



Cuando cuidar surge de la sensibilidad ética

**Espacio de Deliberación
Compartida**

Relato núm 1

**col·lectiu
minerva**

col·lectiu minerva

Cuando cuidar surge de la sensibilidad ética

Espacio de Deliberación Compartida, Relato núm. 1

@ de los textos: Veronica Prieto Agüero, Cristina Borruell Mateus, Ingrid Bullich Marín, Roser Font Canals, Montserrat García Lucas, Montserrat Busquets Surribas, Núria Cuxart Ainaud i Anna Ramió Jofre, 2025

@ de la presente edición: Colectivo Minerva, 2026

Edita: Colectivo Minerva www.colectivominerva.cat
minervaeticadelcuidado@gmail.com

Barcelona, abril de 2026

ISSN 3137-7009



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0) <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



La elaboración de estos contenidos ha sido posible gracias a la colaboración de la Fundació Víctor Grífols i Lucas

Autoras de este relato:

Veronica Prieto Agüero
Cristina Borruell Mateus
Íngrid Bullich Marín
Roser Font Canals
Montserrat García Lucas

Montserrat Busquets Surribas
Núria Cuxart Ainaud
Anna Ramió Jofre

Colaboran:

María José Jiménez Herrera
Carmen Domínguez-Alcón

Introducción a los relatos

Estos Relatos que se presentan son la expresión de uno de los resultados de los trabajos realizados en el marco del Espacio de Deliberación Compartida (EDC) organizado por el Colectivo Minerva con la colaboración de la Fundación Víctor Grífols y Lucas en el contexto del proyecto «Ética y valores del cuidado».

Desde el mes de febrero de 2024, un grupo de enfermeras vinculadas a la práctica clínica reflexionan, sobre el alcance ético de los valores del cuidado y de sus expresiones en cada una de las situaciones de cuidado trabajadas a partir de situaciones reales vividas en primera persona por alguna de las participantes. En los EDC se escucha a quién cuida y se comparten experiencias vividas en la práctica enfermera y que tienen como propósito la reflexión en profundidad y el debate abierto y libre sobre el cuidado y la ética del cuidado en un contexto de confianza y colaboración.

En esta reflexión conjunta, trabajada de forma participativa e inclusiva, el grupo delibera alrededor de la práctica del cuidado y se sirve de la ética del cuidado como base teórica y enfoque metodológico que le ayude a orientar la reflexión y la argumentación. En coherencia con el respeto a la pluralidad de valores e intereses sobre el cuidado que expresan las enfermeras participantes en la experiencia, no se pretende ningún pronunciamiento sobre cómo se ha desarrollado la situación ni la resolución de ésta, si fuera el caso.

¿Cómo se estructura cada Relato? La redacción de los Relatos parte de la versión original que ha elaborado la enfermera participante que presenta una situación vivida: **La enfermera relata**. A pie de página se incluyen algunas aportaciones sobre las cuales el resto del grupo participante propone preguntarse, reflexionar, enfatizar o aclarar para poner en valor el cuidado. El apartado **Reflexión desde la ética del cuidado** contiene aquellos aspectos que las participantes en los EDC quieren resaltar como nucleares. Al ser muchos los temas que surgen durante la reflexión de cada situación, se escogen aquellos donde, fruto de la consideración conjunta y compartida, el grupo participante ha fijado el interés.

En este primer Relato se destacan tres: la sensibilidad ética de la enfermera, la importancia de modificar el contexto y el retorno de los resultados del cuidado.

Los Relatos, que ahora se publican de manera abierta, recogen situaciones de cuidado reales. La voluntad no es extrapolar ni protocolizar actividades sino deliberar sobre aspectos del cuidado y de la ética del cuidado, a partir de la singularidad de una situación. No se trata de una realidad pensada, objetivada, sino de una realidad ejecutada, donde se intenta aportar todo aquello que ayude a la reflexión y posterior razonamiento de cada cual para comprender, argumentar y visibilizar el cuidado.

