consideración y racionalidad nuevamente (para la posesión), la diferencia estadística nos manifieste un mayor grado porcentual para el grupo Sin Carisma, no desmonta nuestra hipótesis inicial, ya que se plantea el grupo Con Carisma como una riqueza para la disciplina enfermera, pero no como una perfección a la que se tiene que tener como referencia para esta relación.

Con respecto al resto de actitudes no destacadas, los valores porcentuales son similares, predominando nuevamente ligero incremento puntual para el grupo con Carisma. Aunque podemos seguir remarcando que cuando la diferencia estadística es resaltable en esta tabla corresponde a los resultados del grupo Con Carisma, lo que sigue favoreciendo la hipótesis.

18.3. Resultados y discusión de las competencias morales y conductas profesionales relacionadas con el cuidado de enfermería/prójimo, que tienen y son necesarios para ambos grupos.

a) Resultados:

Respecto a las competencias morales y conductas profesionales destacaremos donde se da diferencia significativa a nivel estadístico de las 23 analizadas, que podemos visualizar en la siguiente tabla:

TABLA 4: COMPETENCIAS MORALES Y CONDUCTAS PROFESIONALES RELACIONADAS CON EL CUIDADOS DE ENFERMERÍA/PRÓJIMO

Necesito	Sin Carisma	Con Carisma	p	Tengo	Sin Carisma	Con Carisma	P
¿Da atención completa al paciente cuando lo atiende?	95	94,87	NS	¿Da atención completa al paciente cuando lo atiende?	86,5	84,62	NS
¿Ayuda a otros profesionales para prestar cuidados?	95	94,87	NS	¿Ayuda a otros profesionales para prestar cuidados	91	89,74	NS
¿Expresa su opinión sobre tendencias y cuestiones sociales que tienes implicación sanitaria?	67,5	86,32	<0,0001	¿Expresa su opinión sobre tendencias y cuestiones sociales que tienes implicación sanitaria?	49,5	75,21	<0,0001
¿Protege el derecho individual a la intimidad?	96,5	94,87	NS	¿Protege el derecho individual a la intimidad?	92,5	93,16	NS
¿Trata a los pacientes como ellos lo prefieren?	82,5	91,45	0.028	¿Trata a los pacientes como ellos lo prefieren?	71	76,92	NS
¿Mantiene la confidencialidad de los pacientes y el personal?	97,5	93,16	NS	¿Mantiene la confidencialidad de los pacientes y el personal?	94	83,76	0,003
¿Trata a los demás con respeto independientemente de los antecedentes?	95	96,58	NS	¿Trata a los demás con respeto independientemente de los antecedentes?	94	94,02	NS

**LA VOCACIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO DESDE EL CARISMA DE LAS APOSTÓLICAS
DEL CORAZÓN DE JESÚS (ACJ) EN EL CONTEXTO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD**

¿Adapta el entorno de forma que sea agradable para el paciente?	88,5	94,02	NS	¿Adapta el entorno de forma que sea agradable para el paciente?	75,5	82,91	NS
¿Crea un ambiente de trabajo agradable para sí misma y para los demás?	94,5	98,29	NS	¿Crea un ambiente de trabajo agradable para sí misma y para los demás?	82,5	89,74	NS
¿Interactúa con otros profesionales de una forma no discriminatoria?	90	94,02	NS	¿Interactúa con otros profesionales de una forma no discriminatoria?	80,5	84,62	NS
¿Aporta ideas para mejorar el acceso a los cuidados de enfermería y a la atención sanitaria?	86	95,73	0,006	¿Aporta ideas para mejorar el acceso a los cuidados de enfermería y a la atención sanitaria?	60,5	87,18	<0,0001
¿Actúa como un defensor de la atención sanitaria, distribuyendo los recursos de forma justa?	90,5	89,74	NS	¿Actúa como un defensor de la atención sanitaria, distribuyendo los recursos de forma justa?	70	75,21	NS
¿Informa de la práctica incompetente, no ética e ilegal de forma objetiva e imparcial?	76,5	93,16	<0,0001	¿Informa de la práctica incompetente, no ética e ilegal de forma objetiva e imparcial?	48,5	79,49	<0,0001
¿Respeto el derecho individual a rechazar el tratamiento?	89	91,45	NS	¿Respeto el derecho individual a rechazar el tratamiento?	76,5	72,65	NS
¿Apoya los derechos de otros profesionales a sugerir alternativas al plan de cuidados?	90	82,91	NS	¿Apoya los derechos de otros profesionales a sugerir alternativas al plan de cuidados?	79	80,34	NS
¿Anima al debate abierto de las cuestiones polémicas de la profesión?	74,5	90,6	<0,0001	¿Anima al debate abierto de las cuestiones polémicas de la profesión?	54,5	85,47	<0,0001

¿Documenta los cuidados enfermeros de forma exacta y honesta?	90,5	79,49	0,006	¿Documenta los cuidados enfermeros de forma exacta y honesta?	82,5	75,21	NS
¿Participa en los esfuerzos profesionales para proteger a la sociedad de la información equivocada sobre la enfermería?	88	93,16	NS	¿Participa en los esfuerzos profesionales para proteger a la sociedad de la información equivocada sobre la enfermería?	67	82,91	0,002
¿Aporto espiritualidad y trascendencia en mi trabajo con el paciente?	65,5	86,32	<0,0001	¿Aporto espiritualidad y trascendencia en mi trabajo con el paciente?	47,5	78,63	<0,0001
Disponibilidad	87,5	87,18	NS	Disponibilidad	83,5	75,21	NS
¿No escatimar trabajo en mi desempeño cotidiano?	94	94,02	NS	¿No escatimar trabajo en mi desempeño cotidiano?	87	91,45	NS
¿Se presenta a sí misma de forma que favorece una imagen positiva de la enfermería?	90,5	90,6	NS	¿Se presenta a sí misma de forma que favorece una imagen positiva de la enfermería?	84,5	88,03	NS
¿Ofrece cuidados enfermeros respecto a las necesidades individuales con independencia de características personales?	92	94,87	NS	¿Ofrece cuidados enfermeros respecto a las necesidades individuales con independencia de características personales?	89	91,45	NS

NS: no significativo

Los valores son expresados como porcentajes (%)

Las competencias y conductas han sido analizadas siguiendo el mismo patrón que toda la encuesta. Destacando aquellas para las que constatamos una diferencia estadística significativa.

- Analizando la necesidad de dichas competencias o conductas citamos:

- ¿Expresa su opinión sobre tendencias y cuestiones sociales que tienes implicación sanitaria? (67,5 vs 86,32% $p < 0,0001$).

- ¿Trata a los pacientes como ellos lo prefieren? (82,5 vs 91,45% p= 0,028).
- ¿Aporta ideas para mejorar el acceso a los cuidados de enfermería y a la atención sanitaria? (86 vs 95,73% p= 0,006).
- ¿Informa de la práctica incompetente, no ética e ilegal de forma objetiva e imparcial? (76,5 vs 93,16% p< 0,0001).
- ¿Anima al debate abierto de las cuestiones polémicas de la profesión? (74,5 vs 90,6% p< 0,0001).
- ¿Documenta los cuidados enfermeros de forma exacta y honesta? (90,5 vs 79,49% p= 0,006).
- ¿Aporto espiritualidad y trascendencia en mi trabajo con el paciente? (65,5 vs 86,32% p< 0,0001).

En todas las que hemos destacado excepto en la documentación de los cuidados, el grupo Con Carisma tiene un valor porcentual más alto que el grupo Sin Carisma. En el resto de resultados en los que no hay diferencia estadística se sigue cumpliendo el predominio porcentual para el grupo Con Carisma.

- Analizando el tener dichas competencias o conductas citamos:

- ¿Expresa su opinión sobre tendencias y cuestiones sociales que tienes implicación sanitaria? (49,5 vs 75,21% p< 0,0001).
- ¿Mantiene la confidencialidad de los pacientes y el personal? (94 vs 83,76 p= 0,003).
- ¿Aporta ideas para mejorar el acceso a los cuidados de enfermería y a la atención sanitaria? (60,5 vs 87,18% p< 0,0001).
- ¿Informa de la práctica incompetente, no ética e ilegal de forma objetiva e imparcial? (48,5 vs 79,49% p< 0,0001).
- ¿Anima al debate abierto de las cuestiones polémicas de la profesión? (54,5 vs 85,47% p< 0,0001).
- ¿Participa en los esfuerzos profesionales para proteger a la sociedad de la información equivocada sobre la enfermería? (67 vs 82,91% p= 0,002).

○ ¿Aporto espiritualidad y trascendencia en mi trabajo con el paciente? (47,5 vs 78,63% $p < 0,0001$).

Se repite el patrón anterior donde la diferencia en valores porcentuales es mayor para el grupo Con Carisma en todos menos en el mantenimiento de la confidencialidad.

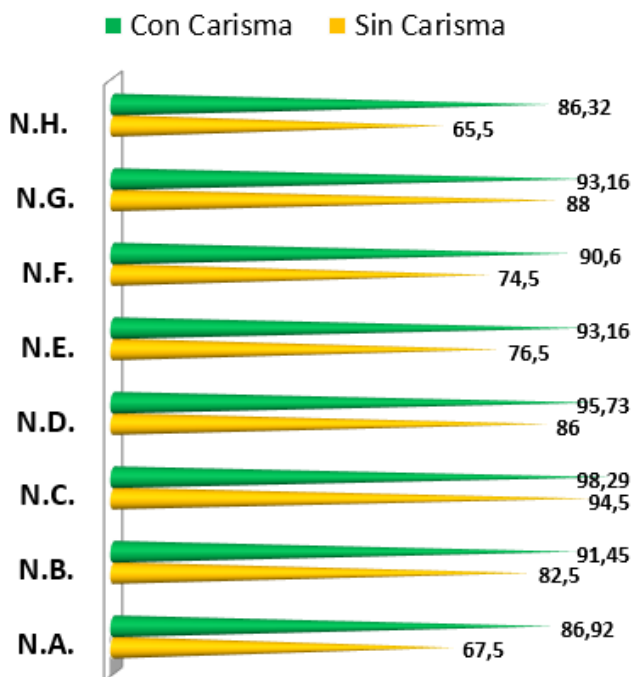
b) Discusión:

Es lógico que la necesidad de documentar no esté tan presente en el grupo Con Carisma ya que es una función muy propia de los profesionales sanitarios, que tenemos obligación de documentar y dejar referencia escrita del trabajo que realizamos cotidianamente, y en el grupo Con Carisma no predominan los sanitarios en la muestra.

El grupo Con Carisma, destaca porcentualmente cuando se estudia la necesidad de la confidencialidad. Cuando se analiza el poseer esta competencia, se aprecia diferencia estadística favoreciendo porcentualmente al grupo Sin Carisma, lo que nos puede llevar a pensar del menor porcentaje en el grupo Con Carisma que se pueda derivar de las conversaciones comunitarias y la oración compartida, muy característico de la vida religiosa, donde la misión es compartida para sentirse todos los miembros parte integrante de una misma obra. Con estos datos seguimos respaldando la hipótesis y la posibilidad de establecer el dialogo entre ambos grupo como fuente de riqueza para atender a los enfermos en sus necesidades.

Pasamos a mostrar en la Gráfica 10 y Gráfica 11 la visualización de esas diferencias a las que hacíamos alusión anteriormente.

Gráfica 10: Estudio comparativo de las Competencias morales y Conductas profesionales Necesarias en los sujetos con y sin Carisma.



N.A. ¿Expresa su opinión sobre tendencias y cuestiones sociales que tienen implicación sanitaria?

N.B. ¿Trata a los pacientes /personas como ellos lo prefieren?

N.C. ¿Crea un ambiente de trabajo agradable para sí misma y para los demás?

N.D. ¿Aporta ideas para mejorar el acceso a los cuidados de enfermería /prójimo y a la atención sanitaria?

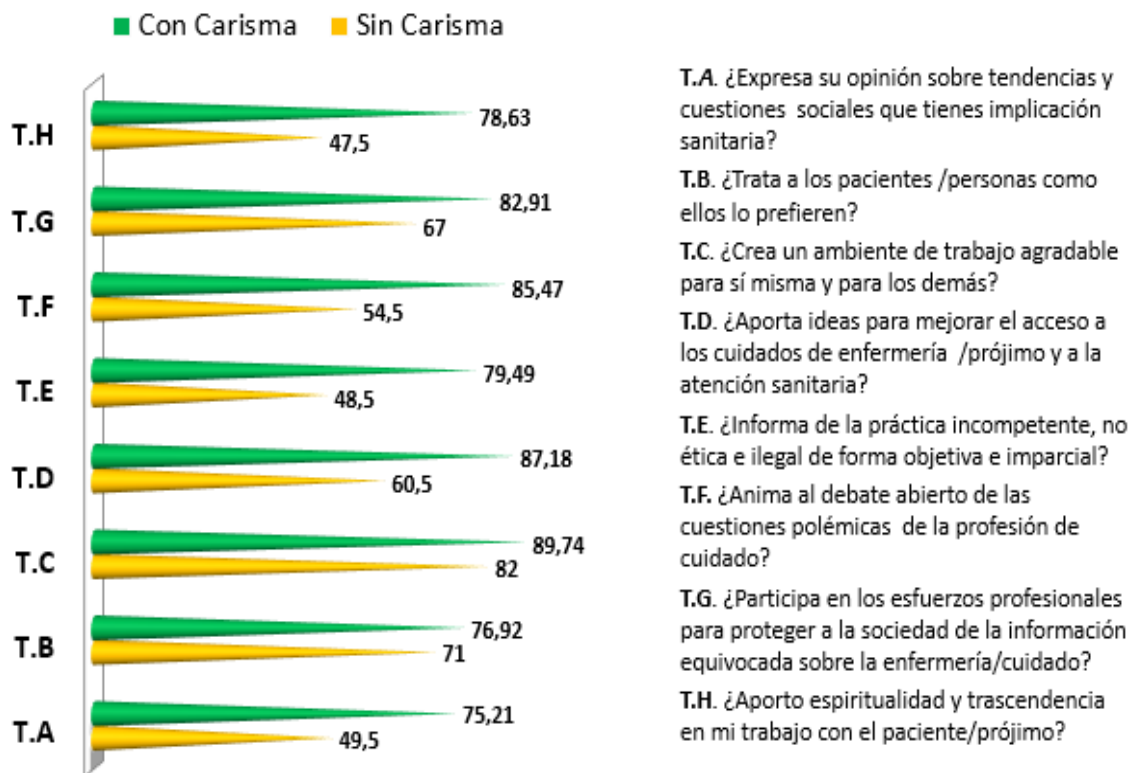
N.E. ¿Informa de la práctica incompetente, no ética e ilegal de forma objetiva e imparcial?

N.F. ¿Anima al debate abierto de las cuestiones polémicas de la profesión de cuidado?

N.G. ¿Participa en los esfuerzos profesionales para proteger a la sociedad de la información equivocada sobre la enfermería/cuidado?

N.H. ¿Aporto espiritualidad y trascendencia en mi trabajo con el paciente/prójimo?

Gráfica 11: Estudio comparativo de las Competencias morales y Conductas profesionales que Tienen los sujetos con y sin Carisma.



Destacamos por la importancia que se deriva de aportar espiritualidad y trascendencia en el trato con el prójimo, que se aprecia una diferencia considerable en ambos grupos para la dicotomía (necesito/tengo), esto refuerza la hipótesis y se apoya directamente en la necesidad de apostar por esa parcela del cuidado, argumentada a lo largo de todo este estudio.⁸⁴⁸

848 F. MORALES RAMÓN, M. G OJEDA VARGAS, “El cuidado espiritual como una oportunidad de cuidado y trascendencia en la atención de enfermería” *rev. Salud en Tabasco*, México, 3, (2014), 94-97; E. PÉREZ GARCÍA, “Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal.” *Enfermería: Cuidados Humanizados.*, 5 (2016), 41-45; A. MUÑOZ DEVESA, I. MORALES MORENO, J.C. BERMEJO HIGUERA, J. M^a. GALÁN GONZÁLEZ SERNA, “La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual” *Index de Enfermería*, 23(2014), 153-156.

18.4. Resultados y discusión de la sensibilidad moral en el cuidado de enfermería/prójimo, que tienen y son necesarios para ambos grupos

Para analizar los datos estadísticamente de las preguntas relacionadas con la sensibilidad moral se ha tenido en cuenta los valores que nos ha aportado la media ($ME \pm$) y el coeficiente de correlación de Pearson (p) este es el mismo coeficiente que hemos tenido presente en toda nuestra investigación para poder relacionar linealmente las variables aleatorias cualitativas.

a) Resultados:

Pasaremos a destacar de los 34 ítems que hemos tenido presentes cuales muestran una diferencia significativa, observando en que grupo se da con mayor prevalencia esa sensibilidad, para lo cual nos guiaremos de la Tabla 5.

TABLA 5: VIVENCIA DE SENSIBILIDAD MORAL EN EL CUIDADO ENFERMERO/PRÓJIMO

Sensibilidad moral	Sin Carisma (media \pm SD)	Con carisma (media \pm SD)	P
Para mí es importante como enfermera, expresar al paciente mi disponibilidad como profesional.,	4,23 \pm 0,06	4,38 \pm 0,06	0,13
En mi entorno laboral considero fundamental la responsabilidad.	4,83 \pm 0,03	4,7 \pm 0,05	0,16
Me resulta difícil intervenir cuando detecto situaciones que impliquen cuidados inseguros o inadecuados.	3,32 \pm 0,07	3,8 \pm 0,1	0,0003
En mi entorno laboral considero fundamental mostrar al paciente una actitud de apoyo.	4,51 \pm 0,05	4,37 \pm 0,07	0,14
Me resulta difícil estar dispuesto a escuchar los sentimientos del paciente.	2,62 \pm 0,09	3,48 \pm 0,12	<0,0001
En mi entorno laboral considero fundamental establecer una relación de confianza con el paciente.	4,25 \pm 0,06	4,39 \pm 0,07	0,15
Me cuesta Identificar inquietudes respecto a la expresión religiosa (velas, ayuno, prácticas alimentarias, crucifijos, estampas religiosas)	2,83 \pm 0,09	3,58 \pm 0,12	<0,0001

En mi entorno laboral, considero fundamental crear un ambiente de intimidad en todas las actividades enfermeras	4,28±0,06	4,36±0,07	0,38
Antes de delegar ninguna actividad a otro profesional, me preocupo de valorar su competencia y preparación.	3,84±0,07	4,13±0,08	0,009
Como enfermera, pienso que no me corresponde adaptar las normas de la institución a las necesidades de los pacientes	2,72±0,09	3,82±0,11	<0,0001
Siento que no debo llevar a cabo alguna actividad si pienso que no se adecua a la necesidad del paciente.	3,53±0,07	4,2±0,08	<0,0001
Creo que como enfermera debo ayudar al paciente a expresar sus inquietudes al médico.	4,27±0,06	4,51±0,6	0,009
Tengo un especial interés en ayudar al paciente a darse cuenta de que cada ser es único.	3,55±0,08	4,47±0,07	<0,0001
No siento especial interés en participar en comisiones multidisciplinares para tratar cuestiones clínicas.	2,74±0,08	3,78±0,11	<0,0001
Me resulta fácil captar los mensajes no verbales (tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz) que acompañan a las palabras expresadas.	3,62±0,07	4,17±0,09	<0,0001
Tengo habilidad para percibir qué le preocupa al paciente.	3,73±0,05	4,28±0,07	<0,0001
En determinados casos me cuesta expresa al paciente empatía y comprensión por la experiencia que está pasando.	2,78±0,07	3,81±0,10	<0,0001
Siento que debo asegurar al paciente que como cuidador, estaré disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento	4,18±0,06	4,25±0,07	0,45
En determinados momentos creo que impongo mis valores al paciente.	2,47±0,07	3,55±0,09	<0,0001
Estar atenta a la expresión del paciente me ayuda a percibir sus necesidades	4,07±0,05	4,35±0,06	0,001
Me molesta oír referirse a los pacientes por su diagnóstico.	3,36±0,08	4,14±0,09	<0,0001

A veces necesito dar por terminada la conversación, si detecto algún problema que preocupe al paciente.	3,02±0,08	3,98±0,09	<0,0001
Me preocupa no disponer de tiempo para sentarme al lado del paciente y escucharle.	3,72±0,07	4,21±0,08	<0,0001
En mi unidad/ servicio, hay tanta carga de trabajo, que siento que no hago lo que realmente es importante	3,44±0,07	3,836±0,01	0,001
A menudo cuando estoy con el paciente hablo de mi misma para estar más cómoda.	2,46±0,08	3,72±0,11	<0,0001
Siento que debo mostrar un interés sincero por el paciente.	4,23±0,06	4,53±0,06	0,001
Procuro dirigirme al paciente con voz serena y sin prisas.	4,32±0,05	4,29±0,06	0,81
A veces siento que debo minimizar los sentimientos del paciente para evitarle estrés.	3,35±0,08	3,89±0,03	<0,0001
Pienso que es importante ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades	4,8±0,06	4,40±0,07	0,001
Tengo un especial interés en proporcionar confort a los pacientes	4,34±0,05	4,38±0,07	0,61
A veces estoy atendiendo a un paciente pero siento que tengo la cabeza en otro sitio.	2,84±0,08	3,74±0,10	<0,0001
Necesito que mi relación con el paciente esté basada en la honestidad	4,01±0,06	4,41±0,07	<0,0001
Me cuesta aceptar determinadas decisiones de los pacientes.	2,90±0,08	3,95±0,1	<0,0001
Tenemos presente la mayor estima de la dignidad de la persona que cuidamos	4,28±0,05	4,65±0,05	<0,0001

Los valores se expresan como media± Desviación estándar (media ± SD)

En el análisis de los resultados sobre la sensibilidad moral encontramos que los sujetos Con Carisma presentan una mayor puntuación al tener presente la mayor estima de la dignidad de la persona que cuidamos ($4,65 \pm 0,05$ vs $4,28 \pm 0,05$, $p < 0,0001$), al tener especial interés en ayudar al paciente a darse cuenta de que cada ser es único ($4,47 \pm 0,07$ vs $3,55 \pm 0,08$, $p < 0,0001$), al resultarle fácil captar los mensajes no verbales (tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz) que acompañan a las palabras expresadas ($4,17 \pm 0,009$ vs $3,62 \pm 0,07$, $p < 0,0001$) y al tener habilidades para percibir qué le preocupa al paciente ($4,28 \pm 0,07$ vs $3,37 \pm$

0,05, $p < 0,0001$), destacamos estos como estadísticamente más significativos sin que sean los únicos en los que se observa la diferencia.

Sin embargo ambas poblaciones no difieren en sus respuestas en cuanto al aspecto de tener un especial interés en proporcionar confort a los pacientes ($4,34 \pm 0,05$ vs $4,38 \pm 0,07$, $p < 0,61$), al considerar que en entorno laboral es fundamental establecer una relación de confianza con el paciente ($4,25 \pm 0,06$ vs $4,39 \pm 0,07$, $p < 0,15$) o para asegurar al paciente que como cuidador estaré disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento ($4,18 \pm 0,06$ vs $4,25 \pm 0,07$, $p < 0,45$). Los resultados obtenidos de estos y el resto de ítems aparecen reflejados en la Tabla 5.

b) **Discusión:**

Los resultados obtenidos con nuestro estudio son similares a los que se derivan del estudio del cual hemos obtenido las encuestas, lo que nos hace apostar con mayor énfasis en la validez de los resultados obtenidos⁸⁴⁹ con la colaboración de Albert Balaguer S. y Joaquín Tomás S., lo que nos hace apostar con mayor énfasis en la validez de los resultados obtenidos y en la importancia de conocer la sensibilidad moral para poder incidir en su formación y enriquecimiento.

