



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS AVANZADOS DE POSTGRADO  
DOCTORADO EN ENFERMERÍA**



**EL ARTE DE CUIDAR EN ENFERMERÍA: UN RETORNO A SUS RAICES**

**Autor (a): Rosa Reina**

**Tutor (a) Dra. Nelly Arenas**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS AVANZADOS DE POSTGRADO  
DOCTORADO EN ENFERMERÍA**



**EL ARTE DE CUIDAR EN ENFERMERÍA: UN RETORNO A SUS RAÍCES**

**Autor (a) Rosa Reina**

**Tutor: Dr. (a) Nelly Arenas**

Informe final presentado a la Comisión Evaluadora del proyecto de tesis doctoral "El Arte de Cuidar: un retorno a sus raíces", de la aspirante Rosa Reina para su evaluación final, como requisito para su posterior presentación y defensa pública. Doctorado en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo.

## INDICE DE CONTENIDOS

|  |       |
|--|-------|
| INTRODUCCIÓN-----  | 1-6   |
| CAPITULO I: CONTEXTUALIZANDO LA TEMÁTICA A ESTUDIAR                            |       |
| Génesis del arte de cuidar enfermería desde el pensamiento nightingeliano----- | 7-13  |
| El contexto actual del cuidado de enfermería -----                             | 13-34 |
| Propósito y Objetivos-----   | 34    |
| Justificación e importancia-----   | 34-36 |
| Factibilidad y viabilidad de la investigación-----                             | 36-39 |
| CAPITULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL   |       |
| Estudios relacionados con “El Arte de Cuidar: un retorno a sus raíces”-----    | 38-50 |
| Referentes teóricos relacionados con el arte-----                              | 50-55 |
| El Arte, sus comienzos y evolución-----  | 55-59 |
| El arte como medio de comunicación-----  | 60-63 |
| El cuerpo como comunicador del arte-----                                       | 63-64 |
| La comunicación como elemento fundamental del arte de cuidar-----              | 64-65 |
| Significado de acogida-----  | 65-66 |

|   |         |
|---|---------|
| Diferentes perspectivas teórico-filosóficas del cuidado-----          | 66-69   |
| Los terapeutas de Alejandría-----                                     | 67-70   |
| Foucault y el Cuidado de Si-----                                      | 70-74   |
| Heidegger y el Dasein como cuidado-----                               | 74-78   |
| La Fabula- Mito de Higinio-----                                       | 78-82   |
| Leonardo Boff y el Saber Cuidar-----                                  | 82-95   |
| Mayeroff, el Cuidado Ayuda al Otro a Crecer-----                      | 95-102  |
| <br><b>CAPITULO III:ABORDANDO EL REFERENCIAL TEORICO METODOLOGICO</b> |         |
| Referencial teórico-----  | 103-104 |
| Abordaje cualitativo-----   | 104-105 |
| Interaccionismo Simbolico-----  | 105-115 |
| Teoría Fundamentada en los Datos-----                                 | 115-118 |
| La interrogante de investigación-----                                 | 118-119 |
| El muestreo teórico-----  | 119-120 |
| El método de recolección de datos-----                                | 120-121 |

|  |         |
|--|---------|
| El Análisis Comparativo de los Datos-----  | 121-122 |
| Rigor metodológico-----  | 122-123 |
| La sensibilidad teórica-----   | 123     |
| Entrevista en profundidad-----   | 124-125 |
| Referencial metodológico-----  | 125     |
| Contexto de la investigación y reseña histórica-----                             | 125-127 |
| Aspectos éticos-----   | 127     |
| Criterios de selección-----  | 127     |
| Técnicas de recolección de la información-----                                   | 128     |
| Procedimiento de recolección de la información-----                              | 128-129 |
| CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE ANALISIS, INTERPRETACION Y<br>DISCUSION DE LOS DATOS |         |
| Reducción de la información-----   | 132     |
| CATEGORÍA1: EL ARTE DE CUIDAR DESDE LA PERCEPCIÓN DE LA<br>ENFERMERA.            |         |
| El arte de cuidar es conocimiento y la forma de hacer las cosas-----             | 132-138 |

El cuidado individual basado en las necesidades-----138-145

El arte de cuidar desde la empatía-----145-152

## CATEGORÍA 2: CUALIDADES DEL ARTE DE CUIDAR, SEGÚN PERCEPCIÓN DE LA ENFERMERA.

Cualidades del desempeño empírico de la enfermera en el arte de cuida-----152-158

Cualidades del desempeño ético de la enfermera en el arte de cuidar-----158-167

Cualidades del desempeño estético de la enfermera en el arte de cuidar-----167-171

Cualidades de desempeño del conocimiento personal en el arte de cuidar-----171-177

## CATEGORÍA 3: EL CUIDADO QUE PERCIBEN LOS USUARIOS

Cuidado en equipo, inmediato y oportuno-----177-183

La preocupación por la situación humana del usuario-----183-187

Sintiéndome cuidado: una experiencia vivida-----187-195

## CATEGORÍA 4: LA COMUNICACIÓN EN EL CUIDADO SEGÚN PERCEPCIÓN DEL USUARIO

La comunicación interpersonal percibida por el usuario-----196-203

Barreras de la comunicación en la percepción del usuario-----203-210

## CATEGORÍA 5: RESIGNIFICAR EL CUIDADO: RECREAR SOBRE LO CREADO

Reflexionando sobre las raíces del cuidado de enfermería-----210-219

Lo que hacemos todos los días como un robot-----219-227

Algunos elementos de rescate del cuidado-----227-237

## CAPITULO V: PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

Metodología y Categorías de asiento del aporte teórico-----238-239

En busca del significado del fenómeno-----239

Vía metodológica para la comprensión del significado del fenómeno-----239-243

Presentación del aporte teórico-----243-244

Fundamentos teórico-filosóficos-----245-269

Estrategias de resignación del arte de cuidar-----269-270

Acción cuidadora-----270-271

Acción comunicadora-----271-272

Acción educadora-----272-273

Acción defensora-----273-275

|                                 |         |
|---------------------------------|---------|
| Acción de agente de cambio----- | 275-276 |
| Acción de líder-----            | 276-277 |
| Acción de directora-----        | 278     |
| Acción de investigadora-----    | 278     |
| REFLEXIONES DE CIERRE-----      | 279-281 |
| Referencias bibliográficas----- | 282-287 |
| Anexos.-----                    | 288-291 |