Los Relatos son historias reales, próximas, experiencias de otros, pero que podrían ser propias. Son la consecuencia tangible de hablar, pararse, dar-se tiempo para pensar, pensar en grupo, fijarse en el lenguaje utilizado, en aquello que no se nombra o de hacer aflorar aspectos del cuidado que, muchas veces, ni las mismas protagonistas somos capaces de identificar.

Desde la perspectiva deliberativa que acompaña los Relatos siempre habrá que considerarlos abiertos e inacabados de forma que generen contextos para un diálogo donde, de forma participativa e inclusiva, se visualice el poder transformador del cuidado.

La enfermera relata:

Llego a la guardia y veo que los cirujanos se están marchando del box de la UCI en el que voy a trabajar esta noche. Me acerco al box y veo cómo todavía están sacando el campo estéril y la compañera de la tarde me mira angustiada y me cuenta:

—Trasplante bipulmonar, el segundo en su vida. Intubado, ventilación mecánica, los parámetros respiratorios no paran de empeorar desde su llegada. A nivel hemodinámico está muy inestable, lleva inotrópicos y estamos pasándole hematies, plasma, plaquetas, albúmina y gelafundina al máximo ritmo que dejan las bombas. Lleva el tórax abierto, han realizado dos revisiones desde que ha llegado de quirófano, pero no conseguimos que deje de sangrar. Además del débito de los drenajes, que lleva cuatro torácicos, sangra alrededor de toda la herida quirúrgica y por el tubo endotraqueal. Lleva dos vías centrales, una arteria femoral también, un PICC y un montón de periféricas; SNG y SV.

Mientras la compañera me cuenta todo esto, lo miro: es adolescente y además de los mayores, quizás mide 1.70m, es decir, mide lo mismo que yo. Está muy pálido. En las sábanas hay un charco de sangre que va de los hombros a las caderas. Tendré que ordeñar los drenajes para que no colapsen. Veo sangre que sube por las tubuladuras del respirador. Si tengo que estar pendiente de las perfusiones y las medicaciones no podré hacer nada con el paciente.¹ Decido salir y pedir ayuda a las compañeras y nos ponemos de acuerdo para estar dos enfermeras en el box, una solo hará medicación y la otra, yo, me encargaré del niño.^{2 3} Aprovecho para pedir a la médica que está de guardia esa noche que venga al box y me explique los objetivos de los tratamientos y el plan para la guardia. Todo mientras ya estoy ordeñando los drenajes.

Una vez que ya sé qué parámetros clínicos querríamos para nuestro paciente, pregunto:

—¿Y la familia?

—No la han podido ver desde las 7 de la mañana, cuando entró en quirófano.

Levanto la mirada y miro a la médica y pienso: «Esta familia lleva más de 12h sin ver a su hijo».

Ella me pregunta si podrán pasar. Vuelvo a mirar al niño y le digo:

¹ La enfermera se da cuenta de que el trabajo de control de los drenajes le ocupará todo el tiempo. Parece que la expresión: «**No podré hacer nada con el paciente**» se refiere a «no podré cuidarle como yo quisiera». Y de ahí surge la pregunta: ¿es incompatible el buen cuidado con la corrección técnica?

² «**Hacer medicación**» en este caso describe la acción de la administración de fármacos, que en este relato es de alta complejidad, pero no pone de manifiesto la responsabilidad de la enfermera en el proceso de administración. En ocasiones la utilización de expresiones o palabras coloquiales esconden la responsabilidad que conllevan las acciones que quieren identificar.

³ Hacer notar que cuando la enfermera relata situaciones o cuidados relativos a la administración de medicación o de parámetros o acciones clínicas utiliza la palabra «**paciente**». Cuando el relato contiene situaciones emocionales o personales utiliza la palabra «**chico o niño**». Las palabras son vehículo de comunicación, pero también de relación, de gestión de las emociones. Probablemente por eso utiliza «paciente» en tanto que lenguaje sanitario para situaciones clínicas y «chico o niño» cuando habla de situaciones relacionales.

—Así no,⁴ pero si me dejas que lo arregle un poco sí.

Me responde que no tenemos tiempo. Entonces mi compañera de la noche le contesta:

—Lidia, yo estoy encargada solo de la medicación, ninguna bomba se parará para que la madre no se asuste al ver a su hijo.