Son muchos los ítems o preguntas para las que podríamos establecer una discusión sobre la relación que se da entre ambos grupos, en los resultados hemos destacado las que nos parecían más características conscientes de que todas son importantes cuando establecemos una relación de cuidado.

Subrayamos al ser la parte nuclear del carisma de las ACJ⁸⁵⁰ sobre el que apoyamos este trabajo que el ítem, tenemos presente la mayor estima de la dignidad de la persona que cuidamos, la diferencia es muy significativa favoreciendo numéricamente al grupo Con Carisma. Sin querer entrar en la redundancia que la dignidad tiene para el cuidado enfermero, muy argumentada a lo largo de esta discusión.

849 CAMPILLO, *Creación y Validación*, 149-151.

850 «Las que militan esta congregación han de tener el más ardiente amor al salvador y la máxima estima del valor de un alma (dignidad) [...] por eso deben desear sinceramente realizar la misión que el Señor con tan singular amor les confía...» (CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 9, 11).

19. ANÁLISIS CRÍTICO

19. ANÁLISIS CRÍTICO

Para terminar esta parte de análisis crítico, podemos aportar derivado de nuestra investigación al campo del cuidado sanitario las siguientes reflexiones:

- Los resultados nos muestra una vinculación de valores profesionales como dignidad, justicia, libertar, estética, altruismo, igualdad, verdad y el compromiso con las personas y respuestas de cuidado.⁸⁵¹

- Para las disciplinas del cuidar y muy concretamente para la profesión de enfermería, es fundamental que los valores considerados esenciales y los temas de bioética derivados de esta relación, tengan la importancia que precisa dentro de la práctica cotidiana.⁸⁵² Por ello es una prioridad que el carácter moral de la profesión sea tenido con mayor consideración.

- La reflexión que se derive por parte de los profesionales de los datos analizados puede establecer un dialogo con otras disciplinas, en este caso la Teología desde el carisma de las APJ⁸⁵³, permitiéndole a la enfermería reconocer, establecer, rectificar, innovar o integrar elementos necesarios para su crecimiento y progreso profesional en la senda de la humanización y la excelencia.⁸⁵⁴

- De esta investigación no se deriva que hay que incrementar el trabajo de los profesionales de la salud, al contrario se pretende indagar en lo que sustenta este que hacer y enriquecerlos desde el carisma de las ACJ en un intento de aportarle originalidad y riqueza para la disciplina, mediante la incorporación de valores y actitudes en la mediación de una relación terapéutica coherente.

- Si consideramos fundamentales las actitudes, valores, competencias y sensibilidad moral para las disciplinas de las ciencias de la salud, deberíamos incidir

851 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

852 QUIALA “*Enfermería*” 20-21.

853 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 55-60.

854 BERMEJO, *Humanizar*, 5-53.

en hacer mayor énfasis en formar a los futuros profesionales de la enfermería desde estos preceptos.⁸⁵⁵

- Desarrollando instrumentos que puedan medir esta necesidad e investigaciones que sigan respaldando estos ideales, puede dar lugar a que se tome conciencia de su importancia.⁸⁵⁶ Descubriendo con esta investigación que son muy pocos de los instrumentos que en la actualidad se dispone para dicho fin.

- Podría ser interesante y de riqueza para la salud, aplicar este tipo de investigación a los distintos gremios que componen el sistema sanitario, lo que permitiría reforzar aún más nuestra hipótesis o evaluar los resultados a la luz de los datos que se obtengan.

- Aunque en la parte de fundamentación se ha tenido en cuenta la demanda que la población hace de estos valores y actitudes y considerando que los cuidadores podemos pasar a ser cuidados en cualquier momento de nuestras vidas,⁸⁵⁷ sería interesante analizar la demanda y la preferencias por parte de los enfermos en relación a estos valores y actitudes.

- Este estudio puede derivar en la obtención de equipos sólidos en cuestiones éticas, lo que incidirá en el enriquecimiento e incremento de la calidad asistencial del cuidado. La sanidad está demandando profesionales con capacidades de respuesta ante todo tipo de necesidades que planteen las circunstancias, por lo que se necesitan equipos que cuenten con este tipo de conocimientos.

- Reconocer el sentido antropológico que tiene el cuidado enfermero,⁸⁵⁸ nos permite asentar estos cuidados como parte intrínseca al ser humano desde sus orígenes y la necesidad de ocuparnos de una manera responsable y actualizada, a la novedad que está demandando la sociedad hoy y que es parte del propio proceso evolutivo de la cultura y la población.

- Contemplar que la vocación para la enfermería está asociada a una serie de actitudes y valores fundamentales como hemos determinado en nuestro marco

855 DÍAZ, *Valores profesionales*, 289-299.

856 CAMPILLO, *Creación y Validación*, 151.

857 MARTÍN, *La presencia*, 38-51.

858 GARCÍA, *Aproximación antropológica*, 15-29.

teórico,⁸⁵⁹ nos ha permitido medir estadísticamente su presencia en ambos grupo de estudio y establecer una comparativa a la luz de los resultados. Lo cual nos ha mostrado a lo largo de toda la discusión que son muy cercanos porcentualmente dichos resultados. Desde este enfoque podemos establecer el pretendido acercamiento entre cuidado confesional y aconfesional que pudiera desde la ignorancia alejar a ambos grupos.

- Establecer dentro de lo que debe ser la vocación para enfermería los principios éticos básicos de beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia, nos permite hablar en un lenguaje común, una ética de índole global y desde aquí con validez para toda la humanidad, independiente de culturas, idiomas o religiones.⁸⁶⁰

- Proponer los valores ofrecidos por la AACN⁸⁶¹ como fundamentales para el cuidado enfermero nos ha permitido establecer una comparación entre los resultados obtenidos en nuestro estudio de investigación y los que se derivan de otros estudios,⁸⁶² aportando plausibilidad y consistencia a los resultados obtenidos. El llevar este análisis dentro de un carisma religioso, que es donde radica la originalidad de nuestra investigación, nos sigue pareciendo oportuno a la luz de los resultados y propicio para establecer el dialogo entre este carisma y las ciencias de la salud, abriendo una puerta a estas relaciones desde los valores y actitudes fundamentales para el cuidado.

- Examinar las influencias religiosas que a lo largo de la historia han acompañado a la profesión de enfermería,⁸⁶³ nos permite acercarnos desde el área del cuidar a la persona de Jesús de Nazaret, como ejemplo de cuidador y perfección a imitar en los valores y actitudes que describen el Evangelio en la relación que establecía con los enfermos.⁸⁶⁴ Como cristianos reconocer a Jesús como paradigma de salud y

859 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

860 GARCÍA, *Cuadernos prácticos*, 51.

861 MIRTHA, *Valores...*, 80-93.

862 DÍAZ, *Valores profesionales*, 289-299

863 HERNÁNDEZ, *La enfermería*, 21-37.

864 Lu. 10, 25-37 (*parábola del buen samaritano*)

salvación sólo es posible desde la fe en su Buena Noticia, lo cual nos eleva a un plano trascendental, que el que carece de esta fe no puede acceder.⁸⁶⁵

- Poner en el centro del cuidado enfermero los valores y actitudes fundamentales que deben regir este cuidado, es poner en el centro a la persona y sus necesidades, en un intento de alcanzar la humanización que tan de actualidad está en nuestra sociedad, donde la tecnificación de los cuidados profesionales, pudieron en algún momento de su evolución, olvidar que la actividad que se realiza siempre es directamente sobre un ser humano, del que nunca se puede apartar su dignidad como persona.⁸⁶⁶

- Contemplar el carisma de las ACJ como medio para rescatar la alteridad y la dignidad de la persona enferma en una sociedad que en ocasiones silencia estos valores, favorecerá a la disciplina enfermera el reconocimiento de la totalidad de la persona desde este horizonte axiológico.⁸⁶⁷

- Ofrecer la vocación Apostólica como una experiencia profunda de amor,⁸⁶⁸ en la cual el sujeto sobre el que se realiza la acción terapéutica experimenta un amor reparador, nos ayudara a confirmar los valores necesarios para establecer dicha relación desde unos principios humanos, solidarios, justos, armonizados, sanadores, en definitiva que acojan a la persona en totalidad y la acompañen a su plenitud.⁸⁶⁹

865 PAGOLA, *Acercamiento* 1-13.

866 BERMEJO, *Humanizar*, 5-53.

867 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 9, 11.

868 TORRES, *Espiritualidad*, 180.

869 CAÑAS, *De la deshumanización*, 67-77.

20. LIMITACIONES

20. LIMITACIONES

Tenemos en cuenta que las respuestas que aportan los participantes para este estudio en relación a los valores, actitudes, competencias, conductas y sensibilidad moral relacionada con la relación de cuidado están sujetas a su subjetividad respecto a los conceptos analizados.

Por otra parte, destacamos que el grupo Sin Carisma formado por profesionales de la salud pertenece en su mayoría al Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Esto constituye otra limitación a la hora de generalizar los resultados expuestos, ya que no representa a todo el colectivo enfermero, pero se eligió este grupo por atender a los enfermos que generalmente tienen mayor vulnerabilidad física y psíquica.

Para el grupo Con Carisma se puede decir que está aplicado a todo el territorio de España, lo que puede considerarse como representativo para este grupo.

Por último, destacar que en los dos grupos predomina el género femenino, por ser una disciplina de amplio predominio de este género, y al pertenecer el carisma a una Congregación femenina. También destaca que en el grupo Con Carisma la edad de la población es mayor. Ambas limitaciones se podrían elevar a generales en este tipo de estudios por las características de los profesionales y por la realidad de la vida religiosa en nuestro país y momento histórico.

21. CONCLUSIONES

21. CONCLUSIONES

El análisis de los resultados obtenidos en esta investigación permite llegar a las siguientes conclusiones en relación a la hipótesis inicial:

1. El modelo teórico propuesto en la investigación considera que los valores, actitudes y competencias morales o conductas profesionales en las relaciones de cuidado enfermero abaladas como fundamentales por la Asociación Americana de Cuidados de Enfermería (AACN), y las preguntas relacionadas con la sensibilidad moral, con rigor científico dentro del instrumento CuSMCE-23 de la Universidad de Barcelona, deben preceder y acompañar cualquier actividad de cuidado.
2. Los ítems generados para la construcción del cuestionario presentan un satisfactorio índice de discriminación y cumplen con el rigor científico.
3. El análisis de los datos ha permitido establecer una comparativa entre los dos grupos estudiados Con o Sin Carisma, mostrando resultados satisfactorios para cumplir nuestra hipótesis y permitir la relación de enriquecimiento.
4. El cuestionario utilizado ha resultado ser factible, práctico y de fácil cumplimentación, siendo la evaluación independiente del género, edad y el entorno de cuidado.
5. Las puntuaciones han resultado independientes de la formación ética durante el periodo formativo o posterior a este periodo, pero si podemos destacar a la luz de los datos obtenidos que en el Con Carisma el porcentaje de religiosidad y profesar la religión es alto y el grado de formación en ética posterior al periodo de formación es mucho más elevado, frente al grupo Sin Carisma, lo que nos conduce a la afirmación que el grupo Con Carisma aumenta sus conocimientos en ética posteriormente al periodo de formación, sin que tengamos datos para extrapolar esta afirmación a todos los religiosos y que profesen la religión ajenos a este carisma.
6. El carisma ACJ puede ser fuente de identidad y referencia para el cuidado sanitario en el ámbito secular, facilitador de la actualización y originalidad cotidiana en el cuidado al prójimo.
7. La persona de Jesús es referencia en la relación de cuidado al prójimo y puede

serlo también para el contexto de las Ciencias de la Salud desde el carisma de las ACJ a la luz de los datos obtenidos en nuestra investigación. Luz C. tuvo esa intuición para dar respuesta desde lo que percibía en la pobreza y en el clamor del pueblo, donde encontraba en el sufrimiento el mismísimo rostro del Crucificado, en un intento de que su vocación y pastoral siempre fuera evangelizadora y testimonio vivo del Amor.⁸⁷⁰

8. Influencia de la religión católica en el ámbito del cuidado al enfermo o necesitado.
9. La Teología puede incrementar importantes conocimientos en el paradigma contemporáneo de la ética enfermera, potenciando la realización de trabajos desde su campo del Saber cómo la actual investigación.

Asimismo, podemos encontrar derivadas de nuestro estudio las siguientes conclusiones:

- I. La respuesta que Luz R. Casanova aporta a la humanidad como fundadora de las ACJ, no se puede separar de su contexto histórico, sociocultural y la iglesia de su momento, lo cual condiciona y guía lo que se espera de una Congregación femenina. Sin embargo se puede considerar que rompe muchos moldes establecidos para una mujer y una religiosa de su época: negativa al matrimonio, hábito, modos de orar, clausura, horarios, etc. Pone en marcha el «Patronato de enfermos», para dar respuesta a la carencia absoluta que tenían los enfermos de los barrios marginados de Madrid. Este Patronato responderá a una compleja estructura en la cual se quiere tener presente la totalidad de las necesidades de la persona, sin escatimar detalle alguno, ni mermar esfuerzo para conseguir su objetivo. A esta Obra le acompañaran otras: escuelas, comedores, creación de movimientos de mujeres, obras sociales, formación de religiosas, etc.
- II. El carisma vocacional en el que centramos este estudio, tiene en su nucleó el lema: *«el más ardiente amor al salvador y la máxima estima de la dignidad*

870 RODRÍGUEZ, *Tratados Apostólicos*, 1-7.

de la persona»,⁸⁷¹ dignidad que todo profesional de la salud desde un terreno aconfesional debe respetar en toda persona y que al acogerlo como totalidad tendrá que tener presente la dimensión trascendental presente en toda criatura. Desde aquí se pueden intuir los valores y actitudes que mueven esta vocación y su aplicación a la praxis enfermera, dando una respuesta totalizante a la persona, alma y cuerpo.

- III. La disciplina enfermera se ve forzada a integrar praxis y aprendizaje, como sólo es posible pensar la complejidad del cuidado humano, afectada por la totalidad de fenómenos que subyacen en la existencia del hombre y que el paso del tiempo ha ido forjando en la disciplina. Lo que nos sigue ofreciendo la reflexión de proponer el carisma de las ACJ como medio para seguir afectando la impronta de la disciplina de enfermería.
- IV. Hacer un recorrido antropológico de esta disciplina, nos ha permitido evocar que cuidar es un acto propio e intrínseco a la vida, abrazado por multitud de actividades cuyo fin es mantener la vida, posibilitando su continuidad y perpetuación en el tiempo. La enfermería como actividad profesional cuyo origen está en la necesidad ontológica que tiene toda persona de requerir el cuidado del otro, tiene que seguir profundizando en su dimensión social y ética, pues el desarrollo de su ejercicio profesional se realiza dentro de una comunicación entre seres humanos que incorporan sus propios valores.
- V. Entendemos la vocación como la suma de cualidades que caracteriza a cada persona y la lleva a orientarse hacia un determinado oficio o profesión, reconociendo que la vocación en enfermería debe contener un conjunto de valores y actitudes definitorias y fundamentales, en un aprendizaje continuo a lo largo de la relación con el otro.
- VI. A pesar de que los profesionales de enfermería reconocen la necesidad de estos valores, actitudes, competencias morales y sensibilidad moral en la relación de cuidado, se establece la dificultad de aplicarlos a la práctica del cuidado para salvaguardar un cuidado humanizado y de calidad, que aporte la originalidad habitual de la que está necesitado el profesional de enfermería, para reforzar

871 CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, art. 9, 11.

su vocación y autoestima. Es necesario tomar conciencia de esta necesidad a nivel institucional y personal para que nuestra actuación este acompañada del constructo que mencionamos.

VII. Tener presente la bioética como una herramienta que nos permita hablar un lenguaje propio, una ética de carácter global, con autenticidad y utilidad para todo el colectivo enfermero y humano, independientes de aspectos externos, hará posible establecer un dialogo de la ontología vocacional en el ámbito enfermero.

VIII. Se considera “persona” y “dignidad” como referentes definidores de lo humano y los pilares de una fundamentación ética de la realidad vital que nos compete, que no es otra, que el ser humano como ser personal en su dimensión corporal, existencial y espiritual. Estos conceptos nos permitirán entender, la relación asistencial desde una visión lo más justa, universal y humanizadora posible.

IX. La crisis de valores en la enfermería afecta directamente al profesional, al enfermo y la relación terapéutica que se pueda establecer entre ambos. Siendo necesaria la vocación, entendida como la llamada que nos guía a poner en práctica esos valores y actitudes fundamentales en la relación de cuidado, como vehículo para llegar a superar esta pobreza técnica y deshumanizada en la que actualmente cabe el peligro de caer.

X. Ofrecer la Buena Noticia como posibilidad para vivir en plenitud, puede ser el camino para que se reconozca la propuesta sanadora y salvadora de Jesús, que empodera a toda criatura para vivir desde las posibilidades que alberga su ser y alcanzar la dignidad a la que está llamado incluso desde la debilidad o enfermedad. El carisma Apostólico nos invita a servir de pantalla a Cristo, que el prójimo pueda ver en nosotros su ser, así seremos copartícipes con Él en su misión. Aportaremos una experiencia espiritual que permita la capacitación y el empoderamiento mencionado, en un intento de «reproducir la vida de Jesús y sus apóstoles».

XI. La enfermería debe de regir sus valores, actitudes y competencias morales conforme al su código deontológico que articula el trabajo cotidiano conforme a unos principios, derechos y deberes. Conduciéndola hacia una ciencia responsable y autónoma dentro del amplio entramado de las ciencias de la salud.

XII. Humanizar la salud tiene como premisa el poner en el centro del cuidado a la persona, el carisma de las ACJ es claro ejemplo de esta centralidad de la persona.

XIII. Podemos afirmar que la ética enfermera desde la acción sanadora de Jesús, no se aparta de las necesidades que la sociedad aconfesional en la que se desarrolla las ciencias de la salud en la actualidad demanda, es más, comparte todas las condiciones morales que se le exige a la enfermería. Por ello, seguimos reafirmando que la vocación de enfermería desde el carisma de las ACJ, también tiene razón de ser, pues sabemos que enfermería necesita de una fuerte vocación para desarrollar su trabajo cotidiano de la forma más ética, es decir, más humana posible.

XIV. La dificultad de establecer el constructo de valores, actitudes, competencias morales y sensibilidad moral, unido al escaso reconocimiento de su aplicación por parte de los profesionales de enfermería, al mismo tiempo que la necesidad de tomar consciencia de la necesidad de reaprender y practicar los valores para evitar que no descienda al desuso, todo esto deriva en la exigencia de actualizar constantemente la práctica de estos desde una formación continuada. El carisma de las ACJ, puede ser muy inspirador para saber acoger esta necesidad por parte de la enfermería, a luz de los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES INÉDITAS Y DOCUMENTOS DE LA CONGREGACIÓN DE LAS ACJ

APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, X Capítulo General, Madrid 1990.

APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XI Capítulo General, Madrid 1996.

APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XII Capítulo General, Méjico D.F. 2002.

APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIII Capítulo General, Lima (Perú) Julio 2008.

APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESÚS, XIV Capítulo General, Collado Mediano, España, 2014.

CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, (1943-1950 Canónicas).

CONSTITUCIONES DE LA CONGREGACIÓN DE DAMAS APOSTÓLICAS DE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, (no canónicas, 1924).

EJERCICIOS ESPIRITUALES PARA USO DE LAS DAMAS APOSTÓLICAS.

MUNÍTIZ, M., *Explicaciones de la Reverendísima Madre Fundadora. Diario y otros*, Madrid.

NAVARRETE, U., *Beatificationis et canonizationis servae Dei Luz Rodríguez Casanova y García San Miguel. Positio super virtutibus*. 2000.

PENSAMIENTOS DE LA MADRE LUZ R. CASANOVA, para uso privado.

RODRÍGUEZ CASANOVA, L., *Tratados Apostólicos*, Obras Propias de las ACJ, Madrid (1936-1939).

BIBLIOGRAFÍA SOBRE LUZ RODRIGUEZ CASANOVA

DE ECHARRI, M., *Biografía de Doña Luz Rodríguez Casanova, fundadora de las Damas Apostólicas del Sagrado Corazón de Jesús*, Congregación de las Damas Apostólicas, Madrid 1951.

ITURBIDE, E., *El amor dijo sí*, Marianas, Pamplona 1961.

LAMET, P. M., *Porque tuve hambre. Luz R. Casanova (1873-1949)*, Sal Terrae, Santander 1992.

MARTÍN HERNÁNDEZ, F., *Luz Casanova, una vida consagrada a los pobres*, Congregación de Damas Apostólicas, Madrid 1991.

TORRES PÉREZ, M. J. *Espiritualidad ignaciana y originalidad femenina en Luz R. Casanova (1873-1949)*, Verbo Divino, Navarra 2014.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

ADORNO, T., La doctrina kierkegaardiana del amor, en *Kierkegaard. La construcción de lo estético*, trad. Vernengo, Venezuela, Monte Ávila Editores, 1969, 233-235.

ÁLVAREZ, F., *Misión sanante de la comunidad cristiana*, Verbo Divino, Estella , Navarra, 2002.

ANDORNO, R., *Bioética y dignidad de la persona*, Tecnos, Madrid, 1998.

ANTÓN ALMENARA, P., *Enfermería: Ética y legislación*. Masson- Salvat, Barcelona 2004.

ANTÚNEZ CID, J., *La intersubjetividad en Xavier Zubiri*, Editrece Pontificia Universita Gregoriana, Roma 2016.

APARECIDA, *V Conferencia de Episcopado Latinoamericano y del Caribe*, del 13-31 de Mayo 2007.

APARECIDA BAGGIO, M., LORENZINI ERDMANN, A., “*Relaciones múltiples del cuidado de enfermería: el surgimiento del cuidado «de nosotros»*” Latino-Am. Enfermagem, 18, 2010.

ARANGUREN, J.L., *Ética en obras completas*, II. Trotta, Madrid, 1994.

ARISTÓTELES, *Gran Ética*, Traducción SAMARANCH FRANCISCO DE P. Sarpe, S.A. 1984.

ARROYO, P., *Más allá de la responsabilidad laboral: el compromiso profesional*, XVI Sesiones de trabajo, Asociación Española de Enfermería Docente. Sevilla 1995.

ARROYO, P. Y CORTINA, A., *Ética y legislación en enfermería*, Mcgraw-Hill Interamericana. Madrid, 1997.

AULLÓN DE HARO, P., *Teoría del Humanismo*. Madrid: Verbum, 2010.

AURELIO, M., *Pensamientos sobre mí mismo*, ed. francesa, París, 1964.

BALTUILLE, R., “*Conocerse a sí mismo: un requisito para la relación de ayuda*”, en: Tercera Jornada de Enfermería de Atención Primaria Área 5 de Madrid, 2002.

BANDERA, A., *Paulo Freire. Un Pedagogo*, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Colección Manoa 1981.

BASAVE FERNÁNDEZ DEL VALLE, A., *La civilización del amor. Reflexiones para una sociedad en crisis*. México, FCE, 2006.

BATIZ, J., *Problemas éticos al final de la vida*, DDB, Bilbao 2006.

BAUMGARTNER, I., *Psicología pastoral. Introducción a la praxis de la pastoral curativa*, Desclée de Brouver, Bilbao 1997.

BAUTISTA, O. D., *Ética Pública Frente a Corrupción. Instrumentos éticos de aplicación práctica*. IAPEM, México 2015.

BERMEJO, J. C., *Humanizar la salud*, San Pablo, Madrid 1997.