## **EL ARTE DE CUIDAR EN ENFERMERÍA: UN RETORNO A SUS RAÍCES**

Autor (a) Rosa Reina

Tutor: Dr. (a) Nelly Arenas

Fecha: Febrero 2013

### **RESUMEN**

La semántica del problema es de un contenido epistémico digno de reflexionar sobre el arte de cuidar para explicar significados, actividad que supone sensaciones o estados de espíritu, inmersas en el carácter estético del cuidado, y experiencias vividas que suscitan en nosotras enfermeras cuidadoras, la necesidad de mantener, modificar o rescatar. ; tuvo como meta estudiar la temática "El Arte de Cuidar Enfermería: un retorno a sus raíces ", con el propósito de construir un aporte epistemológico que contribuya a fortalecer la práctica profesional y el componente del conocimiento estético que envuelve el objeto material de Enfermería, el arte de cuidar. El trabajo está adscrito a la línea de investigación: Práctica de Enfermería, Cuidado Humano, Salud y Educación del Doctorado en Enfermería de la Universidad de Carabobo. La técnica de recolección de la información por entrevista en profundidad y la observación interpretativa, a enfermeras y pacientes de los servicios de Medicina, Cirugía y ginecoobstetricia, que aceptaron participar en el estudio, guardando la confidencialidad convenida en el consentimiento informado. El contexto de estudio fue el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde del Municipio Naguanagua, Valencia, Estado Carabobo. El aporte teórico-explicativo fue delimitado partir del fenómeno central: El arte de cuidar: un retorno a sus raíces, determinado por cinco (5) categorías: El arte de cuidar desde la percepción de enfermera. Cualidades del arte de cuidar, según percepción de la enfermera. El cuidado que perciben los usuarios. La comunicación en el cuidado desde la percepción del usuario y Re significar el cuidado: recrear sobre lo creado. El estudio del arte de cuidar permitió comprender el significado que le asignan al arte de cuidar en su desempeño cotidiano un grupo de profesionales de enfermería y de pacientes, además de comprender el sentido global de la práctica del cuidado y su complejidad. Todo lo cual nos permite asumir y sentirnos protagonistas como agentes de cambio de los modos de cuidar de nuestra profesión. El estudio del arte de cuidar permitió comprender el significado que le asignan al arte de cuidar en su desempeño cotidiano un grupo de profesionales de enfermería y de pacientes, además de comprender el sentido global de la práctica del cuidado y su complejidad. Todo lo cual nos permite asumir y sentirnos protagonistas como agentes de cambio de los modos de cuidar de nuestra profesión.

**Palabras Claves:** Arte, Cuidar, Enfermería, Retorno

## INTRODUCCIÓN

El trabajo que presento a continuación; tuvo como meta estudiar la temática "El Arte de Cuidar Enfermería: un retorno a sus raíces ", con el propósito de construir un aporte epistemológico que contribuya a fortalecer la práctica profesional y el componente del conocimiento estético que envuelve el objeto material de Enfermería, el arte de cuidar.

El trabajo está adscrito a la línea de investigación:Práctica de Enfermería, Cuidado Humano, Salud y Educación del Doctorado en Enfermería de la Universidad de Carabobo.

La investigación es un diseño de tipo cualitativo por ser un proceso de estudio con abordaje del fenómeno en su entorno natural de trabajo, donde el investigador no solo está interesado en observar para conocer el fenómeno, sino que va más allá, en virtud de que mantiene una conversación abierta, cara a cara con los actores sociales para comprender el significado que estos le asignan al fenómeno en base a lo que dicen y hacen, siendo el investigador el principal instrumento de la recolección de la información con la cual interactúa para la generación de teoría a partir de los datos en bruto.

El investigador va en busca de la experiencia del otro a través del diálogo para indagar aspectos que no pueden ser medidos en números absolutos, tales como, sentimientos, valores, creencias, ideas, emociones y todo aquello que guarda relación con la interacción humana. El interés es descubrir, interpretar y comprender cuales

de estos aspectos que se dicen en las teorías del cuidado como arte, tienen significado en la práctica de interacción enfermera/ persona cuidada.

Con la orientación filosófica del Interaccionismo Simbólico y el enfoque metodológico de la Teoría Fundamentada en los datos, con el propósito de construir la aproximación de un aporte teórico. La técnica de recolección de la información por entrevista en profundidad y la observación interpretativa, a enfermeras y pacientes de los servicios de Medicina, Cirugía y ginecoobstetricia, que aceptaron participar en el estudio, guardando la confidencialidad convenida en el consentimiento informado. El contexto de estudio fue el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde del Municipio Naguanagua, Valencia, Estado Carabobo.

La semántica del problema es de un contenido epistémico digno de reflexionar sobre el arte de cuidar para explicar significados, actividad que supone sensaciones o estados de espíritu, inmersas en el carácter estético del cuidado, y experiencias vividas que suscitan en nosotras enfermeras cuidadoras, la necesidad de mantener, modificar o rescatar.

Desde tiempos remotos el ser humano ha requerido de la atención y el cuidado de otros para mantener su salud o para recuperarla; actualmente, esta sigue siendo la misma necesidad tanto del individuo, la familia, como de la comunidad; por lo cual el arte de cuidar ha sido construido por la riqueza simbólica y estética, conciliada con la práctica de la tecnología en los diferentes escenarios de la salud.

Se dice que el cuidado de enfermería como arte exige destrezas particulares, conocimiento y capacidades para establecer vínculos significativos, orientar el curso apropiado de la acción cuidadora, dando sentido a lo cotidiano, para satisfacción del paciente. Ciertamente, el arte del cuidado es la aplicación de destrezas particulares de la ciencia de enfermería. Sin embargo, su verdadera esencia creadora y estética se manifiesta en la relación interpersonal enfermera/persona cuidada durante la aplicación de técnicas y procedimientos, donde se vinculen la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, el conocimiento, el juicio crítico y la intuición para crear y recrear el cuidado.

Las incongruencias empíricas observadas y estos argumentos fueron un punto de partida en esta investigación en aras de interpretar y comprender como perciben las enfermeras y los usuarios el arte de cuidar y significado que ellos le asignan y si ese significado ha sufrido cambios que se ven respaldados por la práctica cotidiana.

Históricamente, la enfermería ha existido como actividad desde el inicio de la humanidad, pues siempre han existido personas con problemas de salud y enfermedad, que han ameritado de los cuidados de otras personas con la disposición de cuidar. Boff, afirma:

“Sin cuidado, los seres humanos no podrían existir. No se concibe la vida misma si no existiera el cuidado. Sin cuidado, la persona pierde su estructura, pierde sentido y muere. Este hecho marca la existencia humana y muestra el verdadero origen

del cuidado, el cual al estar influido por la cultura, es diverso, plural y universal.”(1)

También la historia nos indica, que la enfermería ha tenido avances muy importantes, por lo que hoy puede dar razones de este progreso que se ha hecho irreversible para convertirse en una profesión, sin perder la originalidad de su esencia, el arte de cuidar a la persona que lo requiera en cualquier etapa de su vida.

El arte, en su definición más “pura”, decimos que es un medio por el cual un individuo expresa sentimientos, pensamientos e ideas; hasta el punto de incluir una visión particular del mundo. Partiendo de esta premisa de que el arte es un medio de expresión, entonces el cuidado como arte es la expresión de una actitud que involucra sentimientos; es el decir y el hacer de la enfermera cuidando con dedicación y arte; permitiéndole sentir y comunicar, los sentimientos, las creencias, los valores, las normas, el respeto a la dignidad humana y a los patrones culturales de las personas, expresados en sus habilidades, destrezas y conocimientos, incluyendo el conocimiento estético, ya que las bellas artes centran su interés en la estética, no olvidemos que enfermería ha sido catalogada desde su origen como profesión, una de las bellas artes.