Nos damos cuenta de que el contexto,⁵ sobre todo la presencia de sangre, dificulta que la familia pueda entrar en la habitación. Pero al mismo tiempo me parece urgente que puedan hacerlo.

Al final la médica nos deja hacer.⁶ Hay que movilizar recursos para conseguir modificar un contexto que impide a la familia ver a su hijo. Avisamos a todas las auxiliares y a todas las enfermeras y enfermeros que puedan venir para ayudar:⁷ de repente somos 10 personas en el box. Nos organizamos para que cada uno tenga una sola tarea y poder realizar a la vez todas las posibles. Decidimos usar la talla que utilizamos en el cuidado de los quemados: es absorbente, no se hará charco antes de que entre la familia y además es azul y la sangre pasa más desapercibida que sobre el blanco. Aun así, pondremos traveseros por debajo de la talla y una sábana que quede por encima justo a la altura del tórax, que no se vea pero que contenga la sangre. Añadimos otro travesero con una talla verde sobre las gasas del tórax abierto, que ya son totalmente rojas.

Gracias a las compañeras y compañeros han sido dos minutos y sin impacto para el paciente a nivel hemodinámico, y ya no está ensangrentado de arriba abajo. A pesar de las dificultades, el chico ya está en las mejores condiciones posibles para ser visitado por su familia y la familia podrá ver a su hijo.

Hablo con la enfermera que lleva la medicación y ambas creemos que es el momento de que pase la familia, así que pido que alguien vaya a buscarlos y me guardo una sábana para acabar de tapar lo que pueda del paciente justo cuando entre, a ver si aguanta sin mancharse.

Nos avisan de que están en el pasillo. Tapo al paciente. Llega la madre, el padre no ha podido acabar de entrar. Es una mujer de unos 45 años, su hijo se le parece mucho. Ella también tiene más o menos mi altura.⁸

⁴ Esta manifestación: «**Así no**», expresa la relación entre la dignidad y el manejo del cuerpo.

⁵ Las expresiones «**entorno**» o «**contexto**» pueden dar a entender que el problema está fuera de la persona. Es importante tener en cuenta que el entorno o el contexto son parte de la propia «**situación problemática**» tanto como el problema clínico o la familia. Es necesario que el análisis se haga conjuntamente teniendo en cuenta todos los elementos y no el de la persona y de su entorno por separado. Si el contexto no fuera problemático, no sería parte del problema. En este caso, el contexto es la situación crítica del chico, el espacio físico donde tiene lugar el cuidado, la de la familia y todos los profesionales que intervienen.

⁶ La expresión «**nos deja hacer**» refleja la dinámica de una cultura jerárquica que todavía prevalece, en algunas unidades y/o servicios, en el trabajo en equipo. Aunque a menudo no refleja una situación real, en este relato parece que en la enfermera espera el visto bueno de la médica para organizar la atención a la familia. Al mismo tiempo, el redactado pone de manifiesto que el interés debe ser tanto de la médica como de la enfermera, dado que la atención a familia es responsabilidad de todo el equipo.

⁷ Un equipo cohesionado es clave y el equipo responde. Todos los miembros del equipo enfermero comparten la sensibilidad ética de poner al chico en las mejores condiciones posibles para que la madre pueda entrar en el box y trabajan juntos para hacerlo posible.

⁸ La referencia por segunda vez a la altura, primero del chico y ahora de la madre, hace pensar que la enfermera que vive esta situación pueda, de forma inconsciente, ver reflejada su **vulnerabilidad**.

Cuando llega al box, que está abierto, no sabe qué hacer. Le digo dónde se puede poner sin dificultar el cuidado del niño, y justo cuando quiero hablar con ella pita el monitor. El trabajo de las enfermeras con respecto a la situación clínica del chico no se detiene. Llega la médica, empieza a dar indicaciones y empezamos a administrar la medicación, controlar monitores..., yo administro algunas medicaciones en bolus y me doy cuenta de que la madre está allí sin que ningún profesional le diga nada.⁹ Cojo aire, me giro, le miro a los ojos y le digo:

—Hola, soy Verónica y ella es Isabel. Somos las enfermeras que estaremos esta noche. Lo siento mucho, pero no puedo decirte más, porque no puedo dejar de estar con tu hijo ni un momento.