BEAUCHAMP, T. L. Y CHILDRESS, J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Fourth Edition, Oxford University Press, Nueva York/Oxford 1994 (trad. cast. Principios de ética biomédica. Masson, Barcelona 1999).

BENEDICTO XVI, *Deus Caritas Est*, (25-12-2005).

BEUCHOT M., *Hermenéutica analógica y del umbral*. Salamanca, San Esteban, 2003.

BONETE, E., *La maldad, Raíces antropológicas, implicaciones filosóficas y efectos sociales*. Cátedra, Madrid, 2017.

BONHOEFFR, D., *El precio de la gracia, Sígueme*, Salamanca, 1995.

BRUSCO, A., *Umanità per gli ospedali, Salcom*, Varese 1983.

CALLAHAN, D., *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society Whth "Response to My Cristics"*, Georgetown University Press, 2003.

CAMPILLO ZARAGOZA, B., *Creación y Validación de cuestionario de Sensibilidad Moral en los cuidados enfermeros. Estudio de la Sensibilidad moral enfermera*. Universidad Internacional de Catalunya, 2014.

CASAS M^a DE LA CRUZ, *Conocer y amar*, Cuadernos de Bioética, México 1998.

CASTILLA, B., *Consideraciones en torno a la concepción de la persona*. En: AAVV.

El primado de la persona en la moral contemporánea. XVII Simposio Internacional de Teología. 1997.

CHARLIFOUR, J., *la relación de ayuda en cuidados de enfermería. Una perspectiva holística y humanista*, SG Editores, Barcelona 1993.

CHINN, P., KRAMER M., *Theory and Nursing integrated knowledge development.* ed. Missouri: Mosby, Chapter 1, Nursing's fundamental patterns of knowing, 1999.

COEMEN, L., BEYRUTHER E., BIETENHARD H., (eds) *Diccionario teológico del Nuevo testamento IV*, Sígueme, Salamanca 1984.

COLLIÈRE, M.F., *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados en enfermería.* McGraw-Hill/Interamericana. Madrid. 1993.

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA, *Libro Blanco, la aportación de la Enfermería a la salud de los españoles, Situación actual y prospectiva de futuro de su desarrollo profesional.* Meta 2005 macro-estudio de base. Madrid, 1998.

DE KEMPIS, T., *Imitación de Cristo*, Madrid 1817, libro II, cap. 12.

DELLA MIRANDOLA, P., (1486), *Discurso sobre la Dignidad del hombre*, Traducción, introducción, edición y notas de QUETGLAS P.J. Textos Universales, PPU S.A. Barcelona, 2002.

DODD, C. H., *The Interpretation of the Fourth Gospel.* Cambridge, 1968.

DOMÍNGUEZ, C., URIARTE J.M., NAVARRO M., *La fe, ¿fuente de salud o de enfermedad?*, Idatz, San Sebastián 2001.

DOUMONT, L., *Ensayos sobre el individualismo.* Madrid, Alianza, 1987.

DURÁN DE VILLALOBOS, M. M., *Enfermería: Desarrollo teórico e investigativo.* Unibiblos. Bogotá. 1998.

DURÁN DE VILLALOBOS, M. M., *La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal.* Aquichan. 2005.

DUSSEL, E., *Introducción a la filosofía de la liberación.* 5a. ed. Bogotá: Nueva América, 1995.

- DUSSEL, E., *La pedagogía latinoamericana*. Bogotá: Nueva América. 1980.
- ELLO FERNÁNDEZ, N.L., *Fundamentos de enfermería*, Ciencias Médicas, La Habana, Cuba 2006.
- ENEGAS, A., LYNCH Y JACKISCH C., *Límites al poder, los papeles antifederalistas*, Buenos Aires, Lumière, 2004.
- ENGELHARDT, H.T., *Los fundamentos de la Bioética*, Paidós Ibérica, Barcelona, 1995.
- FAWCETT, J., *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: models and theories*. Philadelphia: FA. Davis Company. 2000.
- FEITO GRANDE, L., *Ética y Enfermería*, Bioética Básica Comillas, San Pablo / Universidad P. Madrid, 2009.
- FERRAJOLI, L., *Teoría de la democracia, dos perspectivas comparadas*, México, Instituto Federal Electoral, 2001.
- FRANCISCO I, *Evangelii Gaudium* (24-11-2013).
- FRANKL VÍCTOR, E., *El hombre en busca de sentido*, Herder, Barcelona, 1991.
- FRANKL VÍCTOR, E., *La presencia ignorada de Dios. Psicoterapia y religión*. Herder. Barcelona 1988.
- FRANKL VÍCTOR, E., *La sofferenza di una vita senza senso*, Elle Di Ci, Torino, 1978.
- FROMM, E., *¿Tener o ser?* Fondo de Cultura Económica. México. 1980.
- GARCÍA, J.A., *“Hogar y taller” Seguimiento de Jesús y comunidad religiosa*, 3ªed. Sal Terrae, Santander, 1985.
- GARCÍA, A. J., *Actividades Religiosas, Valores y razonamiento Moral*. Valencia: Facultat de Psicologia Departament de Psicologia Bàsica, Univessitat de València; 2002.
- GARCÍA CUADRADO, A., *El fundamento de la imagen de Dios en el Hombre*, Interpretación de BÁÑEZ D. a la Doctrina Tomista, Universidad de Navarra 2008.
- GARCÍA FÉREZ, J., *La bioética ante la enfermedad de Alzheimer (EA)*, Universidad Pontificia Comillas, DDB Desclée de Brouwer, Madrid, 2005.

GARCÍA FÉREZ, J., ALARCOS MARTÍNEZ F. J., *10 palabras clave en Humanizar la salud*, Verbo Divino, Estella, 2003.

GARCÍA FÉREZ, J., *¿Cómo debemos tratar y cuidar a una persona con enfermedad de Alzheimer?* Perspectiva Bioética. AFAL, Madrid 2001.

GASULL VILELLA, M., *La ética del cuidar y la atención de enfermería*, 2005.

GEVAERT, J., *El problema del hombre*. Ed. Sígueme. Salamanca. España. 1993.

GRACIA GUILLÉN, D., *Fundamentos de Bioética*. Eudema Universidad, Madrid 1989.

GRUPO CUIDADO, *Avances conceptuales del Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería*. Universidad Nacional de Colombia, 2004.

GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ, R., *El Reto de Humanizar la Actividad Asistencial, Planes Autonómicos de Humanización, «Descendiendo a la Realidad»* Sociedad Española de Formación Hospitalaria, Madrid 2017.

GUTIÉRREZ SÁENZ, R., *Historia de las doctrinas filosóficas*. Heidegger. Ed. Esfinge. México. 1991.

GÓMEZ FERRER, M., *Las relaciones de género*. Marcial Pons, Madrid 1992.

GÓMEZ SANCHO, M., *Dolor y sufrimiento al final de la vida*. Madrid, Arán Ediciones, 2007.

HABERMAS, J., *Consciencia moral y acción comunicativa*, Península, Barcelona, 1985.

HANS URS VON, B., *Sólo el amor es digno de fe*, Sígueme, Salamanca, 1998.

HERDENSON, V., *The nature of nursing: reflections after 25 years*. National League for Nursing, New York, 1991.

HERNÁNDEZ-CONESA, J.M, MORAL DE CALATRAVA P., ESTEBAN-ALBERT M., *Una cosmovisión de la idea de ciencia en la enfermería*. Fundamentos de la enfermería. teorías y método. 2ª ed. Madrid, McGraw-Hill Interamericana, 2002.

HERNÁNDEZ CONESA, J., ESTEBAN-ALBERT M., *Fundamentos de Enfermería. Teoría y Método*. McGraw-Hill/Interamericana. Madrid. 1999.

HERNÁNDEZ MARÍN, C., *El Modelo de Virginia Henderson en la Práctica Enfermera*. Universidad de Valladolid, 2016.

HESSEN, J., *Teoría del conocimiento*. Editores Unidos. Madrid, 1996.

HUTCHISON STIRLING, J., *The Critique of Pure Reason, Aesthetic, Categories, Schematism*, Oliver and Boyd, Tweeddale Court, Edinburgh, 1881.

HÄRING, B., *La fe, fuente de salud*. Ed. Paulinas. Madrid 1986.

ILLICH, I., *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Barral Editores, Barcelona, 1975.

JONSEN, A.R., *The Birth of Bioethics*. USA: Oxford University Press 2003.

JUAN PABLO II, *Dei Verbum* (18-11-1965).

JUAN PABLO II, *Evangelium Vitae* (25-3-1995).

JUAN PABLO II, *Fides et Ratio*, (14-09-1998).

JUAN PABLO II, *Salvifici Doloris*, (11-02-1984).

JUAN PABLO II, *Varón y Mujer, El amor humano en el plano divino*, Ediciones Cristiandad, Madrid, 2000.

JUAN PABLO II, *Varón y Mujer, Teología del Cuerpo I*, Palabra, 2011,16.

KANT, I., *Lecciones de Ética*, Crítica, Barcelona, 1988.

LAMET, P. M., *Como lámpara encendida*, José María Rubio (1864-1929), Belacqua, Barcelona 2003.

LAÍN ENTRALGO, P., *Teoría y realidad del otro*, Alianza, Madrid, 1966.

LAÍN ENTRALGO, P., *El médico y el enfermo*. Ediciones Guadarrama, S.A. Madrid 1969.

LEON DUFOUR X, *Los milagros de Jesús*, Madrid, 1979.

LLIGADAS, J., *Adviento y Navidad, Sugerencias y materiales*, Centro de Pastoral Litúrgica Barcelona, 2ªed. 2003.

LOCKE, J., *Ensayos sobre el conocimiento humano*, ed FCE, México, 1993.

LÉVINAS, E., *De Dios que viene a la idea*. Traductores G. GONZÁLEZ, R. ARNAIZ Y J. M^a AYUSO DÍEZ Madrid: Campos, 1995.

LÉVINAS, E., *De otro modo de ser; o más allá de la esencia*. Salamanca: Sígueme, 1987.

LÉVINAS, E., *Humanismo del otro hombre*. México: Siglo XXI, 1974.

LÉVINAS, E., *Alteridad y Trascendencia*. Traducción: MIGUEL LANCHO, Arena, Madrid 2014.

LÓPEZ FANJUL, C., *A la sombra de Darwin*, Madrid, Siglo XXI, 2003.

LÓPEZ QUINTÁS, A., *El libro de los grandes valores*. B.A.C. Madrid 2013.

MALINOWSKI, B., *Una teoría científica de la cultura*. Sarpe, Madrid 1984.

MARAÑÓN, G., *Vocación y ética y otros ensayos*. Espasa-Calpe, Madrid 1946.

MARRINER TOMEY, A., ALLIGOOD R.M., *Modelos y teorías en enfermería*. 6^a Ed. Madrid: Elsevier, 2007.

MARTORELL, M. A., COMELLEES J., BERNAL M., *Antropología y Enfermería*. Publicaciones URV. Tarragona. 2007.

MARTÍNEZ FRESNEDA, F. *Jesús de Nazaret*, Espigas, Murcia 2007.

MARTÍNEZ GAYOL, N. *Retorno de amor. Teología, historia y espiritualidad de la reparación*, Salamanca, Sígueme, 2008.

MARTÍNEZ, M.L. Y CHAMORRO, E., 2^a ed. *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Barcelona: Elsevier, 2011.

MARTÍNEZ NIETO, J.M., *Vocación en Enfermería: Entre la etnografía y la cuantificación. Una visión a través de estudiantes de enfermería*. Universidad de Cádiz, Cádiz 2004.

MARTÍN FERRERES, M.L., *La presencia de los valores en la práctica enfermera*, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Catalunya, 2017.

MATEO J. Y BARRETO J., *El evangelio de Juan. Análisis lingüístico y comentario exegético*, Artículo Vida, Madrid, 1979.

MC GILVRAY, J., *Die verlorene Gesundheit. Das verheissene Heil*, Stuttgart, 1982, 125. Citado por HARING B. *La fe, fuente de salud*, Madrid, 1986.

MELENDO, T., *Dignidad humana y bioética*, EUNSA, Universidad de Navarra, 1999.

MELENDO, T., *Antropología de la sexualidad y del amor*. Instituto de Ciencias para la Familia. Universidad de Navarra. Pamplona. España. 1991.

MELENDO, T., *Las claves de la eficacia empresarial, un reto a los empresarios españoles*, Rialp SA. Madrid 1990.

MELENDO, T., –MILLÁN-PUELLES L.T., *Dignidad: ¿una palabra vacía?* Eunsa, Pamplona, 1996, 181-185.

NIGHTINGALE, F., *Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es*. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona. 1990.

ORTEGA Y GASSET, J., *Introducción a una estimativa: ¿Qué son los valores?* Ed. Madrid: Encuentro, 2004.

PABLO VI *Gaudium et spes* (7-12-1965).

PAGOLA, J.A., *La comunidad cristiana, fuente de salud integral: Tareas y posibilidades*. Idatz, 2002.

PAGOLA, J.A., *Acción pastoral para una nueva evangelización*, Sal Terrae, Santander 1991.

PAGOLA, J.A., *Acercamiento a la experiencia de la salud en Jesús*. Asociación de profesionales sanitarios cristianos. Madrid, 2002.

PAGOLA J.A., *Es bueno creer. Para una teología de la esperanza*, San Pablo, Madrid 1996.

PANGRAZZI A., *Dejarse curar por Jesús*, traducción PÉREZ ESCOBAR J. Sal terrae, Cantabria, España, 2015.

PIKAZA, X., *Éste es el hombre. Manual de Cristología*, Sec. Trin. 1997.

POPPER, K. R., *Consideraciones sobre la verdad*. Conocimiento Objetivo. Madrid: Tecnos. 1982.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G.; STOCKERT, P. A.; HALL, A. M., *Fundamentos de*

enfermería, 8ª ed. Elsevier, Madrid, España, 2015.

POTTER VAN, R., *Bioethics: Bridge to the Future*. New Jersey: Prentice Hall. 1971.

RAMIÓ, J.A., *Valores y actitudes profesionales, Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. Barcelona: Departamento de Sociología y Análisis de las organizaciones Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Barcelona; 2005.

RAMIÓ JOFRE, A., *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya, Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones*, Universidad de Barcelona, 2005.

REICH, W.T., *History of the Notion of Care*. En Warren Reich (ed) *Encyclopedia of Bioethics* 2ª ed. Vol 1 New York: Simon & Shuster/MacMillan. Universidad de Barcelona, 2005.

REYES GÓMEZ, E., *Fundamentos de Enfermería. Ciencia, metodología y tecnología* 2ª ed. El Manual Moderno, México, 2015.

RIVAS REBAQUE, F., *Terapia de las enfermedades espirituales*, San Pablo, Madrid 2008.

RIVERO, A., *Jesucristo: El más hermoso de los hijos de los hombres*, Credo, 2000.

RIZZO PARSE, R.M., *Hombre-vida-salud. Una teoría de enfermería*. En Riehl Sisca J. *Modelos Conceptuales de Enfermería*. Barcelona: Doyma, 1992.

ROGERS, C.R., *El proceso de convertirse en persona*, Paidós, Barcelona, 1994.

SABATO, E., *La Resistencia*, Planeta Argentina, 2000.

SEMPÉ, P., *Souffrance, en Dictionnaire de spiritualité*, , Beauchesne, Paris, 1990.

SILES GONZÁLEZ, J., SOLANO RUIZ, M.C., *Antropología educativa de los cuidados: Una Etnografía del aula y las prácticas clínicas*. Universidad de Alicante, Marfil, 2011.

SINGER, P., *Ética Practica*, New York y Cambridge, Cambridge University Press, 1993.

SMITH, A., *Teoría de los Sentimientos Morales*. Trad. Germán Edmundo, México: Fondo de Cultura Económica. 1978.

SOCAS GAVILAN, F., *Séneca, Sobre la brevedad de la vida*, Junta de Andalucía. Consejería de Cultura, 2010.

SOLERGIBERT SORNI, F., *Lo que no se ve*, Urano, Madrid, 2000.

SPAEMANN, R., *La naturaleza como instancia moral de apelación*, en: AAVV, *El Hombre: Inmanencia y Trascendencia*, vol I, EUNSA, Pamplona, 1991.

SPAEMANN, R., *Personas. Acerca de la distinción entre algo y alguien*. Eunsa, Pamplona, 2000.

SPINSANTI, S. *Il corpo nella cultura contemporanea*. Brescia, 1985.

SPINSANTI, S. *Le dimensioni della salute*. L'Alleanza terapéutica, Roma, 1988.

TORRALBA, F., *La dignidad humana*, Herder, Barcelona, 2010.

TORRALBA, F., *Antropología del cuidar*, Mapfre Medicina, Barcelona.1998.

URIBAYEM, J., *La concepción de G. Marcel acerca de la persona y la dignidad personal*, en: AAVV. *El primado de la persona en la moral contemporánea*. XVII Simposio Internacional de Teología. 1997.

VENTOSA, HERMÁNDEZ-CONESA J. M., *Interpretación doctrinal comparativa entre el "Manuale dell' infermieri ossia istruzione sul di assisteri il malati" de Ernesto Rusca y "Notas sobre enfermería. qué es y qué no es" de Florence Nightingale*, Universidad Complutense de Madrid, Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Madrid 2014.

VIDAL, M., *Conceptos Fundamentales de Ética Teológica*, Trotta, Madrid, 1992.

VIELVA ASEJO, J., *Ética Profesional de la enfermería*. Ed. Descleé de Brouwer, S.A.2002.

VILA-CORO, M.D., *La vida humana en la encrucijada. Pensar la Bioética* Ediciones Encuentro, Madrid, 2010.

VÁZQUEZ FERNÁNDEZ, F., *Ética y deontología de la información*, Paraninfo, 1991.

WOLFE, H., *L'atteggiamento di Gesù nei confronti degli uomini come modello della moderna psicoterapia*. Gesù Psicoterapeuta, Brescia, 1982.

XIRAU, J., *Amor y mundo*, Fondo de cultura económica (FCE), México, 2011.

REVISTAS

AA.VV. “La alteridad desde la perspectiva de la transmodernidad de Enrique Dussel.” *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (2016), 1001-1015.

AGUILAR, L.M.C., GARCÍA, M.M.A, CALVO, S.Q., “Valores hacia el trabajo del personal de enfermería.” *Enferm*, 13(2004), 44-45.

AIMAR, A., VIDELA, N., TORRE, M., “Tendencias y perspectivas de la ciencia enfermera”. *Enfermería Global*, 9 (2006), 1-7.

ALCÁNTARA, S.A, BARBA, M.L., HIRSCH, A.A., “Valores universitarios y profesionales de los estudiantes de posgrado de la UNAM”. *Perfiles Educativos*, 31(2009), 141-146.

AMEZCUA, M., “Antropología de los cuidados. Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados”, *Cultura de los Cuidados* 7(2000), 60-67.

ARREDONDO-GONZÁLEZ, C. P., SILES-GONZÁLEZ, J., ARREDONDO-GONZÁLEZ, C.P., SILES-GONZÁLEZ, J., “Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales.” México, *Index Enferm* [online] 18, (2009), 32-36. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007. Consultado 02-09-2016.

BARRAJÓN, P. A., “El sufrimiento cristiano. Actualidad de la «Salvifici Doloris» de Juan Pablo II,” *Eclesia XX*, 1, (2006), 43-61.

BENÍTEZ, Z.A., “La educación en valores en el ámbito de la educación superior.” *REICE*, 7(2009), 116-129.

BURGOS MORENO, M., PARAVIC KLIJN, T. “Enfermería como profesión.” *Revista Cubana de Enfermería* .25(2009),1-2.

CABRERA VALVERDE, J. M., “La persona humana: fundamento de la bioética.” *Revista Medicina y CALLEJA SÁENZ DE NAVARRETE* II. “El cuidado de la vida, Apostólicas del Corazón de Jesús”, *el colibrí*, Madrid, 21 (2015), 24-25.

CAMPS, V., “Los valores éticos de la profesión sanitaria”, Universidad autónoma de Barcelona, España, *Educación Médica*, 16 (2015), 3-8.

CARPER, B., "Fundamental Patterns of Knowing in Nursing". *ANS*, 1 (1978), 13-24.,
World Wide Web: <http://samples.jbpub.com/97807637> Consultado 4 Marzo 2016.

CARPIZO, J., "La libertad de expresión frente a la no discriminación", *Revista de la Facultad de Derecho de México*, México, 252 (2009), 11.

CARRASCO DE PAULA, I., "Dignidad y vida humana: dos conceptos fundamentales de la ética médica." *Revista Medicina y Ética*. Madrid 11 (1996), 67

CASAS, M.L., "Conocer y Amar: Vocación Médica." Vitral, *Bioética*, 79 (2007) 50.

CASAS, M.L., "Conocer y Amar: Vocación Médica" *Cuadernos de Bioética*, México 34 (1998), 336-343.

CASTRILLÓN AGUDELO, M.C., "Teoría y práctica de la enfermería: los retos actuales", *Investigación y Educación en Enfermería*. Universidad de Antioquia, XIX (2001), 55.

CAÑAS-FERNÁNDEZ, J.L., "De la deshumanización a la rehumanización," *Pensamiento y Cultura*, 13 (2010), 67-77.

CONANGLA, M. M., "Acompañar en una viaje emocional. La Inteligencia Emocional aplicada a la relación de ayuda", *Rol de Enfermería* 27 (2004), 42-45.

CRUZ CASAS, M., "Conocer y amar", *Cuadernos de Bioética*, México 1998.

DEL VALLE, J., "El principio de la estética y su relación con el ser humano: Acerca de la dimensión antropológica de la Estética de Alexander Baumgarten" *Estudios de Filosofía*, 38(2008), 47-68.

DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C., "Para una sociología de la profesión de enfermería en España" revista española de investigación sociológica, 8, (1979), 103-132.

DOVAL, HERNÁN, C., "Más allá del sentimiento de empatía: La necesidad de una conducta profesional." *Revista argentina de cardiología*, 76 (2008), 330-334.

DURÁN DE VILLALOBOS, M., MARCO, M., Epistemológico de la Enfermería. *Revista Aquichan Bogotá*, 2(2002), 9.

DÍAZ FLORES, M., CASTRO RICALDE, D. M., CUEVAS, J., BRENDA, L., "Valores profesionales de enfermería: Una mirada hacia la formación en la Educación

Superior.” *Humanidades Médicas*, 12 (2012), 289-299.

DÍAZ MALLOFRÉ, R., “La relación de ayuda en las prestaciones de salud”, *Enfermería Cardiológica* 22 (2001), 23-25.

ESPINO VILLAFUENTE, M.E., “Enfermera, Mujer y Santa.” *Desarrollo Científico enfermero*, 8(2000), 249-251.

FRONDIZI, R., “¿Qué son los Valores? Introducción a la Axiología.” 3a. Ed, México, *Breviarios del Fondo de Cultura Económica* 135 (1986), 77.

GARCÍA, M., “Aproximación antropológica a la Enfermería del s. XXI”. Ateneo. *Revista Cultural del Ateneo de Cádiz*. 10 (2014), 15-29.

GARCÍA FÉREZ, J., “Aspectos bioéticos de la enfermedad de Alzheimer”, *Proyección. Teología y mundo actual XX*, 2001.

GARCÍA FÉREZ, J., “Responsabilidad moral de los profesionales sanitarios”, Cátedra de Bioética, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, *Labor Hospitalaria*, 266, (2002) 294-302.

GUERRA ZAGARZAZU, R., BRACHO DE LÓPEZ, O., “Las virtudes de la diligencia, servicio y responsabilidad en el actuar ético de la atención y del cuidado médico. Una propuesta para la educación en valores en los programas de formación de los profesionales de la salud, en Salud” *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. Universidad de Carabobo 12 (2008) 22-27.