Sin embargo, hemos observado en algunos contextos de cuidado, que surgen situaciones inevitables provocadas por las condiciones físicas y emocionales del personal de salud, expresadas en frases de enfermeras ante la pregunta de un familiar: ¿Por qué no le has cambiado la cura al paciente? *Señora, porque no hay*

*nada, no ve las condiciones en que estamos trabajando? me llamaron porque había llegado el pedido, enseguida fui y vea como vengo, sin nada, no entregaron nada, porque nada de lo que se necesita aquí llegó.* Esta respuesta y otras cuantas veremos en el análisis de las entrevistas, son algunas de las condiciones en que ejercen los cuidados las enfermeras, que reflejan hitos de desatención y carencia en medio de un conflicto social, económico, político e institucional. Estos aspectos impactan, no solamente en el arte y la calidad del cuidado, sino también en el bienestar mental de la persona enfermera, porque a ella no le es fácil acostumbrarse a decir a familiares y usuarios: *Señora, porque no hay nada, no ve las condiciones en que estamos trabajando?*, opacando mucho de lo que hasta hoy hemos logrado en el reconocimiento social y profesional, respaldado por la destreza en el arte de cuidar, a riesgo de opacar la sensibilidad de la enfermera (o) en su rol de cuidador.

En el mundo actual, la concepción filosófica del cuidado de la existencia, desde la perspectiva del cuidado humanizado, no ha de ser pasivo, donde el saber y el actuar sean solo de la enfermera, ignorando el potencial de las personas a quienes cuida; no puede ser la asistencia que se otorga solo a través de la técnica, convirtiendo al sujeto en un instrumento de su acción, ni puede ser solo la palabra afectuosa del profesional; ha de ser una interacción en equipo que pregunte, que dialogue, que hable por el mundo y la realidad de la existencia humana, no para contemplarla, sino para que genere acciones reciprocas que la transformen, en un encuentro auténtico de respeto a la condición humana.

El trabajo consta de cinco capítulos: En el capítulo I se presenta la Contextualización de la temática a estudiar. La Génesis del arte de cuidar en enfermería desde el pensamiento nightingeliano. El contexto actual del cuidado de enfermería. Propósito y Objetivos, justificación e importancia. Factibilidad y viabilidad. Capítulo II, Marco Referencial: Estudios relacionados con El Arte de Cuidar: volver a sus raíces. Referentes teóricos relacionados con el estudio: El arte y su semántica. El arte, sus comienzos y evolución. El arte como medio de comunicación. Diferentes Perspectivas teórico-filosóficas del cuidado. Capítulo III: Referencial teórico-metodológico. Enfoque epistemológico: Investigación cualitativa, Interaccionismo Simbólico, Teoría Fundamentada en los Datos. Técnicas de recolección de la información. Aspectos éticos de la investigación. Capítulo IV: Metodológica del análisis, interpretación y discusión de los datos, reducción de la información y construcción de categorías. Capítulo V: Presentación de los resultados. Construcción del aporte teórico. Finalmente, referencias bibliográficas y anexos.

## CAPÍTULO I

### CONTEXTUALIZANDO LA TEMATICA A ESTUDIAR

#### **Génesis del arte de cuidar en enfermería desde el pensamiento nightingeliano.**

Al comenzar a situar en su contexto la investigación: El arte de cuidar: un retorno a sus raíces, vienen a mi mente muchas interrogantes a las cuales deseo encontrar respuesta. La pregunta troncal es: ¿Qué significado le atribuyen las enfermeras y los pacientes al arte de cuidar?

Ahora bien, por qué a lo largo de la historia los líderes de la enfermería se han referido a ella como el arte de cuidar. La concepción de enfermería como el arte de cuidar viene desde su origen como profesión, a mediados del siglo XIX, cuando nuestra pionera Florence Nightingale sostuvo:

“La enfermería es un arte, y si se pretende que sea un arte, requiere una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura, como el trabajo de un pintor o de un escultor; pero, ¿cómo puede compararse la tela muerta o el frío mármol con tener que trabajar con el cuerpo vivo, el templo del espíritu de Dios? Es una de las bellas artes; casi diría, la más bella de las Artes.”(2)

Quizás la original interrogante con que Florence cierra el párrafo precedente, sea oportuna para una reflexión que nos remite a una revisión histórica, además nos lleva a pensar que el arte de cuidar a un ser humano, es un arte sublime, de alta carga de

sensibilidad humana y vocacional, el arte de cuidar de enfermería, por muy artesano que sea, como la actividad manual del escultor, del pintor y aún de la medicina, que Sócrates y Platón las incluían en su concepto de arte, es un arte cargado de tanta sensibilidad humana que a veces resulta inconmensurable.

Es el arte como virtud, desde una visión aristotélica, el arte como la capacidad de saber hacer o producir de manera racional. Para Aristóteles, una virtud es un hábito o modo de ser por el cual el hombre se hace bueno y ejecuta bien la función que le es propia. Para el autor las virtudes dianoéticas, son aquellas exclusivamente humanas, las que tienen que ver con el alma intelectual, la que hace único al ser humano de los demás seres vivos. En definitiva, Aristóteles la define de esta manera: “modo de ser productivo acompañado de razón verdadera”. Lo que viene a decir Aristóteles con esto, es que todo el mundo produce, pero no todos tienen arte. Aquí se puede apreciar su visión teleológica del ser humano, cuyo fin es alcanzar el Bien Supremo, es decir, alcanzar la Felicidad.

Arte como conjunto de preceptos y reglas necesarios para hacer bien alguna cosa.  
Arte como desarrollo de habilidades para procurarse y administrar los recursos con creatividad, pertinencia, equidad y eficiencia como lo hizo Florence en Crimea para alcanzar su objetivo, lograr la felicidad de sanar a aquellas personas agredidas por la guerra en sus dimensiones física, psicológica, emocional y espiritual.

Es obvio comprender la concepción de Florence Nightingale de la enfermería como arte, habiendo tenido ella una educación tan basta, teniendo un gran acervo de conocimientos y siendo enfermera por poseer un verdadero llamado de servir al prójimo, como lo demuestra el haberse desprendido de su posición social y económica en contra de la voluntad de sus progenitores para dedicarse con vocación a la enfermería.

Demuestran su vocación por arte de cuidar, la labor desempeñada en Crimea y Gran Bretaña donde dejó fluir su eficacia, eficiencia y la estética de la técnica de enfermería. Además de su esmero, amor y entrega física, emocional y espiritual con el propósito de cambiar las condiciones antihigiénicas del desastre físico dejado por la guerra, para convertirlo en un contexto hospitalario y acogedor para los heridos, enfermos y militares de la guerra. Una mujer como Florence Nightingale, que no se quedó solo en el amor, ella tomó como arma de combate la observación, para supervisar de cerca a los enfermos, para observar las condiciones insalubres y su impacto negativo en el entorno, para obrar con arte sobre el ambiente físico con el propósito de cambiarlo y transformarlo por otro más higiénico y saludable que reuniera todos los componentes de la naturaleza para que actuaran en beneficio de los enfermos.

Fue tan evidente el cambio, que logró transformar las barracas y todo el entorno en un lugar hospitalario y acogedor, lleno de luz, con buena dieta, bajo nivel de ruido, ventilado, con entradas de aire fresco y paredes pintadas con colores agradables,

apacibles y esperanzadores, adecuado para el descanso psicológico y confort físico que tanto necesitaban las personas maltratadas, heridas y enfermas de la peste y del desastre de la guerra y la posguerra. Se dice que su labor al lado de los militares guerreros fue tal que puede calificarse como la más grande enfermera de guerra en la historia.