La madre me mira entre asombrada y asustada. Antes de que yo vuelva a la vorágine que es en ese momento la situación de enfermedad del chico, la madre me dice:

—¿Puedo tocarlo? —y eso me hace parar en seco. La necesidad de la familia es clara y debo responder. Busco desesperadamente un pedazo de piel que ella pueda tocar sin riesgo y sin tener que destapar demasiado a su hijo y encuentro el pie izquierdo: lleva una periférica 18G, una verde, pero no está pasando ninguna medicación en ese momento; está frío, pero está limpio. No debo destaparle demasiado. Es un pie, no puedo ofrecerle otra cosa.

Entonces decido decirle tal cual:

—Tienes este pie, no puedo ofrecerte nada más; de verdad que lo siento mucho.

La madre le tocó el pie izquierdo, la volví a mirar a la cara, le hice una sonrisa que espero que notara a pesar de la mascarilla y volví a la vorágine.¹⁰

Pienso que me avisó de que se iba, pero no lo recuerdo bien, supongo que en ese momento estaría recibiendo alguna otra indicación médica o prestando atención a otra alarma. No he podido hablar con la madre, no sé nada del padre. La imposibilidad de relacionarme con ellos me duele como profesional.¹¹

⁹ La enfermera demuestra tener muy interiorizada su **responsabilidad** en el cuidado de la familia al buscar la continuidad del cuidado para apaciguar, en la medida de lo posible, el sufrimiento de la madre.

¹⁰ La sonrisa de la enfermera expresa la relevancia de la **proximidad**. En momentos como éste donde no existen palabras, el lenguaje corporal y la comunicación no verbal, que puede ser invisible o intangible a los ojos de alguien, puede ser esencial sobre todo en momentos de alta vulnerabilidad. Las palabras a veces son insuficientes y quedan muy justas, aunque bien intencionadas. El relato es un ejemplo de cómo a veces no sabemos qué decir, no hay palabras, y que para expresar proximidad y afecto se necesitan gestos, miradas, abrazos, para que la persona se sienta sostenida.

¹¹ El desencanto que vive la enfermera da cuenta de al menos dos reflexiones derivadas de la experiencia de sufrimiento que puede comportar el cuidado:

1) La dificultad de poner límites en la relación con las personas atendidas, sobre todo en situaciones de alto impacto emocional. El comentario «ser de la misma estatura que la madre» indica una alta identificación asociada a la **empatía**.

2) El no poder saber el impacto o el resultado en la madre de su actuación puede agravar el impacto emocional que ha vivido la enfermera y generarle dificultad para poder valorar positivamente las acciones que ha llevado a cabo.

La busqué cuando salí de la UCIP por la mañana, pero no estaba, ni en la salita de espera ni por los pasillos de alrededor de la unidad ni en las zonas donde habitualmente espera la familia. Me hubiera gustado darle un abrazo antes de marcharme a casa.

Reflexión desde la ética del cuidado

Este apartado incluye una breve reflexión desde la ética del cuidado, destacando en esta situación la sensibilidad ética de la enfermera, la importancia de modificar el contexto y el retorno de los resultados del cuidado.

La sensibilidad ética

La sensibilidad ética es la que pone en marcha la acción de cuidados. Todo el relato es un ejemplo de cómo la sensibilidad ética mueve la conducta y hace posible lo que puede parecer imposible de hacer. La situación que se relata es ejemplo de integración entre lo que llamamos «técnico» y «humanístico».

La sensibilidad permite responder, aún en situaciones de gran complejidad clínica, al imperativo de cuidar el cuerpo. El relato lleva a preguntar cómo se hace habitualmente el cuidado del cuerpo en situaciones clínicas de riesgo vital y cómo se crea y mantiene el hábito de respetarlo, en cualquier situación de cuidados. También cuestiona cómo cuidar a la familia en situaciones con un alto compromiso vital. Hace comprender que la atención a la madre no puede esperar, puesto que es una experiencia que le quedará toda su vida. La forma en que se gestione puede ayudar o entorpecer el proceso de duelo, por eso es necesario trabajar el medio físico (en este caso, la higiene del cuerpo y el uso de las sábanas, tallas y empapadores). A su vez es la sensibilidad ética lo que mueve la acción más allá de hacer posible la entrada en la habitación, y busca la forma de responder a la petición de la madre de acariciar a su hijo. El «tocar el pie» se convierte en un gran potencial de cuidado a la vez que ejemplo de la sutileza del cuidado.