GUIJARRO, J. Y RUEDA, M. T., “¿Somos capaces de ayudar a nuestros pacientes? Reflexión de un caso clínico”, *Enfermería Urológica* 86 (2003), 7-10.

HANSSLER, B., “Angst und Hoffnung” *Artz und Christ* 29 (1983) 59.

HERNÁNDEZ-CONESA, J. M., SELLÁN-SOTO, C., MALDONADO-SUÁREZ, E., “Las coordenadas pedagógicas del cuidado a los enfermos en las Órdenes Religiosas con Voto de Hospitalidad.” *Enfermería universitaria*, 10 (2013), 133-138.

HERNÁNDEZ MARTÍN, F., “¿Qué necesitan los pacientes?”, *Cultura de los cuidados VII*, 13 (2003), 7-8.

HERNÁNDEZ MARTÍN, F., GALLEGO LASTRA, R., ALCARAZ GONZÁLEZ, S., GONZÁLEZ RUIZ, J.M., “La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional”, E.U. De Enfermería, Fisioterápica y Podología Ciudad

universitaria Madrid, *Revista Cultura de los cuidados* 2 (1997), 21-37.

KYLE, T.V., The concept of caring: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 21 (1995), 506-514.

LÓPEZ CALVA, M., “Ética profesional y complejidad: Los principios y la religación.” *Perfiles educativos*, México, 142 (2013) 43-52.

LÓPEZ, M. L., “El cuidado de la vida, Apostólicas del Corazón de Jesús”, *el colibrí*, Madrid, 21 (2015), 3.

LÓPEZ RUIZ, J., “Reflexiones en torno a la idea de vocación como atributo de la enfermería.” *Enfermería clínica*, Madrid, 10 (2000), 7-10.

MARTÍNEZ GONZALES, L., OLVERA VILLANUEVA, G., “El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería,” *Revista de enfermería*, México. Seguro Soc. 10 (2011), 105-108 .

MEGÍASLIZANCOS, F., “El compromiso social de las enfermeras.” *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 17 (2017), 6-7.

MELENDO, T., “Más sobre la dignidad humana”, *Cuadernos de Bioética* 8, (1997), 1480-1489.

MELENDO, T., “Dignidad humana y libertad en Bioética”, *Cuadernos de Bioética*, 2 (1994), 79.

MIRTHA, Z., SÁNCHEZ, E., “Valores... Esencia de la Enfermería”, Universidad de Carabobo, Venezuela, *Revista Educación en Valores*, 12 (2010), 80-93.

MORALES RAMÓN, F., OJEDA VARGAS, M. G., “El cuidado espiritual como una oportunidad de cuidado y trascendencia en la atención de enfermería” *rev. Salud en Tabasco*, México, 3, (2014), 94-97.

MORO, C. A., “Nuove possibili frontiere di una carità operativa,” *Orientamenti pastorali* 2 (1991), 43.

MOSCOSO, J., “Historia cultural del dolor.” *Dynamis* 33 (2013), 505-537.

MUGÍAS LIZANCOS, F., “El compromiso social de las enfermeras.” *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 17(2017) 6-7.

MUÑOZ DEvesa, A., MORALES MORENO, I., BERMEJO HIGUERA, J.C., GALÁN

GONZÁLEZ SERNA, J. M., “La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual” *Index de Enfermería*, 23(2014), 153-156.

NAVA GALÁN, G. M., “Profesionalización, vocación y ética de enfermería.” *Enfermería Neurológica*, México, 11 (2012) 37.

NEWAN, M.M, SIME, M. & CORCRAN-PERRY, S., “The focus of the discipline of nursing”. *Advance in nursing science*. 14 (1991), 1 - 5.

NIEVA MORENO, J. P., “El acceso del hombre a Dios en Zubiri: la vía de la religación.” *Enfoques*, 23(2011), 41-67.

OJEDA PÉREZ, B., ALONSO ROBAINA, M.C., “Enfermería en las Palmas: ¿Vocación y otros intereses?” *Revista Roll de Enfermería*; 142(1990), 59-61.

ORTIZ MOLINA, S., SÁNCHEZ ESPEJO, R., “Quiero ser Diplomado/a en Enfermería, ¿Por qué?” *Enfermería Científica*, 237 (2001), 66-67.

PAGOLA, J.A, “La celebración de los sacramentos en la enfermedad. Marco teológico-pastoral,” *Labor Hospitalaria*, 230 (1993) 238-243.

PAGOLA, J.A., “Jesús y los enfermos desasistidos y necesitados.” *LABOR HOSPITALARIA*, 208 (1988), 135-138.

PEREZ NUÑEZ, J., “La libertad cristiana en la relación cristológica-antropológica según la teología de Walter Kasper”. *Valparaiso*, 26 (2012), 147-163.

PORTER, S., “Fundamental patterns of knowing in nursing: the challenge of evidence-based practice.” *Ans Adv Nurs Sci.*, 33(2010), 3-14.

POSECK, V., CARBELO, B., VECINA, M., “La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático.” *Papeles del Psicólogo*, 27 (2006), 40-49.

PÁRAMO VALERO V., “El eterno dualismo Antropológico Alma-Cuerpo: ¿Roto por Láin?” Universidad de Valencia, España, Thémata. *Revista de Filosofía*, 46 (2012), 563-569.

PÉREZ GARCÍA, E., “Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal.” *Enfermería: Cuidados Humanizados.*, 5 (2016), 41-45.

QUIALA, M., "Enfermería, Formación en Valores," Hospital Clínico Docente, Hermanos Ameijeiras, Cuba rev. *Bioética*, 25 (2017), 20.

QUINTERO LAVERDE, M. C., "Enfermería en el mundo cristiano". Aquichán, 1(2001), 42-45.

RAMIO JOFRE, A., "Noción de cuidar, valores y actitudes de la Profesión de enfermera." *Revista Labor Hospitalaria. Barcelona: EUI Sant Joan de Deu. Esplugues de Llobregat*, 276 (2005), 39.

RODRIGUEZ ROSSI, R. O., "El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva", *Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Guadalajara, México*, 2 (2005), 105-111.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, C., PILOTO TOMÉ, K.M., INSÚA GRILLO, L., MOREJÓN PERDOMO, B., "Formación de valores en los enfermeros del nuevo modelo pedagógico." *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 11(2007), 175-184.

SANABRIA TRIANA L., OTERO CEBALLOS M., URBINA LAZA O., "Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería." *Rev Cubana Educ Med Super* 16 (2002), 4.

SÁNCHEZ ESTRADA T., JIMÉNEZ CASTRO A.B., SALINAS DURÁN M.T., "Barreras epistemológicas en enfermería." *Rev Mex Enferm Cardiol*, 12 (2004), 29-33.

TORRES, M.J., "Misericordia y Justicia", Apostólicas del Corazón de Jesús, *el colibrí*, Madrid, 23 (2016) 4.

TREVIÑO, A.O., SANHUEZA, V.Z., "Paradigmas de investigación en enfermería." *Cien Enferm.* 11 (2005), 17-24.

VALENZUELA SUAZO, S., "Fundamentos teóricos de enfermería, una carta de navegación para la enfermería." *Ciencia y enfermería*, 15(2009), 7.

VIDAL BLAN, R., ADAMUZ TOMÁS, J., & FELIU BAUTE, P., "Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera". *Enfermería Global*, 17 (2009), 29.

ZABALA BLANCO, J., RUANO GÓMEZ, M., "Motivos de la elección de la profesión de Enfermería". *Enfermería Científica*, 93 (1989) 7-10.

ZAMORA-MARÍN, R., "Algunas consideraciones sobre la enfermedad y el sentido del sufrimiento" *Terapeia* 8 (2016), 121-125.

CITAS DE INTERNET

Alteridad religiosa: <https://prezi.com/d-s8sibllaa/alteridad-religiosa/>. Consultado 09-08-2016.

Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia: https://web.archive.org/web/20081211201255/http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson. Consultado el 24 de agosto de 2015.

Declaración universal de los derechos humanos: <http://www.derechoshumanos.net/normativa/normas/1948-DeclaracionUniversal.htm?gclid=CPnF48IzbgCFSIV7AodWS8Azg>. Consultado 3-11-2016.

Evolución y cultura: los orígenes de la diversidad cultural humana: <https://www.revistadelibros.com/.../evolucion-y-cultura-los-origenes-de-la-diversidad-...> Consultado 09-3-2016.

Fundamentos de enfermería: <http://prisi-campos.blogspot.com.es/2017/12/concepto-de-profesion-este-concepto-en.html>. Consultado 16-1-2018.

Historia de la redacción de la Declaración Universal de los derechos Humanos: <http://www.un.org/es/documents/udhr/history.shtml> Consultado 3-11-2016.

Igualdad valor, <https://www.definicionabc.com/social/igualdad.php>, Consultado 11-02-2017.

La misión más allá de las fronteras: radiomaria.org.ar/programacion/category/catequesis. 26-04-2016.

Las clasificaciones del amor según los griegos: <https://www.significados.com/los-4-tipos-de-amor-segun-los-griegos>. 13-2-2017.

Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa: <https://es.slideshare.net/fcogurrola/paradigmas-287330>. Consultado 20-11-2016.

Pobreza, diccionario etimológico: <http://etimologias.dechile.net/?pobreza> Consultado 09-07-2016.

Reflexiones sobre el sentido de la pobreza en el Papa Francisco: <https://www.almudi.org/.../8724-Reflexiones-sobre-el-sentido-de-la-pobreza-en-el-Pap...> Consultado 10-10-2016.

TRIGO, P., S.J. Decir el Reino de Dios hoy: www.mercaba.org/Libros/CARTEL_PEDRO_TRIGO.htm. Consultado 07-03- 2017.

VELANDIA, L., Historia del arte, 2010. <http://www.monografias.com/trabajos13/histarte/histarte.shtml> Consultado 4-6- 2016.

Vocación, diccionario enciclopédico de biblia y teología: <http://www.biblia.work/diccionarios/vocacion/>. Consultado 03-07-2015.

¿Son todos los hombres personas? Robert Spaemann: <https://www.almudi.org/articulos-antiguos/7290-son-todos-los-hombres-personas-robert-spaemann?tmpl=component&format=pdf>. Consultado 10-10-2016.

ANEXOS

ANEXO 1: CARTA DE PRESENTACIÓN DOCTORAL

A/A. Sr./Sra. Director/a o Gerente

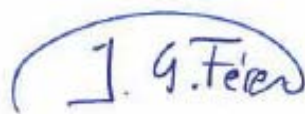
Murcia, 20 de julio de 2017

Estimado Sr./Sra. Director/a o Gerente:

El abajo firmante, **D. José García Férez**, Doctor en Teología Moral por la Universidad Pontificia Comillas de Madrid, en calidad de Profesor de Filosofía y Moral en el Instituto Teológico de Murcia-OFM (centro universitario adscrito a la Universidad Pontificia Antonianum de Roma), Profesor de Filosofía y Moral en el Instituto Superior de Ciencias Religiosas "San Agustín" de Murcia (Centro universitario adscrito a la Universidad Eclesiástica San Dámaso de Madrid) y Profesor Invitado de la Universidad de Murcia, atendiendo a la solicitud que me ha formulado el doctorando **D. Francisco Expósito Barroso**, para llevar a cabo su proyecto de investigación doctoral titulado: "*La vocación del cuidado enfermero desde el carisma de la Congregación de las Religiosas Apostólicas del Corazón de Jesús (CRACJ) en el contexto de las ciencias de la salud*", del que soy Tutor y Codirector junto con el Dr. Rafael Pacheco Guevara, le expreso mi solicitud para que, en el ejercicio de sus atribuciones y competencias, autorice al doctorando antes citado para que pueda realizar los cuestionarios que ha elaborado para su Proyecto Doctoral en su Hospital o, en su caso, en los Servicios o con los profesionales sanitarios de su centro que vd. considere oportuno.

A tal fin, atendiendo al perfil académico y a la cualificación profesional del doctorando, Diplomado en Enfermería por la Universidad de Almería, Máster en Teología por la Universidad de Murcia y Doctorando del Programa de Artes y Humanidades de la Universidad de Murcia, doy fe de su capacidad para llevar a cabo el proyecto doctoral anteriormente referido, para cuya investigación y posterior análisis de resultados es preciso disponer de los datos que figuran en los cuestionarios que él mismo ha elaborado y que han sido debidamente supervisados y validados.

Sin otro particular, a la espera de que estas líneas de presentación y solicitud de autorización para llevar a cabo la investigación doctoral que **D. Francisco Expósito Barroso** pretende realizar, y con la confianza de que le facilite todo lo posible para realizar las encuestas que conforman la parte de investigación de dicha tesis en su Hospital, le saluda atentamente,



Prof. Dr. José García Férez

ANEXO 1: PERMISO DE LA COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN DEL ÁREA I DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD Y PERMISOS DE LAS SUPERVISORAS DE LAS UNIDADES MÁS REPRESENTATIVAS DEL ESTUDIO



PROPUESTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA I DE SALUD

Solicitante: Francisco Expósito Barroso

DNI: 74689665V

Denominación del Trabajo: "La vocación del cuidado enfermero desde el carisma de la congregación de religiosas Apostólicas del Corazón de Jesús, en el contexto de las Ciencias de la Salud"

Tipo de trabajo (TFG, TFM, Tesis, etc.): TESIS DOCTORAL

Servicio de desarrollo: U.C.I.

Tutor en el centro: M^a Luz Alcaraz Escribano

Fechas de realización: Septiembre-17 a Marzo-18

Analizada la solicitud y documentación presentada por el/la solicitante para la realización del trabajo de investigación arriba referido, reunida la **COMISIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN DEL ÁREA I DE SALUD** se propone a la Dirección Gerencia del Área su **AUTORIZACIÓN**.

El/la solicitante deberá ajustarse a las Instrucciones aprobadas por la Dirección Gerencia del Área, debiendo remitir, una vez finalizado el mismo una copia del mismo a la Comisión para su archivo.

En El Palmar, a 15 de Septiembre de 2017

El Presidente de la Comisión

V^o B^o El Director Gerente del Área I

José Domingo Cubillana Herrero

Ángel Baeza Alcaraz





Arrixaca

Hospital Universitario
"Virgen de la Arrixaca"

Ctra. Madrid - Cartagena • Telf. 968 36 95 00
30120 El Palmar (Murcia)

INFORMACIÓN TRABAJO DE CAMPO.

D. /Dña. Doctur Alora Vicale

Supervisor de Responsable Quirofano programado general

Expone:

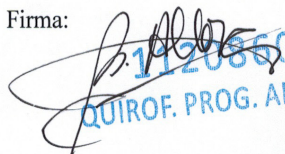
Haber sido informado y testigo de la realización de las encuestas relacionadas con la tesis doctoral:

"La vocación del cuidado enfermero desde el carisma de la Congregación de las Religiosas Apostólicas del Corazón de Jesús (CRACJ) en el contexto de las ciencias de la salud"

Que tiene como investigador principal a D. Francisco Expósito Barroso, cuya realización ha sido factible en el citado servicio.

Murcia, a 22 de mayo de 2017

Firma:


1120860105
QUIROF. PROG. ALA DERECHA



Arrixaca

Hospital Universitario
"Virgen de la Arrixaca"

Ctra. Madrid - Cartagena • Telf. 968 36 95 00
30120 El Palmar (Murcia)

INFORMACIÓN TRABAJO DE CAMPO.

D. /Dña. M^º Luz Alcaraz Escibano.....

Supervisor de UCI General.....

Expone:

Haber sido informado y testigo de la realización de las encuestas relacionadas con la tesis doctoral:

“La vocación del cuidado enfermero desde el carisma de la Congregación de las Religiosas Apostólicas del Corazón de Jesús (CRACJ) en el contexto de las ciencias de la salud”

Que tiene como investigador principal a D. Francisco Expósito Barroso, cuya realización ha sido factible en el citado servicio.

Murcia, a 22 de mayo de 2017

Firma:





Arrixaca

Hospital Universitario
"Virgen de la Arrixaca"

Ctra. Madrid - Cartagena • Telf. 968 36 95 00
30120 El Palmar (Murcia)

INFORMACIÓN TRABAJO DE CAMPO.

D. /Dña. *D. Concha Antolius Escibano*.....

Supervisor de *Reanimación*.....

Expone:

Haber sido informado y testigo de la realización de las encuestas relacionadas con la tesis doctoral:

“La vocación del cuidado enfermero desde el carisma de la Congregación de las Religiosas Apostólicas del Corazón de Jesús (CRACJ) en el contexto de las ciencias de la salud”

Que tiene como investigador principal a D. Francisco Expósito Barroso, cuya realización ha sido factible en el citado servicio.

Murcia, a 22 de mayo de 2017

Firma:


0053
ANESTESIA Y REANIMACIÓN

ANEXO 2: NOTIFICACIÓN A LA COORDINADORA GENERAL DE LAS ACJ PARA CONTAR CON SU APROBACIÓN

INFORMACIÓN TRABAJO DE CAMPO.

D. /Dña. Maria del Consuelo Ayala Loyola.....

Coordinadora General de la Congregación de Apostólicas del Corazón de Jesús.

Expone:


Haber sido informada y testigo de la realización de las encuestas relacionadas con la tesis doctoral:

“La vocación del cuidado enfermero desde el carisma de la Congregación de las Religiosas Apostólicas del Corazón de Jesús (CRACJ) en el contexto de las ciencias de la salud.”

Que tiene como investigador principal a D. Francisco Expósito Barroso, cuya realización ha sido factible en la citada Congregación y Familia Apostólica.

Madrid, a 7 de Agosto de 2017

Firma:

Maria del Consuelo Ayala Loyola


ANEXO 3: FORMULARIO/ENCUESTA PARA ENFERMERÍA:



Apreciado/a compañero/a:

LA ENCUESTA QUE VAS A REALIZAR ES TOTALMENTE VOLUNTARIA Y ANONIMA. LEE DETENIDAMENTE LOS ENUNCIADOS QUE TE PRESENTAMOS A CONTINUACIÓN. POR FAVOR, RESPONDE CON LA MÁXIMA SINCERIDAD. NO EXISTEN RESPUESTAS ACERTADAS O ERRÓNEAS. LAS SIGUIENTES PROPUESTAS SÓLO REPRESENTAN DIFERENTES EXPRESIONES DEL SENTIR Y EL PENSAR DEL RELACIONADOS CON EL CUIDADO DEL PROJIMO.

POR FAVOR MARQUE CON UNA (X) LA RESPUESTA CON LA QUE SE SIENTE IDENTIFICADO/A. DEJA EN BLANCO LAS QUE NO TE SIENTES IDENTIFICADO/A O NO QUIERES CONTESTAR.

Muchas gracias por tu colaboración.

Formulario de datos sociodemográficos. Variables laborales. Variables éticas.

1. Edad: _____

2. Sexo: Femenino Masculino

3. Servicio en el que desarrolla su jornada laboral: _____

4. Años de experiencia laboral como enfermera/o: _____

5. Años de permanencia en el servicio: _____

6. Trabaja de:

Enfermero/a Auxiliar de Enfermería

7. ¿Realizó formación en temas éticos durante la carrera/formación?

SI NO

8. ¿Ha realizado formación en temas éticos después de la carrera/formación?

SI NO

9. ¿Profesa alguna religión?

SI NO

10. ¿Es practicante de la religión que profesa?

SI NO

PREGUNTAS DE VALORES RELACIONADOS CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA:

1- ¿Qué valores considero **NECESARIOS** cuando establezco una relación de cuidado?

2- ¿Qué valores **TENGO** presentes cuando establezco una relación de cuidado?

Valora cada enunciado del 1 al 5 Siendo:

1. **Nunca**

2. **Raramente**

3. **A Veces**

4. **Frecuentemente**

5. **Siempre**

Necesarios	1	2	3	4	5	Tengo	1	2	3	4	5
Altruismo						Altruismo					
Dignidad Humana						Dignidad Humana					
Estética						Estética					
Igualdad						Igualdad					
Justicia						Justicia					
Libertad						Libertad					
Verdad						Verdad					

PREGUNTAS DE ACTITUDES RELACIONADAS CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA:

A) ¿Qué actitudes considero NECESARIAS cuando establezco una relación de cuidado?

B) ¿Qué actitudes TENGO presentes cuando establezco una relación de cuidado?

Valora cada enunciado del 1 al 5 Siendo:

1. **Nunca**
2. **Raramente**
3. **A Veces**
4. **Frecuentemente**
5. **Siempre**

**LA VOCACIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO DESDE EL CARISMA DE LAS APOSTÓLICAS
DEL CORAZÓN DE JESÚS (ACJ) EN EL CONTEXTO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD**

Necesarias	1	2	3	4	5	Tengo	1	2	3	4	5
Compromiso						Compromiso					
Compasión						Compasión					
Generosidad						Generosidad					
Perseverancia						Perseverancia					
Consideración						Consideración					
Empatía						Empatía					
Humanidad						Humanidad					
Amabilidad						Amabilidad					
Respeto						Respeto					
Confianza						Confianza					
Gratitud						Gratitud					
Creatividad						Creatividad					
Imaginación						Imaginación					
Sensibilidad						Sensibilidad					
Aceptación						Aceptación					
Asertividad						Asertividad					
Imparcialidad						Imparcialidad					
Autoestima						Autoestima					
Tolerancia						Tolerancia					
Coraje						Coraje					
Integridad						Integridad					
Moralidad						Moralidad					
Objetividad						Objetividad					
Confianza						Confianza					
Esperanza						Esperanza					
Independencia						Independencia					
Apertura						Apertura					
Responsabilidad						Responsabilidad					
Autenticidad						Autenticidad					
Honestidad						Honestidad					
Curiosidad						Curiosidad					
Racionalidad						Racionalidad					
Reflexión						Reflexión					
Humildad						Humildad					
Paciencia						Paciencia					

6. PREGUNTAS DE COMPETENCIAS MORALES Y CONDUCTAS PROFESIONALES RELACIONADAS CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA:

A) ¿Qué competencias morales y conductas profesionales considero NECESARIAS cuando establezco una relación de cuidado?

B) ¿Qué competencias morales y conductas profesionales TENGO presentes cuando establezco una relación de cuidado?

Valora cada enunciado del 1 al 5 Siendo:

1. **Nunca**
2. **Raramente**
3. **A Veces**
4. **Frecuentemente**
5. **Siempre**

Necesarias	1	2	3	4	5	Tengo	1	2	3	4	5
¿Da atención completa al paciente cuando lo atiende?						¿Da atención completa al paciente cuando lo atiende?					
¿Ayuda a otros profesionales para prestar cuidados?						¿Ayuda a otros profesionales para prestar cuidados?					
¿Expresa su opinión sobre tendencias y cuestiones sociales que tienes implicación sanitaria?						¿Expresa su opinión sobre tendencias y cuestiones sociales que tienes implicación sanitaria?					
¿Protege el derecho individual a la intimidad?						¿Protege el derecho individual a la intimidad?					
¿Trata a los pacientes como ellos lo prefieren?						¿Trata a los pacientes como ellos lo prefieren?					
¿Mantiene la confidencialidad de los pacientes y el personal?						¿Mantiene la confidencialidad de los pacientes y el personal?					
¿Trata a los demás con respeto independientemente de los antecedentes?						¿Trata a los demás con respeto independientemente de los antecedentes?					