Hayward. J. refiere, toda revisión de los progresos de la medicina debe incluir alguna referencia a la enfermería, una de las más importantes actividades en el tratamiento de las enfermedades y en el alivio del dolor y del sufrimiento. Baste decir que Florence al cabo de seis meses, la mortalidad de un 42% la había reducido a un 2.2%**(3)**. Los horrores del hospital, la confusión y la falta de organización así como la revolución que llevo a cabo, son parte de nuestra historia. Su personalidad, sus conocimientos y su visión clara de la causa fueron la base para cambiar un lugar inhóspito en otro acogedor y confortable, digno de admiración y contemplación, como lo haría un artista al esculpir y terminar el acabado de una estatua o escultura.

El acento puesto por Florencia en el entorno era reflejo de una preocupación dominante en las postrimerías del siglo XIX, cuando la higiene era un problema de salud pública de primer orden, creía que la enfermedad era un proceso reparador, de ahí su énfasis en la teoría ambientalista porque consideraba que todos los factores ambientales contribuían a ese proceso reparador. Para ella la manipulación del medio externo contribuiría al proceso reparador y al bienestar del paciente.

Además, Florence protestó contra el sistema de pasillos de los hospitales y luchó por la creación de pabellones; puso de manifiesto la relación entre la ciencia sanitaria y las instituciones médicas “Florence fue un genio extraordinariamente versátil que se destacó en muchos papeles y los representó todos con distinción”(3).

Sus experiencias le dejaron una huella indeleble en la mente, a pesar de que durante los siguientes cincuenta años tuvo que llevar la vida de un inválido, estaba poseída de un ardiente deseo de reformar los numerosos defectos y abusos que se interponían al progreso de la salubridad. Y es que Florence Nightingale tenía todas las herramientas para hacer renacer y recuperar de las tinieblas a la enfermería. Su obra está estrechamente relacionada con su orientación filosófica sobre la interacción paciente-entorno y los principios y reglas sobre los que sustentó el ejercicio profesional.

En sus convicciones sobre la enfermería y su naturaleza, Florence distinguió esta disciplina del trabajo de los asistentes domésticos y contribuyó a su institución como una profesión indiscutible. Sus contribuciones al desarrollo teórico se centran principalmente en su explicación del interés de la enfermería en la relación paciente-entorno y en los primeros análisis estadísticos que ofreció acerca de la salud y el ejercicio profesional de la enfermería. Se observa en su pensamiento que tiene como base la observación para la fundamentación de preguntas ante los retos de una situación compleja y el cómo actuar para dar respuestas inmediatas a dicha situación para ofrecer cuidado integral.

Al revisar el pensamiento nightingeliano nos damos cuenta que su teoría del cuidado se asentaba en cuatro conceptos principales: Enfermería, sociedad/ambiente, hombre/individuo y salud/enfermedad, sin embargo, se observa en ella que el ambiente constituye el foco principal de su teoría. Para ella el ambiente influye en la condición humana, así como el trabajo de enfermería tiene el papel de influenciar en ese ambiente, de modo que la salud/enfermedad pase a ser un proceso reparador. Pensaba que cada uno de los conceptos tenía impacto sobre los otros, así describe sus relaciones:

- a) El hombre o individuo posee poderes para lidiar con la enfermedad.
- b) Enfermería, su meta es colocar al hombre en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él, básicamente el impacto del ambiente.
- c) Salud/enfermedad, el foco recae sobre el proceso reparador de mejora.
- d) Sociedad/ambiente, se refiere a aquellas condiciones externas que afectan la vida y el desenvolvimiento de las personas, el foco recae sobre la ventilación, el calor, los olores, los ruidos y la iluminación.

La preocupación de Florence Nightingale por el cuidado de enfermería a los enfermos la llevo a elaborar y desarrollar el primer programa organizado de formación de enfermeras en 1860 como institución educativa independiente financiada por la fundación Nightingale. A pesar de la oposición del cuerpo médico, la escuela se fundó porque su objetivo era formar enfermeras de hospital, enfermeras de distrito

para los enfermos pobres y enfermeras capacitadas para formar a otras. Las prácticas las realizaban tanto en los hogares como en los hospitales y enseñaban a los pacientes y familiares como preservar y mantener la salud. Las graduadas de ese programa estaban destinadas a convertirse en líderes de enfermería a escala internacional. La escuela Nightingale fue de gran importancia para enfermería y sirvió de modelo para otras escuelas, envió a sus graduadas a países extranjeros y elevó la enfermería de la degradación y la deshonra al rango de profesión respetable para las mujeres. Su texto *Notas sobre Enfermería* contiene principios fundamentales que hoy son tan válidos como en los tiempos cuando fueron escritos.

### **El contexto actual del cuidado de enfermería**

Las enfermeras de hoy, tienen la oportunidad y la autonomía profesional de cumplir objetivos mediante herramientas de cuidado esencial para dar seguridad, proteger la salud física, psicológica y espiritual, en aras de evitar complicaciones para el paciente. Comportamientos de cuidado que generen empatía, confianza, y socialización, con acciones basadas en conocimientos, su pericia en la comunicación, orientación, información, educación al paciente, son indispensables para manejar con arte, más allá de la técnica y del conocimiento un contexto de cuidado integral que respeta la dignidad humana de la persona. Wrubel y Benner afirman que:

“el cuidado es esencial para el ejercicio eficaz de la enfermería. La enfermería nunca puede reducirse a la mera técnica y al conocimiento científico, porque el humor, el enojo, el cariño, la administración de medicamentos e incluso la enseñanza del paciente

tienen distintas consecuencias en un contexto cuidador frente a otro que no lo es” (4).

Las autoras en su concepción contemplan otros componentes del cuidado como una característica inherente a la práctica de enfermería en la cual las enfermeras ayudan a los clientes de manera integral a recuperarse frente a la enfermedad, a darle sentido a esa situación para mantener la conexión con un contexto cuidador. El cuidar permite dar cuidado, hace que las enfermeras detecten cuales son las intervenciones que tienen éxito y este compromiso es el que guía la selección de cuidados presentes y futuros.

Desde esta perspectiva, cuando un paciente acude al médico y este le indica hospitalización, lo hace porque esa persona requiere atención profesional directa, en otras palabras, requiere cuidado de enfermería que en un consultorio médico no le puede ofrecer. La enfermera atiende al paciente apoyándole, uniéndose a él en interacción con acciones, actitudes y comportamientos que demuestren cuanto le preocupa su bienestar y recuperación, aceptándole como persona y no como un objeto de trabajo.

Al respecto Colliere afirma: “el cuidado conecta al que cuida con el que es cuidado. Su importancia reside en la presencia auténtica y constante y no en la competencia técnica. Es una clase de relación constituida por una disposición genuina para con el otro, reciprocidad y el compromiso de promover el bienestar del otro”(5). Sin embargo, en el contexto actual de la salud nos encontramos en oportunidades y contextos, por no decir en todos los servicios públicos, con condiciones de trabajo

deplorables que no incentivan el trabajo creativo e interactivo, no hay espacio ni recursos para la creatividad sino para la improvisación de tareas, que no por ser muchas se hacen pesadas, sin gracia y sin desenvolvimiento. En ambientes en esas condiciones el trabajo se hace algunas veces, tan solo como actividad de producción, contrario a lo pregonado por Aristóteles “que todo el mundo produce, pero no todos tienen arte”. Además, basado puramente en necesidades y no en la interacción como la acción política del cuidado, lo cual en el pensamiento de Arendt, es la actividad de la condición humana que conecta a la gente con el mundo humano (6).