Reconocer las necesidades de la persona atendida no es sencillo, y menos si se incluyen las de la familia o personas cercanas. Es necesario desarrollar la sensibilidad ética para poder identificarlas y dar una respuesta apropiada. Las personas desarrollamos la sensibilidad en distintos grados, que se pueden trabajar de forma consciente. La sensibilidad no es pasiva, implica una acción que tiene que ver con el conocimiento sensible que, a su vez, se interrelaciona con el conocimiento intelectual. En caso de que nos ocupa, la sensibilidad y la respuesta de la enfermera hacia el chico atendido incluyen la atención a la madre y generan la sensibilidad y acción de todo el equipo.

La importancia de modificar el contexto

Merece la pena reflexionar cómo el contexto en el que tiene lugar la atención influye en las acciones de cuidados. La necesidad de modificar el contexto de acuerdo a las necesidades de las

personas, en este caso la madre, es uno de los elementos clave que surgen en ese caso. Además de garantizar la dignidad del chico, preocuparse por el manejo del cuerpo hace posible la relación con la madre. Impulsa la cohesión del equipo que, esa noche, hace posible modificar la dinámica habitual de la unidad. Y la enfermera hace, promueve, cambia, modifica el contexto para que la madre pueda ver a su hijo en las mejores condiciones posibles.

Por eso es un buen ejemplo para reflexionar sobre qué políticas existen en los centros que a menudo obligan a dejar de hacer algo «super importante» para hacer algo «super importante». Si el riesgo vital es importantísimo, la despedida de la madre también lo es, porque si no lo hace en ese momento, ya no podrá hacerlo. A menudo, la realidad es que la vertiente técnica acaba siendo la priorizada, mientras que la vertiente que llamamos «humana» no se considera una parte más del todo. La cuestión es que no se puede llevar a cabo un buen cuidado sin tener en cuenta a las personas a las que va dirigida. Por ejemplo: una RCP no está bien hecha si sólo se tiene en cuenta la técnica de reanimación. Desde la ética del cuidado los equipos de paro deben contemplar la comunicación, relación con las personas afectadas y la adecuación del medio. De esta forma, se introducen criterios de resultado como la intimidad y el manejo del cuerpo, así como la atención a la familia, tanto por lo que se ha hecho como el cómo ha sido percibido. No se puede excluir la atención a la familia de lo que se llama frecuentemente atención «clínica». Una sin la otra no son posibles. Probablemente se hace más de lo que parece, pero sigue instalada en un terreno invisible y personal.

El retorno de los resultados del cuidado.

Es necesario conocer los resultados del cuidado. La expresión de la enfermera durante los trabajos relacionados con este relato —«Si hubiera podido despedirme de la madre, yo ahora no tendría una sensación de malestar»— nos hace ver que, a pesar de ser un ejemplo de buen cuidado, ha generado malestar en la enfermera. A menudo el resultado del cuidado no tiene retorno, lo que impide que quien lo ha proporcionado desconozca su impacto, en términos de resultado en la persona atendida. En este caso, la enfermera realiza el cuidado, pero no ha podido darle la dimensión/valor que tenía en el momento que ha tenido lugar, por la urgencia vital y por no haber hablado con la madre después. La enfermera no ha podido percibir el resultado de su atención. A menudo no se tiene en cuenta la importancia de la bidireccionalidad: quien da cuidados, también debe recibirlos. Cuando existe un alto impacto emocional con mucha carga profesional y personal, como es la situación relatada, saber cuál ha sido el resultado del trabajo realizado para hacer posible la entrada de la madre y la caricia forma parte del cuidado que la enfermera debe recibir. Por eso, la enfermera pedía poder cerrar el proceso de cuidado con un abrazo a la madre.

Febrero, 2025