¿Adapta el entorno de forma que sea agradable para el paciente?					¿Adapta el entorno de forma que sea agradable para el paciente?				
¿Crea un ambiente de trabajo agradable para sí misma y para los demás?					¿Crea un ambiente de trabajo agradable para sí misma y para los demás?				
¿Interactúa con otros profesionales de una forma no discriminatoria?					¿Interactúa con otros profesionales de una forma no discriminatoria?				
¿Aporta ideas para mejorar el acceso a los cuidados de enfermería y a la atención sanitaria?					¿Aporta ideas para mejorar el acceso a los cuidados de enfermería y a la atención sanitaria?				
¿Actúa como un defensor de la atención sanitaria, distribuyendo los recursos de forma justa?					¿Actúa como un defensor de la atención sanitaria, distribuyendo los recursos de forma justa?				
¿Informa de la práctica incompetente, no ética e ilegal de forma objetiva e imparcial?					¿Informa de la práctica incompetente, no ética e ilegal de forma objetiva e imparcial?				
¿Respeto el derecho individual a rechazar el tratamiento?					¿Respeto el derecho individual a rechazar el tratamiento?				
¿Apoya los derechos de otros profesionales a sugerir alternativas al plan de cuidados?					¿Apoya los derechos de otros profesionales a sugerir alternativas al plan de cuidados?				
¿Anima al debate abierto de las cuestiones polémicas de la profesión?					¿Anima al debate abierto de las cuestiones polémicas de la profesión?				
¿Documenta los cuidados enfermeros de forma exacta y honesta?					¿Documenta los cuidados enfermeros de forma exacta y honesta?				

**LA VOCACIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO DESDE EL CARISMA DE LAS APOSTÓLICAS
DEL CORAZÓN DE JESÚS (ACJ) EN EL CONTEXTO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD**

¿Participa en los esfuerzos profesionales para proteger a la sociedad de la información equivocada sobre la enfermería?					¿Participa en los esfuerzos profesionales para proteger a la sociedad de la información equivocada sobre la enfermería?				
¿Aporto espiritualidad y trascendencia en mi trabajo con el paciente?					¿Aporto espiritualidad y trascendencia en mi trabajo con el paciente?				
Disponibilidad					Disponibilidad				
¿No escatimar trabajo en mi desempeño cotidiano?					¿No escatimar trabajo en mi desempeño cotidiano?				
¿Se presenta a sí misma de forma que favorece una imagen positiva de la enfermería?					¿Se presenta a sí misma de forma que favorece una imagen positiva de la enfermería?				
¿Ofrece cuidados enfermeros respecto a las necesidades individuales con independencia de características personales?					¿Ofrece cuidados enfermeros respecto a las necesidades individuales con independencia de características personales?				

FORMULARIO DE VIVENCIA DE SENSIBILIDAD MORAL EN EL CUIDADO ENFERMERO

A) ¿Puede indicarnos su grado de acuerdo en los siguientes enunciados relacionados con el cuidado enfermero en su actividad diaria?

Valora cada enunciado del 1 al 5 Siendo:

1. **Nunca**
2. **Raramente**
3. **A Veces**
4. **Frecuentemente**
5. **Siempre**

	1	2	3	4	5
Para mí es importante como enfermera, expresar al paciente mi disponibilidad como profesional.					
En mi entorno laboral considero fundamental la responsabilidad.					
Me resulta difícil intervenir cuando detecto situaciones que impliquen cuidados inseguros o inadecuados.					
En mi entorno laboral considero fundamental mostrar al paciente una actitud de apoyo.					
Me resulta difícil estar dispuesto a escuchar los sentimientos del paciente.					
En mi entorno laboral considero fundamental establecer una relación de confianza con el paciente.					
Me cuesta Identificar inquietudes respecto a la expresión religiosa (velas, ayuno, prácticas alimentarias, crucifijos, estampas religiosas)					
En mi entorno laboral, considero fundamental crear un ambiente de intimidad en todas las actividades enfermeras					
Antes de delegar ninguna actividad a otro profesional, me preocupo de valorar su competencia y preparación.					
Como enfermera, pienso que no me corresponde adaptar las normas de la institución a las necesidades de los pacientes					
Siento que no debo llevar a cabo alguna actividad si pienso que no se adecua a la necesidad del paciente.					
Creo que como enfermera debo ayudar al paciente a expresar sus inquietudes al médico.					
Tengo un especial interés en ayudar al paciente a darse cuenta de que cada ser es único.					

No siento especial interés en participar en comisiones multidisciplinarias para tratar cuestiones clínicas.					
Me resulta fácil captar los mensajes no verbales (tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz) que acompañan a las palabras expresadas.					
Tengo habilidad para percibir qué le preocupa al paciente.					
En determinados casos me cuesta expresa al paciente empatía y comprensión por la experiencia que está pasando.					
Siento que debo asegurar al paciente que como cuidador, estaré disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento					
En determinados momentos creo que impongo mis valores al paciente.					
Estar atenta a la expresión del paciente me ayuda a percibir sus necesidades					
Me molesta oír referirse a los pacientes por su diagnóstico.					
A veces necesito dar por terminada la conversación, si detecto algún problema que preocupe al paciente.					
Me preocupa no disponer de tiempo para sentarme al lado del paciente y escucharle.					
En mi unidad/ servicio, hay tanta carga de trabajo, que siento que no hago lo que realmente es importante					
A menudo cuando estoy con el paciente hablo de mi misma para estar más cómoda.					
Siento que debo mostrar un interés sincero por el paciente.					
Procuro dirigirme al paciente con voz serena y sin prisas.					
A veces siento que debo minimizar los sentimientos del paciente para evitarle estrés.					
Pienso que es importante ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades					
Tengo un especial interés en proporcionar confort a los pacientes					
A veces estoy atendiendo a un paciente pero siento que tengo la cabeza en otro sitio.					
Necesito que mi relación con el paciente esté basada en la honestidad					
Me cuesta aceptar determinadas decisiones de los pacientes.					
Tenemos presente la mayor estima de la dignidad de la persona que cuidamos					

Anexo 4: FORMULARIO/ENCUESTA FAMILIA ACJ



Apreciado/a compañero/a:

LA ENCUESTA QUE VAS A REALIZAR ES TOTALMENTE VOLUNTARIA Y ANÓNIMA. LEE DETENIDAMENTE LOS ENUNCIADOS QUE TE PRESENTAMOS A CONTINUACIÓN. POR FAVOR, RESPONDE CON LA MÁXIMA SINCERIDAD. NO EXISTEN RESPUESTAS ACERTADAS O ERRÓNEAS. LAS SIGUIENTES PROPUESTAS SÓLO REPRESENTAN DIFERENTES EXPRESIONES DEL SENTIR Y EL PENSAR, RELACIONADOS CON EL CUIDADO DEL PRÓJIMO.

POR FAVOR MARQUE CON UNA (X) LA RESPUESTA CON LA QUE SE SIENTE IDENTIFICADO/A. DEJA EN BLANCO LAS QUE NO TE SIENTES IDENTIFICADO/A O NO QUIERES CONTESTAR.

Muchas gracias por tu colaboración.

Formulario de datos sociodemográficos. Variables laborales. Variables éticas.

1. Edad: _____

2. Sexo: Femenino Masculino

3. ¿Eres Religiosa APJ (Apostólica Del Corazón de Jesús)?

SI NO

4. ¿Eres Laico/a de la familia APJ?

SI

NO

5. Lugar en el que desarrolla su trabajo cotidiano: _____

6. Años que conoce el carisma APJ: _____

7. ¿Realizó formación en temas éticos durante la carrera/formación?

SI

NO

8. ¿Ha realizado formación en temas éticos después de la carrera/formación?

SI

NO

9. ¿Profesa alguna religión?

SI

NO

10. ¿Es practicante de la religión que profesa?

SI

NO

11. Nivel de Estudios:

Sin estudios Estudios Primarios Estudios Secundarios Universitarios

Otros Estudios _____

PREGUNTAS DE VALORES RELACIONADOS CON EL CUIDADO AL PRÓJIMO:

A) ¿Qué valores considero NECESARIOS cuando establezco una relación de cuidado?

B) ¿Qué valores TENGO presentes cuando establezco una relación de cuidado?

Valora cada enunciado del 1 al 5 Siendo:

- 6. **Nunca**
- 7. **Raramente**
- 8. **A Veces**
- 9. **Frecuentemente**
- 10. **Siempre**

Necesarios	1	2	3	4	5	Tengo	1	2	3	4	5
Altruismo						Altruismo					
Dignidad Humana						Dignidad Humana					
Estética						Estética					
Igualdad						Igualdad					
Justicia						Justicia					
Libertad						Libertad					
Verdad						Verdad					

PREGUNTAS DE ACTITUDES RELACIONADAS CON EL CUIDADO AL PRÓJIMO:

- A) ¿Qué actitudes considero NECESARIAS cuando establezco una relación de cuidado?**
- B) ¿Qué actitudes TENGO presentes cuando establezco una relación de cuidado?**

Valora cada enunciado del 1 al 5 Siendo:

- 7. **Nunca**
- 8. **Raramente**
- 9. **A Veces**
- 10. **Frecuentemente**
- 11. **Siempre**

**LA VOCACIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO DESDE EL CARISMA DE LAS APOSTÓLICAS
DEL CORAZÓN DE JESÚS (ACJ) EN EL CONTEXTO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD**

Necesarias	1	2	3	4	5	Tengo	1	2	3	4	5
Compromiso						Compromiso					
Compasión						Compasión					
Generosidad						Generosidad					
Perseverancia						Perseverancia					
Consideración						Consideración					
Empatía						Empatía					
Humanidad						Humanidad					
Amabilidad						Amabilidad					
Respeto						Respeto					
Confianza						Confianza					
Gratitud						Gratitud					
Creatividad						Creatividad					
Imaginación						Imaginación					
Sensibilidad						Sensibilidad					
Aceptación						Aceptación					
Asertividad						Asertividad					
Imparcialidad						Imparcialidad					
Autoestima						Autoestima					
Tolerancia						Tolerancia					
Coraje						Coraje					
Integridad						Integridad					
Moralidad						Moralidad					
Objetividad						Objetividad					
Confianza						Confianza					
Esperanza						Esperanza					
Independencia						Independencia					
Apertura						Apertura					
Responsabilidad						Responsabilidad					
Autenticidad						Autenticidad					
Honestidad						Honestidad					
Curiosidad						Curiosidad					
Racionalidad						Racionalidad					
Reflexión						Reflexión					
Humildad						Humildad					
Paciencia						Paciencia					

PREGUNTAS DE COMPETENCIAS MORALES Y RELACIONADAS CON EL CUIDADO DEL PRÓJIMO:

A) ¿Qué competencias morales y conductas profesionales considero NECESARIAS cuando establezco una relación de cuidado?

B) ¿Qué competencias morales y conductas profesionales TENGO presentes cuando establezco una relación de cuidado?

Valora cada enunciado del 1 al 5 Siendo:

- 6. **Nunca**
- 7. **Raramente**
- 8. **A Veces**
- 9. **Frecuentemente**
- 10. **Siempre**

Necesarias	1	2	3	4	5	Tengo	1	2	3	4	5
¿Da atención completa al prójimo cuando lo atiende?						¿Da atención completa al prójimo cuando lo atiende?					
¿Ayuda a otros profesionales para prestar cuidados?						¿Ayuda a otros profesionales para prestar cuidados?					
¿Expresa su opinión sobre tendencias y cuestiones sociales que tienes implicación sanitaria?						¿Expresa su opinión sobre tendencias y cuestiones sociales que tienes implicación sanitaria?					
¿Protege el derecho individual a la intimidad?						¿Protege el derecho individual a la intimidad?					
¿Trata a los necesitados como ellos lo prefieren?						¿Trata a los necesitados como ellos lo prefieren?					
¿Mantiene la confidencialidad de los atendidos y el grupo de trabajo?						¿Mantiene la confidencialidad de los atendidos y el grupo de trabajo?					
¿Trata a los demás con respeto independientemente de los antecedentes?						¿Trata a los demás con respeto independientemente de los antecedentes?					
¿Adapta el entorno de forma que sea agradable para el otro sufriente?						¿Adapta el entorno de forma que sea agradable para el otro sufriente?					
¿Crea un ambiente de trabajo agradable para sí misma y para los demás?						¿Crea un ambiente de trabajo agradable para sí misma y para los demás?					

**LA VOCACIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO DESDE EL CARISMA DE LAS APOSTÓLICAS
DEL CORAZÓN DE JESÚS (ACJ) EN EL CONTEXTO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD**

¿Se presenta a sí misma de forma que favorece una imagen positiva de la Familia APJ?					¿Se presenta a sí misma de forma que favorece una imagen positiva de la Familia APJ?				
¿Interactúa con otros de una forma no discriminatoria?					¿Interactúa con otros de una forma no discriminatoria?				
¿Expresa ideas sobre la mejora del acceso a los recursos sociales?					¿Expresa ideas sobre la mejora del acceso a los recursos sociales?				
¿Actúa como un defensor de la atención integral del prójimo, distribuyendo los recursos de forma justa?					¿Actúa como un defensor de la atención integral del prójimo, distribuyendo los recursos de forma justa?				
¿Informa de prácticas incompetentes, no éticas e ilegales de forma objetiva e imparcial?					¿Informa de prácticas incompetentes, no éticas e ilegales de forma objetiva e imparcial?				
¿Respeto el derecho individual, a rechazar ser cuidado que tiene el prójimo?					¿Respeto el derecho individual, a rechazar ser cuidado que tiene el prójimo?				
¿Apoya los derechos de otros profesionales a sugerir alternativas al plan de acción en el que participamos?					¿Apoya los derechos de otros profesionales a sugerir alternativas al plan de acción en el que participamos?				
¿Anima al debate abierto de las cuestiones polémicas que se dan en su entorno?					¿Anima al debate abierto de las cuestiones polémicas que se dan en su entorno?				
¿Documenta los cuidados que realiza de forma exacta y honesta?					¿Documenta los cuidados que realiza de forma exacta y honesta?				
¿Participa en los esfuerzos sociales para proteger a la sociedad de la información falseada sobre los pobres?					¿Participa en los esfuerzos sociales para proteger a la sociedad de la información falseada sobre los pobres?				
¿Aporta espiritualidad y trascendencia en sus acciones?					¿Aporta espiritualidad y trascendencia en sus acciones?				
Disponibilidad					Disponibilidad				
¿No escatimar trabajo?					¿No escatimar trabajo?				
¿Ofrece un trato sanador respecto a las necesidades individuales con independencia de características personales?					¿Ofrece un trato sanador respecto a las necesidades individuales con independencia de características personales?				

FORMULARIO DE VIVENCIA DEL CARISMA (APJ) RELACIONADAS CON EL CUIDADO DEL PRÓJIMO.

A) ¿Puede indicarnos su grado de acuerdo en los siguientes enunciados relacionados con el cuidado enfermero en su actividad diaria?

Valora cada enunciado del 1 al 5 Siendo:

1. **Nunca**
2. **Raramente**
3. **A Veces**
4. **Frecuentemente**
5. **Siempre**

	1	2	3	4	5
Para mí es importante, como persona, expresar al que cuido mi disponibilidad.					
En mi entorno cotidiano considero fundamental la responsabilidad.					
Me resulta difícil intervenir cuando detecto situaciones que impliquen cuidados inseguros o inadecuados.					
En mi entorno cotidiano considero fundamental mostrar al que requiere cuidados una actitud de apoyo.					
Me resulta difícil estar dispuesto a escuchar los sentimientos del prójimo sufriente.					
En mi entorno cotidiano considero fundamental establecer una relación de confianza con el necesitado de cuidados.					
Me cuesta Identificar inquietudes respecto a la expresión religiosa (velas, ayuno, o prácticas alimentarias, crucifijos, estampas religiosas)					
En mi entorno cotidiano, considero fundamental crear un ambiente de intimidad en todas las actividades relacionadas con el cuidado del otro.					
Antes de delegar ninguna actividad a otra persona, me preocupo de valorar su competencia y preparación.					
Como cuidador, pienso que no me corresponde adaptar las normas de la institución a las necesidades del prójimo.					
Siento que no debo llevar a cabo alguna actividad si pienso que no se adecua a la necesidad del que cuidamos.					
Creo que como cuidadora debo ayudar al paciente a expresar sus inquietudes.					
Tengo un especial interés en ayudar al necesitado a darse cuenta de que cada ser es único.					
No siento especial interés en participar en comisiones multidisciplinarias para tratar cuestiones relacionadas con los cuidados.					
Me resulta fácil captar los mensajes no verbales (tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz) que acompañan a las palabras expresadas.					
Tengo habilidad para percibir qué le preocupa al otro.					
En determinados casos me cuesta expresar empatía y comprensión por la experiencia que está pasando el prójimo sufriente.					

Siento que debo asegurar al otro que como cuidador, estaré disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento					
En determinados momentos creo que impongo mis valores al que cuido.					
Estar atenta a la expresión del otro me ayuda a percibir sus necesidades					
Me molesta oír referirse a los enfermos por su diagnóstico.					
A veces necesito dar por terminada la conversación, si detecto algún problema que preocupe al prójimo sufriente.					
Me preocupa no disponer de tiempo para sentarme al lado del necesitado y escucharle.					
En mi vida cotidiana, hay tanta carga de trabajo, que siento que no hago lo que realmente es importante.					
A menudo cuando estoy con el otro hablo de mi misma para estar más cómoda.					
Siento que debo mostrar un interés sincero por el que me necesita.					
Procuro dirigirme al prójimo necesitado con voz serena y sin prisas.					
A veces siento que debo minimizar los sentimientos del que sufre para evitarle estrés.					
Pienso que es importante ayudar al otro a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.					
Tengo un especial interés en proporcionar confort a los que cuido.					
A veces estoy atendiendo a un necesitado pero siento que tengo la cabeza en otro sitio.					
Necesito que mi relación con el prójimo sufriente esté basada en la honestidad					
Me cuesta aceptar determinadas decisiones del necesitado.					
Tenemos presente la mayor estima de la dignidad de la persona que cuidamos.					

ANEXO 5: PATRONATO DE ENFERMOS

«La segunda Lucha Apostólica de la obra apostólica, es la obra para asistir a los enfermos llamada “Patronato de Enfermos”.

Esta segunda obra es muy importante porque supone acudir a la salvación de las almas, en el momento decisivo de la muerte, cuando salen de este mundo y todo esta ganado si se aprovecha la última gracia que el Señor concede.

Esta es la hora en el que demonio libra su última batalla, para llevar las almas al infierno, valiéndose principalmente del miedo que han conseguido lleguen a tener los enfermos y sus familias de la recepción de los Santos Sacramentos, por creer que les adelanta la muerte.

¡Cuantísimo daño ha conseguido este enemigo mortal de nuestras almas!... y ¡Cuántas almas ha llevado al infierno por esta idea equivocada!

El fin de esta Obra de Patronato de Enfermos es asistir a los enfermos a domicilio, ofreciendo bienes materiales que den fruto los espirituales, y poder salvar a un número grande de almas, llevando esta obra si fuera posible al mundo entero.

Para conseguir este bien tan grande de que el Patronato de Enfermos responda a la necesidad de asistir bien a los enfermos a domicilio, es preciso también, que la lucha apostólica que llevan las Damas Apostólicas del Sagrado Corazón sea con todo empeño de cumplir lo mejor posible, para que la asistencia a enfermos graves, sea lo que debe ser.

Esta asistencia ha de consistir no sólo en el alimento que no tiene tanta atracción como antes, sino en el servicio de asistencia médica de practicantes, de farmacia, inyecciones de urgencia, ropas, enseres y todo lo que pueda necesitar el enfermo.

Que este servicio de enfermos se diere con toda puntualidad y en forma tal que todos acudiesen a pedir auxilio en sus enfermedades al Patronato de Enfermos; tiene que ser la aspiración de esta Obra.

Que fuera una asistencia completa a ser posible, para conseguir que reciban la parte espiritual si es posible.

En esta forma supone que este Patronato de Enfermos cumpla su misión y que se emplee el esfuerzo para conseguirla.

Hasta ahora los enfermos se contentaban con menos cosas, pero ha hecho evolución la

medicina también y se necesita poner mucho más trabajo y mucho más gasto.

Para conseguir el bien que se pretende espiritual y material, la lucha apostólica en esta Obra ha de ser la siguiente:

- 1- Para llegar a conseguir la asistencia al mayor número posible de enfermos.*
- 2- Para que este Patronato de Enfermos tenga la atracción suficiente para que estos acudan a beneficiarse de la Obra.*
- 3- Para conseguir que se haga este servicio lo mejor posible, con mucha puntualidad y sin pérdida de tiempo.*
- 4- Para que se consiga que los enfermos reciban los Santos Sacramentos.*
- 5- Para que los bienhechores confíen a esta Obra sus limosnas.*

Conseguir una perfecta asistencia a enfermos a domicilio en estas cinco partes, supone lucha grande o sea, esfuerzo para cumplir bien, con verdadero espíritu apostólico y el resultado sería un bien grande a las almas y a los cuerpos.

Primera parte de esta lucha para el patronato de enfermos.

- 1- Para llegar a conseguir la asistencia al mayor número posible de enfermos.*

Supone:

- A. Que esta Obra del patronato de Enfermos esté perfectamente preparada y ordenada, y los enfermos que a ella acuden en demanda de auxilio encuentren lo que desean.*
- B. Que se ponga al frente de esta Obra un personal de mucha conciencia que cumpla perfectamente, aceptando al sacrificio que supone.*
- C. Que se tenga un servicio de médico, practicante, farmacéutico y de clínica muy bien montado.*
- D. Que se den los alimentos que se necesitan según lo que prescriban los médicos y a ser posible, ropas y demás objetos que necesiten los enfermos y se pueda dar.*
- E. Que estos servicios se den sin pérdida de tiempo con mucha puntualidad sin interrupción y con constancia.*

- F. *Que se tenga la población dividida por demarcaciones para que se puedan hacer en mejores condiciones.*

Considerando la importancia de la salvación de muchas almas se ha de solucionar este servicio del Patronato de Enfermos en la forma siguiente.

Soluciones:

- A. *Disponer de que todo esté a punto, personal y dependencias, contando con que hay que ordenarlo cada día, que no basta con disponerlo bien una vez porque enseguida se desorganiza y en esto consiste la lucha.*
- B. *Este personal de conciencia dispuesto al sacrificio al frente de esta Obra, es la Comunidad religiosa de Damas Apostólicas del Sagrado Corazón que está al frente de toda la Obra Apostólica y no ha de permitir ni conceder la dirección a ningún seglar. Estos trabajarán bajo su dirección.*
- C. *Que este servicio farmacéutico, médico hay que retribuirlo por cada servicio, estando muy al tanto de que cumplan bien, haciendo que firmen la asistencia y la puntualidad, poniendo la corrección cuando no cumplan que se haya estipulado en el sueldo.*
- D. *Que no se escatimen los alimentos, se de lo necesario, poniendo para ello el gasto que sea preciso.*
- E. *Que los avisos de enfermos se hagan el día sin falta, teniendo el servicio médico, farmacéutico y practicantes así como alimentos preparados el día también. Poner en esto de la puntualidad u asiduidad mucho empeño.*
- F. *Que todos estos servicios se tengan bien distribuidos, ordenados, para que se hagan con relativa facilidad.*

De emprender una Obra de enfermos como esta a domicilio, con las dificultades que representa, hay que estar preparada en espíritu de sacrificio, y materialmente para conseguir soluciones que se han de hacer con mucho esfuerzo y venciendo las dificultades siguientes.