Un ambiente agradable, sin tantas carencias, hace posible saber qué hacer con y cómo estar en el momento, surge de la percepción directa de lo que es importante del encuentro. La percepción del significado de un encuentro crea acciones artísticas de enfermería, y la percepción del significado del encuentro se refleja en las acciones independientes que emprende (7).

Esas dificultades en el trabajo tienen orígenes muy diversos, pero las condiciones de los trabajadores del sector salud de Venezuela, algunas son originadas por las políticas micro y macroeconómicas que acarrear consecuencias tales como la disminución de la capacidad de camas instaladas, en el número de miembros del equipo de salud, dado por la inestabilidad laboral y las pocas reivindicaciones sociales de que gozan. Agregándole la notoria fragmentación de funciones y el marcado congelamiento de cargos.

Según fuentes de la Organización Panamericana de la Salud Caracas, Venezuela. Julio de 2006 podemos ver alguna información al respecto:

Al igual que en muchos otros países de América Latina, a partir de los años ochenta el sistema de servicios de salud en Venezuela se caracterizó por el des financiamiento agudo de los servicios de salud, la privatización directa e indirecta (por cobro o solicitud de insumos a los usuarios), la desinversión en mantenimiento de infraestructura y la fragmentación y desarticulación entre múltiples participantes que debían cumplir las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios **(8)**.

Además, en sentido inverso, frente a todo lo expuesto para nadie es un secreto el aumento en la demanda de asistencia de la población, a todas luces justa, quizás dado por las necesidades de salud ocasionadas por el crecimiento poblacional, la aparición de nuevas enfermedades y por el incremento de algunas enfermedades crónicas y degenerativas, las cuales aparecen reflejadas en las últimas cifras de morbimortalidad del país.

Cifras aportadas por el Anuario de Mortalidad Ministerio de Salud de la República Bolivariana de Venezuela, donde señalan las veinticinco principales causas de muertes diagnosticadas para el año 2006, de las cuales mencionaremos las primeras cinco causas, tanto del país como del Estado Carabobo.

Ocupando el primer lugar se encuentran las Enfermedades del corazón 20,63%.  
 Infarto agudo del miocardio 12,70%. Enfermedad cardiaca hipertensiva 2,46%.  
 Enfermedad isquémica crónica del corazón 2,19%.

En segundo lugar está el Cáncer en 15,32%. Tumores malignos de los órganos digestivos. 4,26%. Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos incluye: oído medio. 2,60%. Tumores malignos de los órganos genitales femeninos 1,77%. En tercer lugar aparecen los Suicidios y Homicidios. 8,05%, especificados así: Homicidios. 7,27% y Suicidios 0,78%. En cuarto lugar tenemos las Enfermedades Cerebro vasculares, en 7,76%, Hemorragia intraencefalica 2,46%. Otras enfermedades cerebro vasculares 1,79%. Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico 1,30%. En quinto lugar aparecen, Accidentes de Todo Tipo. 7,69%. Accidentes de Tráfico de Vehículos de Motor. 5,11%. Otros Accidentes. 2,58%.

En el Estado Carabobo, entre las primeras cinco causas de muerte encontramos, en primer lugar las Enfermedades del corazón 22,18%. Infarto agudo del miocardio 11,02%. Enfermedad cardiaca hipertensiva 3,96%. Enfermedad isquémica crónica del corazón 3,25%. En segundo lugar el Cáncer. 16,61%. Tumores malignos de los órganos digestivos. 4,30%. Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos incluye: oído medio. 2,78%. Tumores malignos de los órganos genitales femeninos. 2,01%. En la tercera causa tenemos los Suicidios y Homicidios. 15,04%: Homicidios. 14,27% Suicidios. 0,77%. El cuarto lugar lo

ocupan las Enfermedades Cerebro vasculares. 9,18%. Hemorragia intracerebral 2,48%. Otras enfermedades cerebro vasculares 2,01% Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico 1,93%. En quinto lugar encontramos los Accidentes de Todo Tipo. 6,99%. Accidentes de Tráfico de Vehículos de Motor. 5,37%. Otros Accidentes. 1,62%.

Dentro de estas estadísticas, vale la pena darle una mirada de cerca a las cifras del Estado Carabobo como contexto de la investigación, donde llama la atención que los porcentajes estatales son más altos en comparación con los porcentajes nacionales, si consideramos que la población del estado es menor que la población nacional, esta información resulta por demás importante.

Si a esto le añadimos la baja inversión en salud, la cual en la actualidad es 2.6 del PIB, específicamente en los programas de prevención de enfermedades controlables e incluso muchas erradicadas que hoy vuelven a resurgir y son causa del aumento de la demanda de cuidados, encontrándonos muchas veces con médicos y enfermeras estresadas por no poder resolver tantos conflictos. La involución en los servicios de salud en Venezuela es muy notoria si tomamos en cuenta que en 1956, Venezuela es el primer país en América Latina en anunciar la eliminación de la viruela. Y en el año 1960, Venezuela es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el primer país que logra la eliminación del paludismo en dos tercios del territorio nacional(8).

Otro elemento importante que no podemos obviar es el papel que juega la cultura en la demanda del cuidado, en nuestro país convivimos en un contexto pluricultural, lo cual para el sector salud no puede ser ignorado.

Giddens. A. afirma “la cultura tiene que ver con las formas de vida de los miembros de una sociedad o de sus grupos. Incluye el modo de vestir, las costumbres matrimoniales y la vida familiar, las pautas laborales, las ceremonias religiosas y los pasatiempos, en la cultura se aprende y se cultiva la vida cotidiana, incluyendo el cuidado y las enfermedades”(9).

Un contexto pluricultural, amerita ampliar el abanico en las formas del cuidado, el respeto a los diferentes patrones culturales y nuevas perspectivas para dar respuestas a cada comportamiento único de una cultura concreta. Como bien lo dice Leininger “a pesar de que el cuidado humano es un fenómeno universal, las expresiones, los procesos y los métodos de los cuidados pueden variar entre culturas”(10). De lo dicho, se deriva que los cuidados son muy personales y su expresión difiere de un individuo a otro, deben ser orientados a ayudar a los grupos considerando para mejorar la condición humana.

Consecuencia de lo expuesto, trae consigo un incremento del problema con nuevas enfermedades que se presentan propias de un contexto pluricultural, lo cual amerita aumento de recursos humanos y materiales para hacerle frente a sus exigencias. Sin embargo, ante esa realidad nacional, regional y local tenemos un sistema de salud

caracterizado por elementos muy puntuales como el congelamiento de cargos y la disminución de recursos económicos para la dotación y mantenimiento de hospitales, los vuelven la situación difícil de resolver en la actualidad, con señales de empeoramiento a futuro, dada la reciente derogación por parte del Estado de la ley de descentralización.

A lo planteado no podemos dejar de señalar el papel que juega la educación en cualquier problema de salud del país, específicamente en lo que refiere a enfermería, sería imposible aunque a manera de resumen situarnos en el contexto histórico y evolutivo de la educación en general, su influencia hasta el momento actual, los cambios ocurridos en el tiempo y como impactan en esta investigación a propósito de buscar elementos del cuidado que desde una posición en que veamos los aspectos positivos del pasado, nos situemos a recrear en el presente y visionemos creaciones para el futuro.

Desde esta perspectiva, creemos conveniente presentar un breve recuento de la Historia de la Educación en Venezuela.