Dificultades:

- A. *Vencer con el esfuerzo la abnegación que supone que quede desarreglado y*

*desorganizado tal vez más pronto de lo que pensamos lo que había quedado dispuesto.
Contar con ello para no desanimarse.*

- B. *Que tengan las Damas Apostólicas vocación para esta Obra de enfermos y así se les haga menos dificultoso el sacrificio de estar siempre con el mismo interés para cumplir con su obligación.*
- C. *Que tenga el carácter suficiente para no dejarse llevar de lo que cada uno le dice y desea, sino cumpliendo con la obligación de escudriñarlo todo, contarlo todo, verlo todo por sí misma, con la disculpa siempre de que está en su obligación... si ellos cumplen haciendo bien su servicio ella no cumpliría si no, lo comprobase.*
- D. *Que se tome y haga tomar a los demás el sacrificio que supone no dar alimentos fijos como se daban hasta ahora.*
- E. *Que se trabaje con empeño, no se deje pasar ni una sola falta sin tomar cuenta de ello.*

Segunda parte de esta lucha apostólica para el Patronato de Enfermos.

- 2- *Para que este Patronato de Enfermos tenga la atención suficiente para que acudan a beneficiarse de esta Obra.*

Supone:

- A. *Que esta obra se dé a conocer por todos los medios posibles, prensa, familias de los niños en las escuelas, padres que vienen al comedor y en la forma que se pueda.*
- B. *Que los enfermos encuentren satisfacción en lo que ofrece este Patronato de Enfermos.*
- C. *Que reciban los servicios con exactitud, puntualidad y constancia.*
- D. *Que estén contentos con los médicos, que estos cumplan bien y con gusto.*
- E. *Que las medicinas sean buenas y se sirva con prontitud y ellos puedan exponer lo que necesitan encontrando buena acogida en este Patronato.*
- F. *Como se trata de una cosa muy importante hay que estudiar constantemente la forma de llevar este Patronato de Enfermos lo mejor posible y dar una solución diaria a las eventualidades que se vayan presentado de la manera siguiente.*

Soluciones:

- A. *Que este cargo de la propaganda en la prensa y en otras formas se dé a una persona que pueda hacerlo bien.*
- B. *Que se ofrezca a los niños algo que den cuenta de los enfermos graves que tienen en sus casas y que los maestros ayuden en esta forma.*
- C. *Que los enfermos estén contentos con los alimentos que les ofrece este Patronato y además que encuentren el servicio de médicos y practicantes bien montado, recibiendo las medicinas e inyecciones de urgencia.*
- D. *Este Patronato tiene que ofrecer un servicio de médicos y farmacias muy bien montado.*
- E. *Que no se ha de mirar con indiferencia las quejas de los enfermos respecto al médico, y a ser posible enviarles el que sea de su gusto, de los que hay disponibles.*
- F. *Que se manden las recetas a las boticas sin exigirles que lo hagan todo gratuitamente porque luego no sirven bien y preferible es pagar algo con alguna rebaja.*

Con amor de Dios se pueden sufrir los obstáculos y sacrificios de esta Obra que no son pequeños, animándose con el bien grande espiritual que se puede llegar a conseguir venciendo las dificultades.

Dificultades:

- A. *Que se hagan sin falta los informes de los avisos de enfermos al día incluso si fuera preciso se haga el gasto de tomar algún taxi.*
- B. *Que para estos avisos se lleve todo preparado de avisos médicos, practicantes, bonos para alimentos, ropas, etc.*
- C. *Que aunque los enfermos tenga Sociedad, se les ofrezca las inyecciones de urgencia y otras, preferible es hacer este gasto para conseguir el bien espiritual que tal vez no reciban en otra forma.*
- D. *En cada demarcación tener a ser posible, dos médicos para que el servicio se pueda hacer mejor y más a gusto de los enfermos en caso de no estar contentos con el que tiene señalado.*
- E. *Que se tenga una boticaria en el Patronato, pagada si es preciso para que pueda*

hacer los análisis y las recetas que sean posible.

Queda zanjada esta segunda parte de esta Lucha Apostólica del Patronato de Enfermos, para que pueda ofrecer un servicio de médicos, practicantes, farmacia, alimentos y en esta forma tenga atractivo con los enfermos pobres. Que se procure buscar personal que pueda ayudar a esta Obra a fin de hacerla lo mejor posible y contribuir a la salvación de muchas almas en el trance decisivo de la muerte.

Tercera parte de esta Lucha Apostólica para el Patronato de Enfermos.

- 3- *Para conseguir que se haga este servicio de médicos a domicilio lo mejor posible y sin pérdida de tiempo.*

Supone:

- A. *Que se tenga el servicio de teléfonos y oficinas preparado a toda hora para tomar los avisos y el trabajo de este Patronato, haciendo bien todo lo que se relaciona con el desenvolvimiento de este Patronato de Enfermos.*
- B. *Que se tenga preparado la parte de inyecciones, medicinas, alimentos, ropas, enseres y todo lo necesario que se pueda ofrecer.*
- C. *Que el servicio médico, practicante, farmacéuticos, se haga con facilidad, reciban estos los servicios por teléfono aquella misma noche o tarde en que se hacen los avisos de enfermos para que estos puedan hacer las visitas a la mañana siguiente, o también que se dejen los volantes en casa del enfermo para que ellos lo lleven directamente al médico.*
- D. *Que a las visitas de enfermos se dejen los vales de médico, practicante, farmacia, etc. que se hagan de entregar cuando reciban la visita los enfermos y sirven para cobrar a fin de mes en el Patronato.*
- E. *Que así mismo se dejen dos o más recetas con el nombre del enfermo para que el médico pueda hacer uso de ellas poniendo el nombre, domicilio de enfermo y el de la farmacia.*
- F. *Que este servicio de inyecciones urgentes y farmacia se de en el Patronato por la mañana y por la tarde sin falta, sin necesidad de esperar a la hora de la clínica.*

Como esta parte de servicio de enfermos bien atendida supone la atracción de los

enfermos y la salvación de sus almas cada día examínese a primera hora sin falta este servicio de enfermos, para dejarlo todo preparado y en condiciones de que pueda funcionar perfectamente. A las dificultades que se presentan se dará la solución siguiente.

Soluciones:

- A. *Que tenga una persona destinada al teléfono a todas horas en el día dejando suplente en su ausencia.*
- B. *Que tenga cuadros preparados con la lista del servicio de médicos, practicantes, farmacias, con domicilio y nombres, especialidades, horarios, números de teléfonos y todos los pormenores. Que en estos cuadros se lleven a efectos todos los cambios necesarios lo que suele ocurrir muy a menudo. Los sábados se dejen preparados.*
- C. *Que se dé el encargo de este Botiquín del Patronato a una o dos auxiliares que por semana ayuden en este trabajo.*
- D. *Que se tome contestación de los médicos por teléfono el mismo día que han hecho la visita. Este servicio se lleve en libro que habrá al efecto.*
- E. *Que se tenga visitadoras y éstas se comuniquen con el Patronato de enfermos a una hora que habrá señalada si no pueden personalmente por teléfono.*
- F. *Que las visitadoras vean a sus enfermos cada tres días, dejen los avisos de médico, recetas, alimentos y demás. Que a ser posible se tenga junta de enfermos los sábados.*
- G. *Que se nombren auxiliares visitadoras de enfermos y se trate de conseguir personal para esta Obra.*

Como este servicio del Patronato de Enfermos a domicilio tiene muchas dificultades supone espíritu de sacrificio y mucha actividad en la Dama Apostólica que dirige la Obra, trate de animarse ella misma y los demás con la idea de salvación de las almas y procure ir allanando las contrariedades e inconvenientes que se puedan presentar en la forma siguiente.

Dificultades:

- A. *Que se nombre a una persona que inspeccione este trabajo este trabajo del servicio completo de esta Obra, lo examine los sábados, escriba las faltas que hubiere y firme su conformidad.*
- B. *Que las auxiliares firmen su asistencia a la Clínica. Los sábados la encargada hará los*

vales necesarios para traer el material que se necesita y en un libro que habrá al efecto quedará escrito todo el pedido.

- C. *Que se exija a los médicos estos servicios de teléfono y se apunte su falta. Que se haga un convenio con ellos de rebaja en la cantidad que se les ofrece cuando haya falta de asistencia o puntualidad.*
- D. *Que a las visitadoras no se les permita pasen más de cuatros días sin hacer la visita y comunique por teléfono si no pudieran hacerlo.*
- E. *Que se les haga comprender a las visitadoras de enfermos que las religiosas tienen el derecho y el deber de visitar los enfermos cuando lo crean conveniente y que ellas no han de molestarse por este motivo.*
- F. *Que las visitadoras estén a favor de este Patronato de Enfermos para no hacer más gasto del que sea necesario a fin de poder llevar bien esta Obra, asistir a muchos enfermos, lo que no podría ser si los gastos fueran superfluos y demasiado elevados.*

Queda resuelta esta tercera parte por la Lucha del Patronato de Enfermos necesaria para que se haga el servicio lo mejor posible. Que haya una encargada buena que tenga su servicio de teléfonos bien, la Clínica bien atendida y el orden, que se repongan los medicamentos antes de terminarse... que se hagan las revistas de los sábados bien.

Que se dé por hecho que todo hay que ir cambiando, supliendo y que haya espíritu de sacrificio para tener empeño de hacer bien todos los servicios.

Parte cuarta de esta Lucha Apostólica para el Patronato de Enfermos.

- 4- *Para que se consiga que los enfermos reciban los Santos Sacramentos.*

Supone:

- A. *Que se trabaje esta parte espiritual con empeño como la más importante y el fin que se desea conseguir con esta Obra.*
- B. *Que se dé el tiempo necesario a las visitas de enfermos y no se esté en la idea de que es suficiente unos minutos soltar los bonos sin tomar interés alguno.*
- C. *Que se vaya ganando al enfermo con mucha bondad y dulzura e interesándose mucho por su salud, que es lo que más agradecen.*

- D. *Que se trate este asunto importante de la parte espiritual con mucho tiempo, sin querer apresurar demasiado, ni descuidándolo tampoco. Poniendo todo cuanto está en nuestra parte para la conquista de esta perla preciosa que vale más que el mundo entero y que el Señor dio toda su sangre para comprarla.*
- E. *Que se procure buenas lecturas y amenas a los enfermos si están en condiciones de ello.*

Que se trate con el Señor, en la visita de los enfermos se actúe en su presencia, se entre en la habitación con Él lo puede todo. Para conseguir esta parte espiritual que se pretende hay que solucionarlo en la siguiente forma.

Soluciones:

- A. *Que hay que enterarse con solicitud y mucho interés de la clase de persona que es el enfermo, en lo que sea posible sin faltar a la caridad.*
- B. *Que principalmente se consigue el ascendiente en el alma ganando el afecto del enfermo con bondad y dulzura e interés en darle las cosas que le convienen a su enfermedad.*
- C. *Que se procure conseguir este tiempo que ayuda mucho el celo de procurar no perderlo. Ser avara de este tesoro del tiempo. Tampoco se ha de gastar demasiado tiempo en una visita inútilmente.*
- D. *Que se hable mucho con el Señor de la salvación de esta alma enferma, se haga mucha oración por ella y se pidan oraciones a los demás.*
- E. *Que se le procure, si es posible hablarle de cosas que le distraigan y la conversación llevarle al cielo para despegarle de las cosas de la tierra.*

Considera alma Apostólica bien los obstáculos que se pueden presentar para tratar de vencerlos y estando preparada para ellos y no cogiendo de sorpresa resulta más fácil.

Dificultades:

- A. *Que no se desanime y tenga confianza en la gracia de Dios que todo lo puede, aunque le digan que reúne las mayores dificultades de incredulidad, mala vida o lo que sea. Algo querrá el Señor cuando lleva esta Obra a su lado.*
- B. *Que aunque vea que no se consigue nada en la parte espiritual no se desanime ni se dé por vencida, a lo mejor a última hora y cuando menos lo espera, se consigue el fruto.*
- C. *Que piense que el Señor le ha de pagar todos los esfuerzos y trabajos que ponga de su parte, consiga o no lo que se pretende en la parte espiritual. Para la que trabaja no hay nada perdido, esto anima mucho a tener paciencia. Si pones como dos te pagarán dos y si cuatro, cuatro; además del gusto principal de servir a Dios.*
- D. *Que el enfermo vea que no nos desanimamos ni le tratemos con menos afecto, aunque no ceda en la parte espiritual. No conviene vean que no tenemos interés más que en su alma, que en el cuerpo también le tenemos aunque sea menor.*
- E. *Que se le siga dando todo lo que podemos para el alivio del cuerpo o sea, para la enfermedad aunque no podemos conseguir nada para su alma. Que no se le retire la asistencia y es la mejor manera de ganarle.*

Para solucionar esta lucha de que el enfermo reciba los Santos Sacramentos y se prepare para morir bien y salvar su alma que es lo importante se ha de tratarlo tomando mucho interés en sus sufrimientos, atendiéndole mucho para aliviar sus dolores, que vea que no sólo nos tomamos interés por su alma sino por su enfermedad corporal también; orando mucho por él, procurando que se vaya despegando de la tierra y se acuerde de cielo, llevándole buenas lecturas, no dejando pasar ocasión de hacerle mucho bien y sobre todo tratándole con mucho cariño.

Quinta parte de esta Lucha Apostólica a favor de los enfermos.

- 5- *Para que los bienhechores nos confíen sus limosnas.*

Supone:

- A. *Que tengan mucho entusiasmo por esta Obra, que estén en la idea de que es una Obra buena, necesaria y que con ella se hace mucho bien espiritual y corporal.*
- B. *Que tengan confianza de que este Patronato de Enfermos asiste a los enfermos*

pobres en conciencia, bien y no es una Obra de sólo apariencia, porque ésta se descubre pronto.

- C. *Muchas personas aprecian más la parte espiritual, pero les gusta que se atienda a la parte corporal y otros desgraciadamente sólo desea ésta y entregan sus limosnas para ello.*
- D. *Es una cosa que atrae mucho el que cuenten con los enfermos que se asisten al día y se admiten todos, haya o no medios para ello, en espera de recibirlos.*
- E. *Que se dé a conocer a los bienhechores el bien que se hace por medio de los boletines, artículos en los periódicos y el mismo Patronato de Enfermos que se dé a conocer por los enfermos asistidos.*

Como los medios son tan necesarios y de fallar estos no se podría hacer la Obra, procúrese dar una solución a la forma de adquirirlos en la siguiente manera.

Soluciones:

- A. *Para que esta buena opinión no decaiga cuando dan alguna queja o advertencia de alguna falta las personas que son de fuera, se ha de tomar en consideración, indagar lo que hay de verdad, si esta no existe hacerlo comprender a las personas que han hecho la advertencia, no pasarlo por alto con indiferencia. Si la falta existe, reconocerla, tal vez no convenga confesarla a la gente de fuera, pero sí poner el remedio lo antes posible.*
- B. *Que este servicio de enfermos se haga en conciencia delante de Dios, por darle gusto a Él y resultará bien delante de los hombres., aunque tal vez el Señor permita pruebas en la Obra, cuando se ha hecho todo lo posible y no es culpa nuestra, el Señor la sacará adelante.*
- C. *Que se atienda bien la parte espiritual sin descuidar la corporal porque así lo quiere el Señor; no se compone el hombre sólo de espíritu, sino de materia también.*
- D. *Que los avisos se hagan al día haciendo todos los esfuerzos posibles para ello e incluso si fuera preciso haciendo gastos de taxis, si fuera necesario por falta de tiempo o por ser muy tarde de noche también.*
- E. *Que este trabajo de propaganda se haga se haga ayudar por personas de fuera, respecto a repartir los boletines, llevarlos a los suscriptores, respecto a visitas tal*

vez no convenga porque se atribuyen a sí misma las limosnas y pueden traer malas consecuencias.

Bajo la discreción de una de las maestras se podrían tomar estas auxiliares.

Hay que poner todo lo que está de nuestra parte para conseguir estas limosnas, y no dejarlo todo como exigiendo un milagro a Dios, sin poner nosotras los medios para conseguirlo.

Para solucionar estas dificultades importantes de falta de fondos o sea, para adquirir la enorme suma que supone este Patronato de Enfermos hay que esforzarse en la forma siguiente.

Dificultades:

- A. Hacer ejercicio de humildad, dando por hecho que puede haber faltas, y que en realidad las hay aunque pongamos mucho de nuestra parte, echándonos la culpa que en realidad la tenemos muchas veces, por falta de personal, dinero, pruebas del Señor, pero que en verdad existen estas faltas... con humildad se arreglan muchas cosas, con soberbia ningunas...*
- B. Que se ponga espíritu de sacrificio grande, haciendo todo lo que se pueda contando con este esfuerzo, viendo que puede costar la salvación de las almas que no quede por nosotros.*
- C. Que se ponga mucho amor de Dios que se necesita para no desanimarse nunca sean cualquiera las pruebas.*
- D. Que no se dé el trabajo a las personas de fuera en forma que no se les pueda quitar. A ser posible los nombramientos se hagan por meses y conviene mucho hacer cambios por estos motivos y para que no se cansen.*
- E. Que se tomen propagandistas que se paguen bien, y tengan interés en tomarse señoras o señoritas que lo necesiten. Que se escriban artículos de propaganda en los periódicos.*

El Patronato de Enfermos se ha de llevar a todo el que lo necesite sin andar en averiguaciones si tienen otra forma de conseguir auxilios, y lo necesitan más o menos, ni retirarse porque otros hayan acudido.

Están enfermos reúnen condiciones para este Patronato.

Hágase la Obra bien en conciencia, que de confianza a las personas que se beneficien de la Obra, a las personas que la protegen de alguna forma.

Que el servicio de médicos, practicantes, farmacéuticos, se pueda hacer bien, se les de facilidades para ello.

Que se puedan dar los alimentos.

Que los suscriptores se enteren del bien que hacen con sus limosnas que se les avise a las fiestas grandes, y se les tenga toda clase de atenciones. Que se dé las gracias por los donativos. Que se pidan limosnas a las testamentarias y en los periódicos.

Que se haga esta Obra con mucho amor de Dios que es lo que regula todo.»

ANEXO 6: EL TRATO APOSTÓLICO

«Este trato tiene que ser muy especial, MUY PROPIO DE ESTA Obra, que conozca el que sabe apreciar lo que es esta Obra Apostólica, corresponder este trato apostólico; y que es de absoluta necesidad tenerlo.

Será inútil una Obra Apostólica, unas Damas Apostólica que no tuvieran el distintivo en su trato apostólico.

¿Cuál es este trato que corresponde a esta obra?

- 1. Un trato siempre amable, que no se desmiente nunca sean cualquiera las circunstancias que se opongan a ello.*
- 2. Un trato siempre dulce, aunque las personas con quien se trata se presenten y desentonadas.*
- 3. Un trato siempre bondadoso, aunque sepa que no corresponde a la manera cómo piensan de nosotras.*
- 4. Un trato siempre deferente, aunque se vea nos tratan con grosería; como si no nos apercibiésemos de ello.*
- 5. Un trato siempre atento, aunque las personas no se lo merezcan, ni mucho menos.*
- 6. Un trato de mucha consideración, como se merece la imagen de Dios que es lo que representa para mi esa persona.*
- 7. Un trato de afecto, como es justo se tenga a todos nuestros semejantes que somos todos los hermanos.*
- 8. Un trato de respeto, como se lo merece todo el ser que lleva un alma que le ha costado al Señor toda su sangre.*
- 9. Un trato en el que nunca se note cansancio de estar con una persona por poco agradable que sea.*
- 10. Un trato complaciente, que cede de lo suyo aunque cueste trabajo hacerlo.*
- 11. Un trato agradable que se desea que las personas no se molesten por nosotras en nada.*
- 12. Un trato fino, que por nada se falta a las reglas de la buena educación.*

13. *Un trato paciente, que cuenten las personas con que no se alterará aunque sea importuna.*
14. *Un trato humilde que no exige deferencias que no se cree, las merece y le corresponde.*
15. *Un trato sencillo, que no necesita buscar palabras para hablarla y se le puede decir tal como salen del corazón.*
16. *Un trato alegre, que siempre se le encuentra dispuesta a gozar con todo, con tal de que no sea ofensa a Dios.*
17. *Un trato verdadero, que se cuenta con que no hay ficción de ninguna clase.*
18. *Un trato contentadizo, que se queda tan satisfecha con todo lo que se le da sin andar en exigencias.*
19. *Un trato tan seguro en el bien, que no cede en lo que no sea de conciencia.*
20. *Un trato que se hace cargo de las circunstancias, y no quiere que todas las cosas vayan por el mismo orden siempre, cuando algo se opone a ello.*
21. *Un trato que sabe amoldarse a las personas con quien se comunica de alguna manera, y a las circunstancias y tiempos.*
22. *Un trato que no se cansa, y se mortifica lo necesario, sin querer atropellar nada.*
23. *Un trato tan afable que siempre acoge a todos, como si fuera para ella un beneficio que recibe, al querer hablarla.*
24. *Un trato ameno, que se molesta en los demás no se aburran estando con ella.*
25. *Un trato consolador que siente con el que sufre, y las personas que la tratan van aceptando lo que Dios les manda.*
26. *Un trato agradecido, que dé gusto hacerle algún servicio a la Obra.*
27. *Un trato que demuestre interés, y toma las penas ajenas como propias.*
28. *Un trato por el cual todo el mundo cree que tiene derecho a su cariño.*
29. *Un trato que está dispuesto a desdecirse sin tener prurito de que no puede equivocarse, y he de llevar adelante su palabra siempre.*

30. *Un trato que está dispuesto a mortificarse, y hace las Obras siempre aunque supongan sacrificio.*

En el semblante:

El semblante constituye mucho para lograr el fin que se pretende en el trato apostólico.