El interés por la educación en Venezuela tiene sus raíces desde la época colonial (1767-1810); cuando la pedagogía como fenómeno social, aparece en ese momento como la afirmación de que la educación, la escuela y el pensamiento pasaron a formar parte relevante de la totalidad social.

En esa época sus gobernantes como elementos integrador del disperso conglomerado humano de las provincias venezolanas sujetas al imperio español estaban enmarcadas por la influencia europea basadas en la filosofía, teología, gramática, cosmografía, lo que conformaba parte del plan de estudios para formar el personal idóneo en el campo político y religioso que se necesitaba para esa época. La educación es monárquica, habilita para la vida en sociedad, con grados académicos o sin estos, como las artes y oficios, o las profesiones llamadas liberales de médico, abogado, entre otras.

La ideología por transformar actitudes y mejoras en la ciudadanía ha existido al margen de los proyectos políticos; pero los escasos recursos y el interés por plasmar proyectos de reforma ha sido deficiente; sin embargo en 1870 Guzmán Blanco le da un impulso a la educación dado al auge de la tecnología; dicta el decreto que universaliza en Venezuela la educación gratuita y obligatoria para el nivel de la escuela primaria, estableciendo así mismo un anticlericalismo e impulsando la ciencia positiva, sin embargo, la práctica pedagógica tradicional, es dominada por los métodos memorísticos escolásticos de enunciar los contenidos de libros que no estaban vinculados con las demandas de la sociedad contemporánea(11).

En este orden de ideas, la educación se mantiene estática durante 40 años más, dada a la etapa de dictadura donde estaba más enfocada a los intereses políticos y era poco el recurso intelectual que egresara de las casas de estudio por lo que esta constituye una institución social que expresa los objetivos del Estado en cuanto al hombre y la

sociedad, que eventualmente reproduce sus relaciones sociales y puntos de vista, o la filosofía política e ideológica dominantes.

De allí que se habla, que la educación venezolana ha tenido sus mejores momentos con la democratización; sin embargo la ideología política que se ha mantenido al margen, ha desmejorado la intencionalidad de formar ciudadanos productivos, con sentido de pertenencia nacional, conscientes de su rol en función de lo que son capaces de hacer y transformar en su cotidianidad. “La educación debía considerar las peculiaridades del hombre como persona, con una existencia no solo física sino espiritual que requiera del conocimiento y amor” (11). En este sentido, la educación está en todas las actividades humanas en la que se identifican cuatro áreas: la familia, los medios de comunicación, el ejercicio profesional y vocacional, además de las instituciones educativas; se clama por la participación social de todos sus sectores, pero de allí parte la deshumanización porque se identifica la educación como un sistema de producción de bienes.

Partiendo de los objetivos propuestos, para mejorar la calidad de vida, la educación en Venezuela en sus diferentes ámbitos sociales ha buscado la valorización del trabajo como factor de humanización; de allí que el VI Plan de la Nación en el sector educación 1981-1985 propuso 5 objetivos: fortalecer la educación para el trabajo, ampliar la cobertura de los servicios educativos, crear un clima de estímulo al docente de reconocimiento profesional y modernizar la gestión político y de administración del sector. Se describió un perfil del docente con roles básicos de facilitador,

orientador, promotor e investigador con un diseño curricular con principios fundamentales basados en la democratización, participación, autorrealización, creatividad, identidad nacional, regionalización y desarrollo autónomo; que de plasmarse se lograría la toma de decisiones para mejorar la vida en las comunidades e instituciones.

El nuevo modelo que se plasma en la actualidad, tienen de común la finalidad de formar integralmente a la persona para vivir en una sociedad democrática y plural, donde la ciencia y la técnica contribuyan al desarrollo humano(11). Sin embargo, se evidencia déficit en cuanto a cobertura, calidad y pertinencia de los contenidos educativos, junto a un modelo de sociedad agotado; deshumanizado y sin sentido de pertenencia social.

### **Educación en enfermería**

En Venezuela la primera institución universitaria se funda en 1721 cuando se le concede al Colegio Seminario de Santa Rosa de Lima la facultad de dar grados y erigirse como universidad; posteriormente, en el año 1810 se funda la Universidad delos Andes, para la época estas dos universidades marcarían las pautas de la enseñanza universitaria (1).

Sin embargo, a pesar de su estatus de universidad las mismas seguirían funcionando como seminarios con tradición escolástica, en las cuales se dictaban las cátedras de Filosofía y Sagrada Escritura. Por su parte, la salud estaba en manos de las

congregaciones religiosas las cuales fueron mantenidas bajo la jurisdicción de la iglesia (2). El cuidado era ejercido de manera empírica por miembros de organizaciones religiosas, damas de la nobleza criolla, curanderos y familiares.

En 1827 el Libertador Simón Bolívar pone en manos del Dr. José María Vargas la dirección de la Universidad de Caracas, quien abre las cátedras de anatomía, cirugía, física experimental y química (3). En esta época comienza el periodo de secularización relacionado con la economía precapitalista de la época, esta separación entre la iglesia y el Estado permite la introducción de las nuevas corrientes científicas y para el año 1891 se abre la Universidad del Zulia y en 1892 la Universidad de Carabobo con carreras como medicina, derecho y educación, quienes hacían otras carreras era porque podían estudiar en el exterior. Sin embargo, la población en su mayoría era analfabeta sobre todo a nivel de los campos, por tanto, el progreso del país fue lento.

En el año 1907 se inicia la preparación formal de personal de enfermería en el Hospital Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar; primer curso para auxiliares con duración de dos años. Posteriormente se crea la Cruz Roja Venezolana cuyo curso de seis meses estaba dirigido a liceístas y damas de la sociedad, quienes eran llamadas Samaritanas. En el año 1912 se crea la Escuela de Artes y Oficios, la cual incluía dentro de sus asignaturas el “Arte de Enfermeras”. En este mismo año, se le asigna al Dr. Francisco Antonio Rísquez que elabore un programa señalándose como objetivo la enseñanza

teórica- práctica de los conocimientos necesarios para prestar cuidados a los enfermos.

En 1913 se inician los estudios y se implementa el Plan de Estudio elaborado por el Dr. Rísquez y aprobado por el Ministerio de Instrucción, creando en 1913 la Escuela de Enfermería. Esta formación se basaba en un curso teórico – práctico, con duración de dos años, con primaria elemental como requisito de ingreso. Para la época se observa la preocupación por dedicar mayor tiempo a la formación de la enfermería; sin embargo, esta formación estará subordinada a los diseños curriculares del componente médico ya que la Enfermería seguiría viéndose como un oficio destinado a las clases de menor nivel educativo.

En tal sentido, los conocimientos teóricos y la práctica estuvieron centrados en la enfermedad apoyados en la bibliografía médica de la época, todas las materias, incluyendo patología y parasitología eran impartidas por clínicos (4). Por tanto, la actividad práctica es considerada como instrumental donde se demuestran las habilidades y destrezas adquiridas más que la actividad donde se pueda crear el saber y confrontar el referente teórico. Por otra parte, la evaluación era considerada como el proceso que jerarquiza y vigila la cantidad del trabajo realizado y muy pocas veces la calidad del conocimiento (5). La curricula sigue un orden deductivo, subdividido en disciplinas sin mayor relación entre ellas centrado en los aspectos biomédicos y técnicos.