1. *Un semblante serio sin dureza es en el que merece se tenga confianza que cumplirá bien.*
2. *Un semblante tranquilo de paz, que está como diciendo se tenga seguridad de que no ha de engañar.*
3. *Un semblante de bondad, con una mirada de dulzura en el trato apostólico está diciendo que se puede acercar cualquiera que recibirá bien siempre.*
4. *Un semblante que aparenta tomarse interés por la forma en que escucha y la atención que pone en el trato apostólico ya se le está agradecido porque se ve que toma parte en su relato.*
5. *Un semblante que no se descompona cuando tiene que amonestar, es un trato apostólico que de él se hace mucho caso e invita a corregirse.*
6. *Un semblante que conserva tranquilidad en las cosas adversas está diciendo que tiene trato con Dios y en Él confía.*
7. *Un semblante que se sonríe para animar el trabajo es una forma apostólica de hacer bien a las almas.*
8. *Por el contrario un semblante que no pone atención cuando se le habla, está diciendo que le tiene sin cuidado lo que cuentan y resulta un trato apostólico que deja helada a la gente.*
9. *Un semblante que no demuestra fijeza, que tan pronto está sonriente como triste sin motivo para ello es un trato apostólico que no merece que se tome en consideración lo suyo; ni se respeta mucho lo que aconseja.*
10. *Un semblante siempre triste por sus impresiones, disgusta mucho y se huye de este trato apostólico que no tiene atractivo ninguno.*
11. *Un semblante demasiado alegre incluso en circunstancias tristes, se trata como de una persona que no tiene corazón y no se acepta sobre todo estando disgustado.*

12. *Un semblante estoico, impasible que parece de mármol molesta mucho, no llega al corazón y no puede ganar las almas.*
13. *Un semblante expresivo gana los corazones y se hace tan simpático y en efecto es un trato apostólico muy agradable.*
14. *Un semblante que al emprender una conversación toma parte en lo que habla es un trato apostólico tan agradable que arranca las palabras de alabanza siguientes: “qué simpática es este Apóstol”.*
15. *Un semblante que toma parte en lo que escucha es un apóstol cuyo trato gusta tanto que es motivo para que se le habrá el corazón.*
16. *Un semblante risueño, alivia mucho en las penas y parece que hace olvidar los sentimientos tristes y constituye un trato apostólico que alegra el corazón.*
17. *Un semblante que aunque oiga insultos no demuestra enfado ni resentimiento y parece que más bien siente haber sido causa de ese sentimiento desarma por completo y gana la persona pudiendo aún esperar que se le llegará a hacer el bien.*
18. *Un semblante que demuestra un carácter abierto que no anda con tapujos es causa de conquistar mucha gente y poder hacerle el bien.*
19. *Un semblante que siempre se le encuentra en un ser y acoge con bondad sin alteraciones inspira confianza y puede hacer mucho bien.*
20. *Por el contrario un semblante distraído que ya se ve que no toma parte el corazón en lo que se le está diciendo ya se sabe que es lo contrario de un trato apostólico atrayente.*
21. *Un semblante indiferente, es lo contrario de lo que pide un trato apostólico, no se perdona la indiferencia en las penas propias.*
22. *Un semblante que demuestra afecto sin ser meloso, sin pretenderlo, conquista afecto también y ya tiene mucho adelantado para conseguir lo que pretende.*

Defectos en este trato que hay que evitar:

1. *No constituye trato apostólico porque el semblante no es amable siempre y se conoce cuando está contrariado.*
2. *No es trato apostólico porque su semblante no es bondadoso cuando quiere ser recta y que los demás cumplan.*
3. *No es trato apostólico porque sus palabras no expresan deferencia con los demás, como si ella fuera superior.*
4. *No constituye trato apostólico agradable, si el semblante es algo duro y no tiene dulzura que conviene a esta Obra.*
5. *No es trato apostólico porque sus palabras no expresan deferencia con los demás, como si ella fuera superior.*
6. *No es trato apostólico porque no es atenta como si no tuviera obligaciones con nadie, y se hace antipática.*
7. *No es trato apostólico porque no quiere guardar consideraciones como si no las merecieran.*
8. *No es trato apostólico porque no tiene atracción al hablar por no molestarse en querer hacerse simpática para ganar las almas.*
9. *No tiene trato apostólico porque no trata con afecto a las personas, y demuestra que todas son indiferentes.*
10. *No tiene trato apostólico porque demuestra enseguida que se cansa de las personas, y estas se separan disgustadas.*
11. *No tiene trato apostólico porque no quiere mortificarse en sufrir las personas cuyo trato le es molesto, y no sabe dominarse para que no se note como es un deber hacerlo.*
12. *No tiene trato apostólico porque no es complaciente y no cede fácilmente para conquistarse las almas como debiera.*
13. *No tiene trato apostólico porque no es agradable y se le figura que todo se le debe, sin demostrar agradecimiento.*

14. *No tiene trato apostólico porque enseguida se altera cuando se la molesta, y nadie se atreve a abordarla por temor a que se disguste.*
15. *No tiene trato apostólico porque no es fina en sus maneras y por el contrario es ordinaria y autoritaria.*
16. *No tiene trato apostólico porque se le ve altanera y no sufre nada que crea que puede rebajarla.*
17. *No tiene trato apostólico porque no es humilde y se le ve que siempre quiere estar en el primer puesto.*
18. *No tiene trato apostólico porque no perdona el menor acto o palabra que no sea de toda deferencia y lo hace notar con pretexto de que no quiere se tomen confianzas con ella.*
19. *No tiene trato apostólico porque no es sencilla y siempre hay que estar en etiqueta con ella.*
20. *No tiene trato apostólico porque es taciturna y pesimista, echando las cosas a mala parte, y viviendo siempre en temores de lo que puede suceder.*
21. *No tiene trato apostólico porque no es alegre; y no hace feliz a las personas que tiene a su lado.*
22. *No tiene el trato apostólico porque no es verdadera y no se cuenta con ella para desahogar su corazón.*
23. *No tiene trato apostólico porque siempre anda con exigencias y no se contenta fácilmente.*
24. *No tiene trato apostólico porque no se puede tener en ella la seguridad que se debe, que antes sufrirá cualquier cosa que vender a una persona que se le ha confiado.*
25. *No tiene trato apostólico porque no es flexible y no se hace cargo de las circunstancias.*
26. *No tiene trato apostólico porque no sabe amoldarse a las personas y se empeña que todas han de ser iguales.*
27. *No tiene trato apostólico porque enseguida se cansa y no tiene paciencia para esperar los momentos favorables.*

28. *No tiene trato apostólico porque no es afable y no da confianza para abordarla.*
29. *No tiene trato apostólico porque es muy aburrida y sosa sin querer molestar a los que trata.*
30. *No tiene trato apostólico porque no se encuentra consuelo en las penas cuando se le comunican.*
31. *No tiene trato apostólico porque no se toma interés por nada que no sea lo propio.*
32. *No tiene trato apostólico porque hace ver que ella no tiene afecto a nadie.*
33. *No tiene trato apostólico porque nunca demuestra agradecimiento por mucho que se le conceda.*

Estudie la Dama Apostólica constantemente este tratado “Tratado Apostólico” para que con verdadero espíritu y deseo de llegar a hacer lo que conviene en esta Obra Apostólica cumpla lo mejor posible.

Teniendo la humildad necesaria para saber reconocerse en lo que ha faltado; y el deseo verdadero de portarse como una verdadera Dama Apostólica del Sagrado Corazón.»

ANEXO 7: EL CARÁCTER PROPIO DE LAS DAMAS APOSTÓLICAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

« Es de necesidad absoluta apóstol de Sagrado Corazón o del Amor, que tengáis este carácter propio que consiste en pretender la salvación del mayor número posible de almas, con las armas principales de la bondad, la dulzura, la paciencia, la exquisita caridad.

- 1) *Para entrar en el molde tienes que tener el corazón confiado en que todo lo que vas a trabajar y sufrir tendrá su provecho; que nada ha de estar perdido; que todo te lo van a preciar; que ni una palabra, ni una mirada en el menor sacrificio, ni en la menor acción, ha de hacer que no sea delante del que todo lo ve; lo aprecia; y te lo ha de pagar, con medida apretada y llena, que supera el ciento por uno.*
- 2) *Si quieres entrar en el molde por amor, entonces sube de punto la suavidad y la puntualidad, porque ya sabes que en todo acto por insignificante que sea, si lo haces por amor sube de precio de miles de quilates de oro finísimo que sólo pueden ser canjeados en los cielos; pero que ya aquí trae esa paz dulcísima y tranquila de la seguridad en el amado, que destierra toda inseguridad y temor y llega a satisfacer al apóstol en tal forma que de ahí brota el apóstol único, el apóstol del amor que atrae que embelesa, que deja el perfume delicado del amor por donde pasó,*
- 3) *Con los dos fines delante ya puede el apóstol de Sagrado Corazón trabajar, esforzarse, cortar y hasta limar con valentía, todo lo que impide, por insignificante que sea, el encajar perfectamente en el molde propio suyo, del apóstol del Sagrado Corazón.*
- 4) *Para encajar en este molde; tiene el apóstol que deshacerse como una masa para que rellene los perfiles perfectamente sin que quede perdido el más fino y delicado; el que dé tal vez valor a la figura del apóstol vivo que se pretendió.*
- 5) *Tiene el apóstol alguna dureza en su palabra seca, desabrida porque es efecto de que se cansa, se aburre, que no ve el motivo de que ella tenga que estar siempre amable, cuando no le tenga consideraciones, ni se fijen en sus sacrificios, cuando abusan de su bondad, cuando le devuelven con ingratitud su amor; etc. esta dureza le impide*

rellenar el perfil del molde del Apóstol del Amor.

- 6) *Tiene que deshacer; a fuerza de golpes tal vez, aquel impedimento; y en sus actos aparecer siempre con esa dulzura, bondad de apóstol del Divino Corazón que no tiene otro vocabulario más que el que le dicta la Divina Dulzura que está pendiente de lo que en aquel momento hace su Apóstol del Amor.*

- 7) *Tiene que tener una mirada dulce y amable que sabe contestar; que lleva en ella la potestad de derretir toda dureza, toda resistencia y conseguir hacer por el espíritu de su bondad que los corazones empedernidos se deshagan ante la bondad Divina; del Corazón Amante del que el Apóstol del Amor tiene obligación de representar.*

- 8) *Tiene que tener un oído atento a todo lo que suponga buscar con atención suma, escuchar para curar con delicadeza todo murmullo que salga del dolor de aquellos corazones, que pretenden que se curen con el bálsamo del amor; pero que una indelicadeza, un poco atención, puede ser causa de que el espíritu apostólico falle en la conquista del gran tesoro de aquella alma cuya salvación pretendió.*

- 9) *Tiene que tener ese porte de Apóstol del Amor que atrae sin pretenderlo... que no piensa en sí... esa actitud digna sin afectación, bondadosa sin distinción de personas, sacrificada sin hacerlo valer... que cuando se entra en trato con este apóstol se puede decir... si el Apóstol del Amor tiene este espíritu ¿qué seréis Vos Señor?*

- 10) *Para conseguir este espíritu bondadoso se necesita el talismán que en caso de peligrar el carácter propio apostólico hay que llevar siempre dentro de sí... que es el que ha de salvar el apóstol... y este es el de la mortificación.*

[...] Alma Apostólica estudia bien en que forma haces uso de tus potencias y sentidos para conseguir lo que pide el espíritu de la Congregación.»

ANEXO 8: CÓDIGO DEONTOLÓGICO

CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA

Resolución nº 32/89 del Consejo General de Enfermería, por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de Enfermería de España con carácter obligatorio

DECLARACION PREVIA

La Moral Profesional no es más que una aplicación de las reglas generales de la moral al trabajo profesional del hombre, como la Ley Natural no es otra cosa que la participación de la Ley Eterna en la criatura racional.

La Deontología es el Conjunto de los deberes de los profesionales de Enfermería que han de inspirar su conducta.

INTRODUCCION

La Organización Colegial de Enfermería ha venido asumiendo y recomendando hasta ahora el Código Deontológico, elaborado en 1973 por el Consejo internacional de Enfermería, como guía para resolver los problemas éticos que el ejercicio de nuestra profesión pudiera plantear.

Sin embargo, la necesidad de disponer de un Código Deontológico especialmente concebido para los Enfermeros y Enfermeras españolas, se estaba haciendo sentir cada vez más claramente. Por ello, en el mes de abril de 1988, Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería designó un Comité formado por profesionales, Enfermeros/as, que ejercían la profesión en diferentes ámbitos, con el fin de elaborar un primer proyecto que, posteriormente, fuese sometido a la opinión general del colectivo de Enfermería, para asegurar que el nuevo Código tuviera un alcance verdaderamente estatal.

Ahora, finalizado este proceso, agradecemos las valiosas aportaciones recibas por los Colegiados y Organizaciones de Enfermería, que hemos tenido en cuenta en la elaboración del presente Código.

CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA

Resolución nº 32/89 del Consejo General de Enfermería, por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de Enfermería de España con carácter obligatorio

DECLARACION PREVIA

La Moral Profesional no es más que una aplicación de las reglas generales de la moral al trabajo profesional del hombre, como la Ley Natural no es otra cosa que la participación de la Ley Eterna en la criatura racional.

La Deontología es el Conjunto de los deberes de los profesionales de Enfermería que han de inspirar su conducta.

INTRODUCCION

La Organización Colegial de Enfermería ha venido asumiendo y recomendando hasta ahora el Código Deontológico, elaborado en 1973 por el Consejo internacional de Enfermería, como guía para resolver los problemas éticos que el ejercicio de nuestra profesión pudiera plantear.

Sin embargo, la necesidad de disponer de un Código Deontológico especialmente concebido para los Enfermeros y Enfermeras españolas, se estaba haciendo sentir cada vez más claramente. Por ello, en el mes de abril de 1988, Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería designó un Comité formado por profesionales, Enfermeros/as, que ejercían la profesión en diferentes ámbitos, con el fin de elaborar un primer proyecto que, posteriormente, fuese sometido a la opinión general del colectivo de Enfermería, para asegurar que el nuevo Código tuviera un alcance verdaderamente estatal.

Ahora, finalizado este proceso, agradecemos las valiosas aportaciones recibas por los Colegiados y Organizaciones de Enfermería, que hemos tenido en cuenta en la elaboración del presente Código.

Pensamos que nuestro Código Deontológico Nacional es un elemento vivo, basado en una ética inspirada en el bienestar de las personas, para las que actuamos profesionalmente; convencidos que contribuirá a mantener un nivel profesional y un estatus social digno de nuestra profesión.

MÁXIMO A. GONZÁLEZ JURADO
PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL
DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA

**RESOLUCIÓN Nº 32/89: POR LA QUE SE APRUEBAN LAS NORMAS
DEONTOLÓGICAS QUE ORDENAN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE
ENFERMERÍA DE ESPAÑA CON CARÁCTER OBLIGATORIO**

PREAMBULO

Conforme el artículo 75, párrafo 16, de los Estatutos de la Organización Colegial aprobados por el Real Decreto 1856/1978, de 29 de junio, se establece que el Consejo General aprobará las normas deontológicas que ordenen el ejercicio de la profesión, las cuales tendrán carácter de obligatorias.

En consecuencia, el Pleno del Consejo General, tras los oportunos informes jurídicos, así como el de los diferentes Colegios Provinciales, tal como preceptúa el artículo 75 de los Estatutos anteriormente citados y solicitados a éstos, con fecha 18 de mayo del presente año, entre otros, y por unanimidad de sus miembros; tomó el siguiente Acuerdo-Resolución, cuyo expediente completo obre en el archivo de este Consejo, sección de Resoluciones.

Primero. Se aprueba el Código Deontológico de la Profesión de Enfermería que se adjunta como anexo a la presente Resolución.

Segundo. El cumplimiento del mismo tendrá carácter obligatorio para todos los profesionales de Enfermería del Estado.

Tercero. El incumplimiento de dicho Código llevará implícito las sanciones disciplinarias previstas en los Estatutos de la Organización Colegial.

PRÓLOGO

El establecimiento de un Código Deontológico que sirva de marco para el ejercicio profesional ha de partir, necesariamente, de un marco conceptual que unifique y delimite los conceptos que sobre el hombre, la sociedad, la salud y propia Enfermería tengan los profesionales que la ejerzan.

El hombre como unidad indisoluble compuesto de cuerpo y mente, sujeto a los diferentes efectos que estos elementos producen sobre él, es, a su vez, un ser eminentemente social, inmerso en un medio que le influye positivamente o negativamente dependiendo de múltiples factores, que pueden ser políticos, económicos, geográficos, culturales, etc., y estableciéndose una relación entre él y su entorno que determinará su grado de bienestar; de ahí que resulte fundamental contemplarlo desde un punto de vista integral.

Por ello, entendemos que el hombre es un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad.

La salud se concibe como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que no siempre se sucede sin dificultad y que incluye la totalidad del ser humano. Dicha salud se relaciona con el estilo de vida de cada persona, y su forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que vive.

España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.

Respecto al papel de los Enfermeros/as en la sociedad, hemos de tener en cuenta su responsabilidad en el área de:

1º Prevención de las enfermedades.

2º Mantenimiento de la salud.

3º Atención, rehabilitación e integración social del enfermo.

4º Educación para la salud.

5º Formación, administración e investigación en Enfermería.

Debemos estar en disposición de propiciar una respuesta adecuada a los procesos de cambio que experimente la atención de salud, manteniendo normas de educación, siendo pioneros en la sugerencia de estrategias de puesta en práctica, que tengan en cuenta el contexto social, político y económico del país.

Partiendo de la base que la Enfermería como profesión constituye un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente, debemos tener presente que las/os Enfermeros/as, han de enfatizar de manera prioritaria, dentro de sus programas.

- a) La adquisición de un compromiso profesional serio y responsable.
- b) La participación activa en sociedad.
- c) Reconocimiento y aplicación en su ejercicio, de los principios de ética profesional.
- d) La adopción de un profundo respeto por los derechos humanos.

Son muchas las ocasiones en las que está en nuestras manos la dignidad de la naturaleza humana y de ahí nuestra mayor responsabilidad como profesionales de Enfermería. Vivimos en una época en la que se hace preciso realizar una profunda reflexión sobre los aspectos humanos, valores y actitudes de las profesiones sanitarias, en general y de la profesión de Enfermería en particular.

Por ello, tal vez sea el momento más idóneo para hablar de ética profesional, sin temor a moralismos trasnochados, sino sencillamente abordando, en el

marco de un Código Deontológico, lo que constituye el armazón de nuestra profesión, más allá de sus elementos técnicos.

De lo anteriormente expuesto, extraemos las siguientes conclusiones:

1. En nuestro Código Deontológico deberán darse la mano continuidad y actualidad. Los valores básicos, permanentes e irrenunciables en Enfermería, han de ser conservados también en el futuro, pero habrá que examinar una y otra vez las antiguas concreciones de esos valores fundamentales para ver si todavía pueden cumplir su función. Si ya no logran asumir y hacer fructíferas las experiencias de la época, si desconocen la progresiva complejidad de la vida, deberán ser repensadas de nuevo y reformadas en confrontación con los modos de entender el nuevo tiempo.
2. A la hora de fijar instrucciones concretas, conviene ser discretos; será preferible mostrar el sentido último, total y humano de nuestra profesión. Construir modelos concretos es competencia de la conciencia individual de cada profesional responsable.
3. La evaluación presente y futura nos pedirá un esfuerzo, un decidido valor, para emprender experiencias y aceptar lo provisional. A la vista de la complejidad de las condiciones de vida cada vez más diferenciadas, sería utópico que quisiéramos afrontar de antemano soluciones concretas a todos los problemas que se presentan hoy y se presentarán en el futuro. En suma, debemos ser conscientes que por muchos Códigos Deontológicos que tengamos, el riesgo de la conciencia aumenta considerablemente.

Con estas reflexiones hemos elaborado un Código Deontológico para la Profesión de Enfermería en España, que sea un instrumento eficaz para aplicar las reglas generales de la ética al trabajo profesional. Insistir en esto parece, no pocas veces, una reiteración innecesaria ya que se da por supuesta en nuestra profesión; sin embargo, cada vez con mayor fuerza van aumentando las voces que hablan de falta de ética, y de deshumanización. Por ello, es necesario articular el contenido de nuestra responsabilidad profesional, no sea que con la

evolución de la Enfermería como ciencia se nos vaya escapando su esencia fundamental, la de los valores que le sirven de sostén.

Se equivoca quien piensa que la ciencia nada tiene que ver con los valores; si la ciencia está hoy en crisis, probablemente sea por esta divergencia antinatural. Ha de correr paralela con esta dimensión humana y, por ello, situarse en el ámbito de lo moral.

Desearíamos que este Código sirviera para tener conciencia de que los valores que manejamos son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en una palabra, la vida humana, y nos ayudará a los profesionales de Enfermería a fundamentar con razones de carácter ético las decisiones que tomemos.

Estamos convencidos, por último, de que un Código Deontológico, en cuanto a criterio ético, es estrictamente necesario para el buen desempeño de nuestra profesión, no sólo para hacer uso de él en situaciones extremas, sino para reflexionar a través de él en aquellas situaciones diarias en las que se pueden lesionar o infravalorar los derechos humanos.

Hacer Enfermería es algo que va más allá de la pura técnica; nuestras actitudes han de trascender al limitado marco que nos otorga un Código Deontológico, ya que ser Enfermero/a es gozar de un talante ante la vida, su origen creación, más allá de los límites del ser humano, para cuyo estímulo ojalá nos sirva este Código Deontológico.

En el presente Código están prácticamente incardinados los tres grandes grupos, correspondientes a la distintas obligaciones morales:

1. La Enfermera/o y ser el humano.
2. La Enfermería y la sociedad.
3. La Enfermera/o y el ejercicio profesional.

CAPITULO I

AMBITO DE APLICACION

Artículo 1

Las disposiciones del presente Código obligan a todos los Enfermeros/as inscritos en los Colegios, sea cual fuera la modalidad de su ejercicio (libre, al servicio de la Sanidad Pública, Privada, etc). También serán de aplicación, para el resto de los extranjeros que por convenios, tratados internacionales puedan ejercer ocasionalmente en España.

Artículo 2

Una de las responsabilidades prioritarias del Consejo General y de los Colegios es la ordenación, en su ámbito respectivo, de la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos y dignidad de los enfermos.

Artículo 3

De conformidad con lo dispuesto en el artículo anterior, será función primordial del Consejo General y de los Colegios favorecer y exigir el cumplimiento de los derechos deontológicos de la profesión, recogidos en el presente código.

CAPITULO II

LA ENFERMERIA Y EL SER HUMANO, DEBERES DE LAS ENFERMERAS/OS

Artículo 4

La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y Declaración Universal de Derechos Humanos.

Por ello, la Enfermera/o está obligada/o tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud.

Artículo 5

Consecuentemente las Enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal.

Artículo 6

En ejercicio de sus funciones, las Enfermeras/os están obligados a respetar la libertad del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta.

Artículo 7

El consentimiento del paciente, en el ejercicio libre de la profesión, ha de ser obtenido siempre, con carácter previo, ante cualquier intervención de la Enfermera/o. Y lo harán en reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre, y validamente manifestada sobre la atención que se le preste.

Artículo 8

Cuando el enfermo no esté en condiciones físicas y psíquicas de prestar su consentimiento, la Enfermera/o tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados a éste.

Artículo 9

La Enfermera/o nunca empleará ni consentirá que otros lo empleen, medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente. En caso de ocurrir así, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias, y del Colegio Profesional respectivo con la mayor urgencia posible.

Artículo 10

Es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando ésta se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.

Artículo 11

De conformidad con lo indicado en el Artículo anterior, la Enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando

el contenido de esa información excede del nivel de su competencia, se remitirá al miembro de salud más adecuado.

Artículo 12

La Enfermera/o tendrá que valorar la situación física y psicológica del paciente antes de informarle de su real o potencial estado de salud, teniendo en cuenta, en todo momento que éste se encuentre en condiciones y disposiciones de entender, aceptar o decidir por si mismo.

Artículo 13

Si la Enfermera/o es consciente que el paciente no está preparado para recibir la información pertinente y requerida, deberá dirigirse a los familiares o allegados del mismo.

CAPÍTULO III

DERECHOS DE LOS ENFERMOS Y PROFESIONALES DE ENFERMERIA

Artículo 14

Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, en su familia o su domicilio.

Artículo 15

La Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cuál pueda ser su padecimiento, edad o circunstancia de dichas personas.

Artículo 16

En su comportamiento profesional, la Enfermera/o tendrá presente que la vida es un derecho fundamental de ser humano y por tanto deberá evitar realizar acciones conducentes a su menoscabo o que conduzcan a su destrucción.

Artículo 17

La Enfermera/o no podrá participar en investigaciones científicas o en tratamientos experimentales, en pacientes que estén a su cuidado, si

previamente no se hubiera obtenido de ellos, o de sus familiares o responsables, el correspondiente consentimiento libre e informado.

Artículo 18

Ante un enfermo terminal, la Enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse.

Artículo 19

La Enfermera/o guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo.

Artículo 20

La Enfermera/o informará de los límites del secreto profesional y no adquirirá compromisos bajo secreto que entrañen malicia o dañen a terceros o a un bien público.

Artículo 21

Cuando la Enfermera/o se vea obligada a romper el secreto profesional por motivos legales, no debe olvidar que moralmente su primera preocupación, ha de ser la seguridad del paciente y procurará reducir al mínimo indispensable la cantidad de información revelada y el número de personas que participen del secreto.

Artículo 22

De conformidad en lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ninguna/o Enfermera/o pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho.

CAPITULO IV

LA ENFERMERA/O ANTE LA SOCIEDAD

Artículo 23

Las Enfermeras/os deben ayudar a detectar los efectos adversos que ejerce el medio ambiente sobre la salud de los hombre.