Posteriormente se pasa al método de enseñanza teórico – práctico en el cual la instructora dictaba clases magistrales, cuya evaluación consistía en exámenes escritos y orales, pruebas prácticas, y asignaciones para valorar la habilidad de la participante, se realizaba en forma individual y periódicamente, con la finalidad de validar el método de enseñanza y la capacidad del alumno.

En la formación de profesionales de Enfermería se aplica un enfoque eminentemente biologicista, los planes de estudio se organizan en torno a cuatro especialidades médicas tradicionales: medicina general, cirugía, obstetricia y pediatría, considerándose asignaturas del área tales como técnicas y procedimientos del arte de enfermería, cuidados de enfermos de medicina general y cirugía general. En la formación de Enfermería se hace evidente que el modelo pedagógico se ha fundamentado en el modelo de “aprender haciendo” y en la vigilancia moral y técnica de las aprendices, sistema que surge de la Escuela Nightingale y se transfiere a otras escuelas (6). Este sistema aún en nuestros días pareciera permanecer en el sistema de formación de las enfermeras(os), dando mayor importancia a la práctica y al quehacer diario; en menoscabo del componente teórico y humanístico que promueva y cultive la interacción enfermera-paciente y con todos los miembros del equipo de salud, quizás allí resida la brecha entre la teoría y la práctica.

Además de lo expuesto, existen otras motivaciones profesionales y personales que me llevaron a estudiar la temática: El arte de cuidar: un retorno a sus raíces. En gran parte surge mi inquietud como profesional con largos años de experiencia tanto del

área asistencial como docente, además, mi experiencia personal como madre cuidadora nata, como mujer y como ser humano necesitado de cuidados en saber cómo estamos cuidando. En esa búsqueda mas allá de la práctica cotidiana, de los referentes empíricos de las acciones de la enfermera, donde en ocasiones he observado ciertas incongruencias en la interacción enfermera-usuario; manifiesta en procederes cotidianos, como al administrar un medicamento, se actúa de inmediato, algunas veces sin dar una clara explicación al paciente del cómo, para que, porque y las consecuencias de este procedimiento.

Otras veces, el paciente no conoce el nombre de la enfermera y ésta por lo general no lollama por su nombre, en su lugar utiliza calificativos como número de cama o nombre de una patología, se observa como el contacto táctil ya no es cotidiano y ha perdido su calidez de interacción humana, como también se define el cuidado. Poco se observa la iniciativa de dar una palmadita en el hombro al enfermo, aludiendo que andan apuradas porque tienen exceso de trabajo, sin considerar que el contacto humano es un aliciente que no lo proporciona los objetos materiales, como el tensiómetro, la jeringa o el termómetro, sino que es exclusivo de la mano humana, “la artesana de las bellas artes”, el nombre que le dio Florence Nightingale a la enfermería.

En otras ocasiones en el contexto hospitalario, he tenido la oportunidad de percibir que algunas enfermeras se muestran estresadas, agobiadas y cuando las llama el paciente no atienden de inmediato a su solicitud, aludiendo estar recargadas de

obligaciones, cuestión que a mi modo de ver constituye una barrera en la comunicación, estrategia fundamental en la relación de ayuda del arte de cuida.

En otras ocasiones en el contexto hospitalario, he tenido la oportunidad de percibir que algunas enfermeras se muestran estresadas, agobiadas y cuando las llama el paciente no atienden de inmediato a su solicitud, aludiendo estar recargadas de obligaciones, cuestión que a mi modo de ver constituye una barrera en la comunicación, estrategia fundamental en la relación de ayuda del arte de cuidar. Sin embargo, aquí también hay que considerar la contraparte, en el sentido de que ha habido un número importante de congelamiento de cargos por diversas causas, como jubilaciones, permisos pre-post natal y otros, lo cual hace que se produzca un decremento del número de horas enfermera/paciente que no se corresponde con el número de horas enfermeras requeridas para dotar de recursos humanos los diversos servicios hospitalarios.

Según Balderas, los criterios a considerar para el cálculo de horas enfermeras son: La capacidad instalada de los servicios. La complejidad de los tratamientos médicos. Las áreas de atención. El sistema de organización(12).

| Unidades de Atención     | Porcentaje de preparación del personal de enfermería |
|--------------------------|--|
| Cirugía, hospitalización | 60% profesional                                      |
|                          | 40% no profesional                                   |
| Medicina                 | 60% profesional                                      |
|                          | 40% no profesional                                   |
| Gineco-obstetricia       | 60% profesional                                      |
|                          | 40% no profesional                                   |
| Pediatria                | 100% profesional                                     |
| Prematuros               | 100% profesional                                     |
| Terapia intensiva        | 100% profesional                                     |
| Urgencias                | 100% profesional                                     |
| Unidad quirúrgica        | 100% profesional                                     |

Además de considerar los Indicadores para calcular el personal de enfermería por paciente necesario según categoría de tratamiento en 24 horas, los cuales para Cuidados parciales (hospitalización sin gravedad, recuperación) son de 3 a 4 enfermeras por cada turno **(12)**.

Indicadores por preparación del personal de enfermería y las unidades de atención.

Según Balderas:

Nota: se considera personal profesional: Lic en Enfermería y posgraduados

| Turno de Trabajo  | Porcentaje necesario de Enferme enfermeras en 24 horas |
|---|--|
| 7am – 1pm   | 40   |
| 1pm – 7pm   | 30   |
| 7pm – 7p 7pm – 7pm  | 30   |
| Personal no profesional: enfermera del nivel técnico y posbásicos, auxiliares |  |

Indicadores por turno de trabajo

En este sentido, si en la Unidad de pediatría hay 20 pacientes, entonces correspondería de 3 a 4 pacientes por enfermera profesional, lo cual es lo ideal y lógico, pero no es la realidad de nuestro contexto.

El cuidado como arte debe incluir el encuentro de miradas entre la enfermera y el paciente para que genere en la persona enferma la sensación de seguridad y confianza al percibir que sus pensamientos y sentimientos son mucho más importantes que su enfermedad.

Si el proceder de la enfermera es diferente a lo descrito en el párrafo anterior como el deber ser, el sentir del paciente se manifiesta de muchas maneras, una de ellas puede ser no interesarse por el nombre de la enfermera, dándole calificativos como: *“la chica de la mañana, de la tarde, de la noche, o simplemente esta que es amargada o muy seria”*, lo cual constituye una carencia de respeto profesional y una puerta de entrada para el desconocimiento social de la enfermería.

Es de hacer notar que lo descrito hasta aquí; no se corresponde con la generalidad de las enfermeras, porque también puedo decir y he comprobado que hay enfermeras que no desagran al paciente cuando este las llama, mostrando signos de solidaridad oportunos, de respeto a la dignidad humana y la satisfacción en lo que dicen y hacen por el bienestar de la persona en situación de enfermo en el recinto hospitalario, incluso he oído frases de enfermeras como estas: *“ para mí el hospital es como mi*

*segunda casa, yo soy feliz cuando estoy con mis pacientes, el tiempo se me pasa y no me doy cuenta”.*

Según Wiedenbach “El arte de enfermería se hace visible a través de la acción tomada para proporcionar cualquier cosa que el paciente requiere para restaurar o ampliar su capacidad de sobrellevar las exigencias de su situación”(13). Para que la acción tomada tenga cualidad estética requiere de la transformación activa del objeto inmediato, vale decir, que el comportamiento del paciente, responda a la necesidad que está expresada por ese comportamiento. La percepción de la necesidad expresada, no es solamente responsabilidad de la acción tomada por la enfermera, sino que es una acción refleja.