Artículo 24

Las Enfermeras/os deben mantenerse informados y en condiciones de poder informar sobre las medidas preventivas contra los riesgos de los factores ambientales, así como acerca de la conservación de los recursos actuales de que se dispone.

Artículo 25

Desde su ejercicio profesional, la Enfermera/o debe conocer, analizar, registrar y comunicar las consecuencias ecológicas de los contaminantes y su efectos nocivos sobre los seres humanos, con el fin de participar en las medidas y/o curativas que se deban adoptar.

Artículo 26

La Enfermera/o, dentro de sus funciones, debe impartir la educación relativa a la salud de la Comunidad, con el fin de contribuir a la formación de una conciencia sana sobre los problemas del medio ambiente.

Artículo 27

Las Enfermeras/os deben cooperar con las autoridades de Salud en la planificación de actividades que permitan controlar el medio ambiente y sean relativas al mejoramiento de la atención de salud comunitaria.

Artículo 28

Las Enfermeras/os participarán en las acciones que ejercite o desarrolle la Comunidad respecto a sus propios problemas de salud.

Artículo 29

La Enfermera/o debe participar en los programas tendentes a reducir la acción de los elementos químicos, biológicos o físicos causados por la industria y otras actividades humanas con el fin de contribuir a la mejora de la calidad de la población.

Artículo 30

La Enfermera/o participará en equipos multiprofesionales que desarrollan investigaciones epidemiológicas y experimentales dirigidas a obtener información sobre los riesgos ambientales que puedan afectar a la salud de la mejora de vida y trabajo determinando las acciones y evaluando los efectos de la intervención de Enfermería.

CAPITULO V

PROMOCION DE LA SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Artículo 31

El personal de Enfermería deberá colaborar en la promoción de la salud poniendo al servicio del logro de esa función social sus conocimientos científicos y conducta ética en el desarrollo de los diferentes programas que se planifiquen con ese objetivo.

Artículo 32

Los proyectos y programas de promoción de la salud, han de respetar la integridad del grupo social teniendo en cuenta la gran diversidad de niveles socio-culturales y económicos.

Artículo 33

El personal de Enfermería deberá reconocer y conceder al grupo social de derecho que le corresponde en la promoción de la salud, permitiéndole una participación real en las decisiones que le conciernen.

Artículo 34

En el establecimiento de programas de promoción de la salud y en el reparto de los recursos disponibles, la Enfermera/o se guiará por el principio de la justicia social de dar más al más necesario. Los conceptos de justicia social son algo más que paternalismo.

CAPITULO VI

LA ENFERMERIA Y LOS DISMINUIDOS FISICOS, PSIQUICOS E INCAPACITADOS

Artículo 35

Como consecuencia del Derecho Público, que tienen los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados a ser integrados y readaptados a la Sociedad a la que pertenecen, las Enferme-ras/os pondrán a su servicio tanto sus conocimientos profesionales como su capacidad de cuidados para que individualmente o colaborando con otros profesionales, se esfuercen en identificar las causas principales de la incapacidad con el fin de prevenirlas, curarlas o rehabilitarlas.

Artículo 36

Asimismo deberá colaborar con organismos, instituciones o asociaciones que tengan como finalidad la reacción y desarrollo de servicios de prevención y atención a minusválidos e incapacitados.

Artículo 37

Igualmente deberán colaborar en la educación y formación de la Comunidad para que aquellos miembros que sufran incapacidades o minusvalías puedan ser integrados en la misma y, a través de ellas, en la Sociedad.

CAPITULO VII

EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y EL DERECHO DEL NIÑO A CRECER EN SALUD Y DIGNIDAD, COMO OBLIGACION ETICA Y RESPONSABILIDAD SOCIAL

Artículo 38

Las Enfermeras/os en su ejercicio profesional deben salvaguardar los derechos del niño.

Artículo 39

La Enfermera/o denunciará y protegerá a los niños de cualquier forma de abusos y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento.

Artículo 40

En el ejercicio de su profesión la Enfermera/o promoverá la salud y el bienestar familiar a fin de que en dicho núcleo los niños sean deseados, protegidos y cuidados de forma que puedan crecer con salud y dignidad.

Artículo 41

La Enfermera/o deberá contribuir, mediante su trabajo, y en la medida de su capacidad, a que todos los niños tengan adecuada alimentación, vivienda, educación y reciban los necesarios cuidados preventivos y curativos de salud.

Artículo 42

La Enfermera/o contribuirá a intensificar las formas de protección y cuidados destinados a los niños que tienen necesidades especiales, evitando que sean maltratados y explotados, en todo su ciclo vital. También procurará la reinserción o adopción de los niños abandonados

CAPITULO VIII

LA ENFERMERIA ANTE EL DERECHO A UNA ANCIANIDAD MAS DIGNA, SALUDABLE Y FELIZ COMO CONTRIBUCION ETICA Y SOCIAL AL DESARROLLO ARMONIOSO DE LA SOCIEDAD

Artículo 43

Las Enfermeras/os deben prestar atención de salud tanto al anciano enfermo como sano, al objeto de mantener su independencia, fomentando su autocuidado para garantizar un mejoramiento de la calidad de vida.

Artículo 44

En el ámbito de su competencia profesional, la Enfermera será responsable de los programas de educación para la salud dirigidos al anciano.

Artículo 45

Las Enfermeras/os deben influir en la política de salud, para que se ponga a disposición de todos los ancianos que lo precisen, una atención de salud competente y humana. Esa atención será integral e incluirá ente otras medidas, la adaptación material de la vivienda y el acceso a actividades de tiempo libre.

Artículo 46

La Enfermera/o debe incluir en su programas de educación, la atención integral de Enfermería al anciano.

CAPITULO IX

EL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE EL DERECHO QUE TODA PERSONA TIENE A LA LIBERTAD, SEGURIDAD Y A SER RECONOCIDOS, TRATADOS Y RESPETADOS COMO SERES HUMANOS

Artículo 47

Las Enfermeras/os deberán rechazar enérgicamente cualquier tipo de presiones que puedan ejercérseles, con la finalidad de utilizar o manipular sus conocimientos o habilidades en perjuicio de los seres humanos.

Artículo 48

Cuando se diera la circunstancia a que alude el artículo anterior, la Enfermera/o deberá, en defensa de los principios éticos de la profesión, denunciar el caso ante su Colegio. En caso necesario, éste, a través del Consejo General, pondrá en conocimiento de la Autoridad o de la opinión pública, las irregularidades indicadas, y adoptará las acciones necesarias y urgentes que el caso requiera, a fin de establecer el orden ético alterado y defender la dignidad y libertad de los Colegiados.

Artículo 49

Ninguna Enfermera/o podrá participar en cualquier forma de tortura y métodos que permitan someter a sesiones de sufrimiento a cualquier ser humano.

Artículo 50

En caso de emergencia, la Enfermera/o está obligada/o a prestar su auxilio profesional al herido o enfermo. En situaciones de catástrofe, deberá ponerse voluntariamente a disposición de quienes coordinan los programas de ayuda sanitaria.

Artículo 51

La Enfermera/o cooperará con los organismos oportunos a solucionar los problemas de salud de presos y refugiados, ayudando en su adaptación a un nuevo modo de vida.

CAPITULO X

NORMAS COMUNES EN EL EJERCICIO DE LA PROFESION

Artículo 52

La Enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aqueje. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes.

Artículo 53

La Enfermera/o tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados.

Artículo 54

La Enfermera/o debe adoptar las medidas necesarias para proteger al paciente cuando los cuidados que se le presten sean o puedan ser amenazados por cualquier persona.

Artículo 55

La Enfermera/o tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamientos fútiles o a que se le niegue la asistencia.

Artículo 56

La Enfermera/o asume la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio y su profesión.

Artículo 57

La Enfermera/o debe ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia, cualquiera que sea el ámbito de acción.

Artículo 58

La Enfermera/o no debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia, en demérito de la competencia, en demérito del cumplimiento de sus propias funciones.

Artículo 59

La Enfermera/o nunca deberá delegar en cualquier otro miembro del equipo de salud, funciones que le son propias y para las cuales no están los demás debidamente capacitados.

Artículo 60

Será responsabilidad de la Enfermera/o, actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que puedan ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende.

Artículo 61

La Enfermera/o está obligada a denunciar cuantas actitudes negativas observe hacia el paciente, en cualquiera de los miembros del equipo de salud. No puede hacerse cómplice de personas que descuidan deliberada y culpablemente sus deberes profesionales.

Artículo 62

Las relaciones de la Enfermera/o con sus colegas y con los restantes profesionales con quienes coopera deberán basarse en el respeto mutuo de las personas y de las funciones específicas de cada uno.

Artículo 63

Para lograr el mejor servicio de los pacientes, la Enfermera/o colaborará diligentemente con los otros miembros del equipo de salud. Respetará siempre las respectivas áreas de competencia, pero no permitirá que se le arrebate su propia autonomía profesional.

Artículo 64

La Enfermera/o debe solicitar, siempre que sea necesario, la colaboración de los miembros de otras profesiones de salud, que asegure al público un servicio de mejor calidad.

Artículo 65

Es deber de la Enfermera/o compartir con sus colegas aquellos conocimientos y experiencias que puedan contribuir al mejor servicio de los enfermos y al fortalecimiento de la profesión.

Artículo 66

La Enfermera/o, en el trato con subordinados, superiores, colegas y otros profesionales sanitarios, se guiará siempre por las reglas de buena educación y cortesía.

Artículo 67

La Enfermera/o en las relaciones con sus colegas nunca practicará la competencia desleal, ni realizará publicidad profesional engañosa para acaparar clientes. La Enfermera/o considerará como un honor que sus colegas la llamen para que preste cuidados de Enfermería a ellos o a sus familiares más cercanos. Es norma tradicional no exigir en esas circunstancias el pago de los honorarios devengados por los actos profesionales realizados.

Artículo 68

La Enfermera/o no aceptará hacerse cargo de un cliente que está siendo atendido por otro colega sin el previo consentimiento de éste, excepto por una causa muy justificada, y en caso de urgencia.

CAPITULO XI

LA EDUCACION Y LA INVESTIGACION DE LA ENFERMERIA

Artículo 69

La Enfermera/o no solamente estará preparada para practicar, sino, que deberá poseer los conocimientos y habilidades científicas, que la lex Artis, exige en cada momento a la Enfermera competente.

Artículo 70

La Enfermera/o será consciente de la necesidad de una permanente puesta al día y mediante la educación continuada y desarrollo del conjunto de conocimientos sobre los cuales se basa su ejercicio profesional.

Artículo 71

La Enfermera/o deberá valorar sus propias necesidades de aprendizaje, buscando los recursos apropiados y siendo capaz de autodirigir su propia formación.

Artículo 72

La Enfermera/o debe asumir individual y colectivamente la responsabilidad de la educación en la Enfermería a todos sus niveles.

Artículo 73

La Enfermera/o debe procurar sistemáticamente, en el campo de su actividad profesional con el fin de mejorar los cuidados de Enfermería, desechar prácticas incorrectas y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional.

Artículo 74

Es obligación de la Enfermera/o que participe en investigación, vigilar que la vida, la salud y la intimidad de los seres sometidos a estudio, no estén expuestas a riesgos físicos o morales desproporcionados en el curso de estas investigaciones.

Artículo 75

La Enfermera/o, al actuar ya sea como investigadora, como asistente de investigación o como experta que valora críticamente los resultados de la investigación, debe tener presentes los principios promulgados por la declaración de Helsinki y los que regulan la ética de la publicación científica.

CAPITULO XII

CONDICIONES DE TRABAJO

Artículo 76

La Enfermera/o que accede a puestos de relevancia o responsabilidad en la Administración Sanitaria o en centros sanitarios, deberá tratar en todo momento con corrección a sus colegas, aun en el caso de surgir discrepancias.

Artículo 77

La Enfermera/o deben trabajar para asegurar y mantener unas condiciones laborales que respeten la atención al paciente y la satisfacción de los profesionales.

Artículo 78

Aun en caso de conflictos laborales y de suspensión organizada de los servicios profesionales, la Enfermera/o tendrá presente que su primera responsabilidad es atender a los intereses de los enfermos.

Artículo 79

La Enfermera/o que participe en un conflicto laboral, tiene el deber de coordinar y comunicar las medidas adoptadas para garantizar la continuidad de los cuidados que necesitan sus pacientes.

Artículo 80

Cuando la Enfermera/o observare que las deficiencias que se dan en las instituciones sanitarias, públicas o privadas, en que presta sus servicios, pueden influir negativamente sobre la salud o la rehabilitación de los pacientes que tiene a su cargo, deberá ponerlo en conocimiento del Colegio, para que éste tome las medidas oportunas. El Colegio, si la gravedad del caso lo requiere, lo comunicará al Consejo General, para que éste, a nivel de Estado, ejerza las acciones oportunas ante los organismos competentes y dicte las instrucciones necesarias para la debida protección de los pacientes y del personal de Enfermería.

CAPITULO XIII

PARTICIPACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA PLANIFICACION SANITARIA

Artículo 81

La participación del Personal de Enfermería en la Planificación Sanitaria se ejercerá:

- a) A través de los Consejos Generales y Colegios respecto a las normas y disposiciones que se dicten.
- b) A través de las Enfermeras/os en la ejecución de los planes o en la elaboración de los programas locales concretos.

Artículo 82

La Enfermera/o deben participar plenamente, a través del Consejo General, de las Agrupaciones de Colegios o de los propios Colegios, en las comisiones de planificación y en los consejos de administración en que se deciden las políticas sanitarias a nivel estatal, autonómico o provincial.

Artículo 83

La Enfermera/o forman parte integrante y cualificada de la asistencia sanitaria, siendo responsables de los servicios de Enfermería que dirigen.

Artículo 84

La Enfermera/o procuran estar presentes y participar activamente, a título individual y con independencia de las actuaciones corporativas, en todo el sistema nacional de salud y en sus organismos locales autonómicos y estatales.

Artículo final

El Consejo General se obliga a mantener al día el contenido de este Código Deontológico y publicará oportunamente el texto de los artículos nuevos o modificados.

NORMAS ADICIONALES

Primera

Por medio de la acción colectiva se cumple una más efectiva definición y control de calidad de los Servicios de Enfermería. Por tanto, el Consejo General de Enfermería asume la responsabilidad de preservar la autonomía profesional y la autorregulación en el control de las condiciones de trabajo, velando porque los estándares éticos de la profesión se mantengan actualizados.

Segunda

Consejo General y los Colegios Profesionales de Enfermería deben prestar continua atención a los derechos, necesidades e intereses legítimos de los profesionales de Enfermería y de las personas que reciben sus cuidados.

Tercera

Consejo General y los Colegios Profesionales de Enfermería deben adoptar actitud abierta a las diferentes corrientes que circulan en la profesión, siempre que redunde en una mejor calidad en la atención y cuidados hacia la salud de todos los ciudadanos.

Cuarta

Con el fin de asegurar el respeto y la armonía profesional entre todos sus miembros, es esencial, que exista una comunicación y colaboración constante entre el Consejo General, los Colegios Profesionales y cualquier otra asociación de Enfermería.

Quinta

Consejo General de Enfermería de España asume la responsabilidad de velar por los valores éticos de la Profesión, arbitrando las acciones pertinentes.

Sexta

Los responsables de la Organización Colegial de Enfermería de España, en cualquiera de sus niveles, miembros de Juntas de Gobierno u otros órganos de los Colegios Provinciales, de los Consejo Autonómicos u órganos de similar rango que existan o se constituyan en el futuro, Pleno del Consejo General, y en definitiva, cuantas personas ostenten cualquier cargo electivo o de

designación en la Organización Colegial, vienen especialmente obligados a guardar y hacer guardar, en la medida de sus competencias, las normas recogidas en este Código y en la normativa general de la Enfermería y su Organización Colegial.

En consecuencia, y a tenor del artículo 57.a) y c) y 58.a) del R.D. 1856/78, de 29 de junio, incurrirán en responsabilidad disciplinaria aquellos que por comisión, omisión o simple negligencia en el cumplimiento de sus funciones, se conduzcan en forma contraria a las disposiciones de este Código o de cualquier otra norma de obligado cumplimiento en materia ética o deontológica o permitan, con su abstención u omisión, que otros lo hagan sin aplicar las medidas legales a su alcance, en defensa de las reglas y preceptos éticos y deontológicos de la Enfermería.

DISPOSICION TRANSITORIA

Por el Consejo General se tomarán las medidas oportunas para la difusión a todos los profesionales de Enfermería del documento que tenga dicho Código.

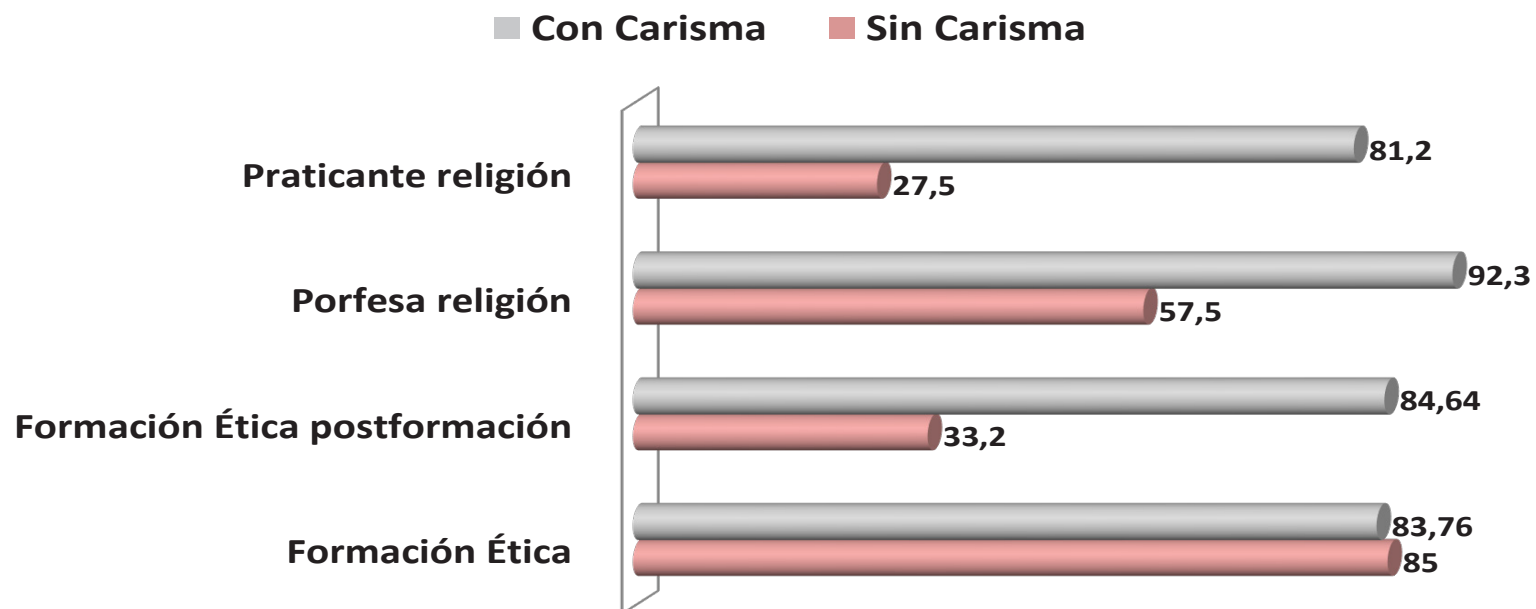
DISPOSICION FINAL

El Código Deontológico de la Profesión de Enfermería entrará en vigor en el día de la fecha.

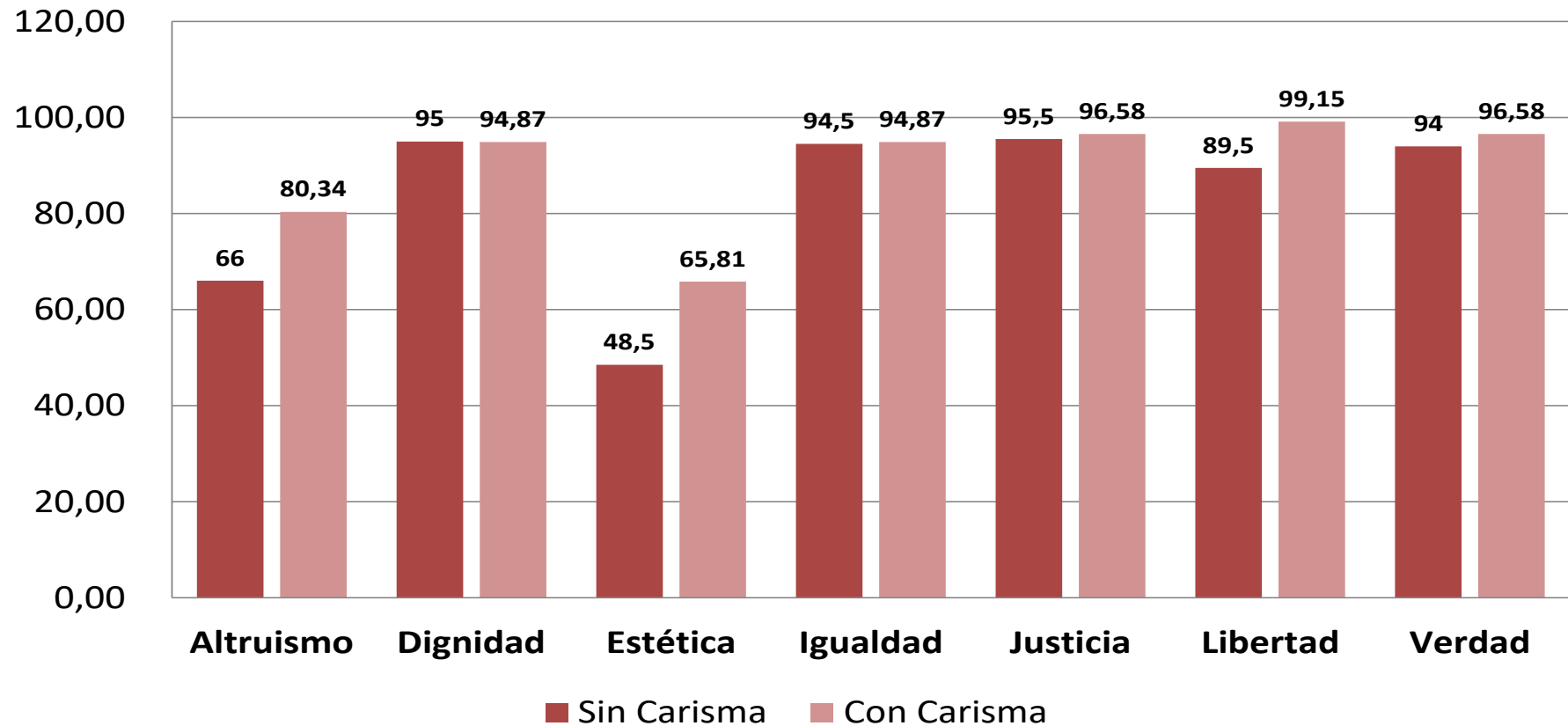
Y para que conste, expido y firmo la presente en Madrid a catorce de julio de mil novecientos ochenta y nueve.

ANEXO 9. ESTADÍSTICA

Anexo 9.1: Estudio comparativo de religión y ética en los sujetos con y sin Carisma



GRAFICA 9.2: ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS VALORES NECESARIOS EN LOS SUJETOS CON Y SIN CARISMA



GRAFICA 9.3: ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS VALORES QUE TIENEN LOS SUJETOS CON Y SIN CARISMA