Concluyo la contextualización como sigue: actualmente la enfermería cuestiona el papel mecánico impuesto por la tendencia científica que siguen las ciencias exactas y que dan lugar a la corriente técnica, la cual investiga y actúa todo con métodos racionales, descuidando aquello que involucra el área afectiva del ser humano, su desarrollo mental y las relaciones interpersonales que se establecen en la gestión y aplicación del cuidado. Dicha visión contribuye a olvidar que el enfermo es un ser social con creencias, costumbres e ideas propias acerca de la salud y la enfermedad.

Tanto la enfermera como el paciente son afectados por el entorno que los rodea; por ello, el cuidado enfermero es un proceso que incorpora los elementos del espíritu que se manifiestan a través del cuerpo y de la mente. En el marco de este planteamiento

podemos considerar al cuidado enfermero un arte, término definido como virtud, disposición o habilidad para hacer de alguna cosa algo única e irrepetible, entendida también como la facultad mediante la cual el hombre expresa lo material o lo inmaterial para dar lugar a la creación. En este sentido, dar vida a la materia y al cuidado de la vida (ambos un desafío) son un arte. Por tanto el ejercicio de la enfermería puede ser técnicamente perfecto y carecer de arte.

El cuidado enfermero es un arte que une lo tecnológico, intelectual y creativo con lo espiritual, cada individuo es único e irrepetible, la enfermera al darle cuidado lo crea de acuerdo con las necesidades de cada paciente, sin subordinarse a lo mecánico, para lograrlo, requiere una interrelación de personas con personas y no entre piezas de una maquinaria en la que la enfermera transfiera su propio ser a la función que hace.

Con todas las incongruencias que he venido planteado y considerando que uno de los intereses de enfermería en los últimos años, es comprender la naturaleza del cuidado, su origen y su expresión artística, se ha constituido en tema importante de investigación: El arte de cuidar: un retorno a sus raíces. En el devenir surgieron estas interrogantes:

¿Qué significado le asigna la enfermera al arte de cuidar?

¿Qué cualidades expresa la enfermera, inherentes al arte de cuidar?

¿Cómo percibe la enfermera el arte de cuidar actual y los cambios ocurridos?

¿Qué cualidades le asigna la enfermera a la comunicación en el cuidado?

¿Qué cualidades (artísticas) percibe el paciente en el cuidado de la enfermera?

¿Cómo percibe el paciente su comunicación con la enfermera durante el cuidado?

**Propósito:**

Construir la aproximación de un aporte teórico para enfermería que contribuya a re significar la práctica del arte cuidar, como el objeto material de Enfermería.

**Objetivos específicos:**

- Comprender el significado que la enfermera le asigna al arte de cuidar.
- Interpretar la percepción de la enfermera en su hacer y su decir como cualidades del arte de cuidar y los cambios ocurridos.
- Comprender el significado que la enfermera en su hacer y su decir le asigna a la comunicación en interacción con el paciente.
- Interpretar el significado de la percepción que el paciente hospitalizado le asigna al cuidado que le ofrece la enfermera
- Interpretar el significado que el paciente le asigna según su percepción a la comunicación de la enfermera durante su hospitalización.

**Justificación e importancia de la Investigación.**

La promoción de la salud se constituye en una de las principales estrategias que involucra individuos, familia, comunidades y sociedad en general, que permite

transmitir información y conocimientos que favorezcan cambios de comportamientos deseables para mejorar la salud de cada uno de sus actores.

Investigar para promover el retorno del cuidado como arte, es mirar el cuidado en todas sus dimensiones, esto va en beneficio del usuario, del profesional de enfermería, de las instituciones de salud y de las comunidades, razones justificables desde varias visiones.

Toda profesión se fortalece y consolida cuando sus miembros se preocupan por mejorar su imagen ante la sociedad, esto se logra a través del conocimiento producto de la investigación que respalde su práctica. La investigación se justifica y aportará nuevos conocimientos a la enfermería venezolana que fortalezcan su práctica del arte de cuidar.

Desde el punto de vista profesional, los cuidados de enfermería, están arraigados en la valoración de necesidades reales o potenciales, si el paciente tiene necesidades interferidas; la enfermera con sus conocimientos y experiencias en el arte de cuidar, puede identificarlas y ayudarlos a resolver, pues la investigación siempre aporta nuevos conocimientos.

La eficacia de una institución ante la sociedad es el reflejo de los servicios que ofrezca y del esfuerzo de sus trabajadores, si las enfermeras de una institución hacen de su práctica acciones eficientes con la comunidad, ésta y la institución ganarán confianza y prestigio.

Institucionalmente los servicios de salud, desde lo administrativo y de la orientación de la atención, se justifican porque se ve la población usuaria como sujetos de derechos a recibir cuidados de la salud que garantice la satisfacción de los ciudadanos, contribuyendo a elevar el prestigio institucional.

Hasta el momento muchos contenidos teórico-prácticos, se han mantenido en el mundo abstracto del conocimiento. Con el abordaje cualitativo el sujeto informante juega un papel estelar, porque a través de lo que piensa, dice y hace se hará la interpretación para producir conocimientos teóricos que afiancen la práctica para su propio beneficio.

Desde el punto de vista epistemológico el conocimiento de esta investigación servirá de antecedente a otras investigaciones a continuar estudiando el mismo tema o de referencia a otras investigaciones afines.

### **Factibilidad y viabilidad de la investigación.**

El trabajo es factible, porque cuento con los recursos humanos y materiales necesarios: dispongo de buena acogida y voluntad de colaboración de las enfermeras y de los pacientes, informantes clave en la etapa de recolección de la información. Además cuento con medios de transporte para trasladarme hacia los informantes, dispongo de bibliografía propia, la de mi tutora, y de las bibliotecas de la Universidad de Carabobo: la Biblioteca de la Vida, de la del postgrado de la Escuela de Enfermería y de otras facultades. La viabilidad, está dada porque cuento con la

voluntad de hacer la investigación, siento que es un reto para mí, lo tengo asumido y mi familia me apoya. Estoy consciente de que debo hacer un esfuerzo intelectual y un sacrificio del tiempo, es mucho el que exige la investigación cualitativa, estoy dispuesta a asumir el compromiso. Tengo acceso y cuento con el apoyo de los pacientes hospitalizados y de mis colegas.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO REFERENCIAL

En este apartado nos referiremos a tres aspectos puntuales que guardan estrecha relación con el referencial teórico de la temática: El arte de cuidar: un retorno a sus raíces. Estudios relacionados con el arte de cuidar en enfermería. El arte y su semántica, el arte, sus comienzos y evolución, el arte como medio de comunicación. Diferentes perspectivas teórico-filosóficas del cuidado.

#### **Estudios relacionados con “El Arte de Cuidar: un retorno a sus raíces.**

Para conocer el estado del arte de nuestra investigación, comenzaremos por revisar estudios relacionados con la temática.

Dale A. Lund (14), realizó una investigación titulada: “Mantener la administración de cuidados en el hogar: una teoría fundamentada para proveer cuidado en Tailandia sensible a la cultura del país”. Utilizando la teoría fundamentada para generar una teoría básica que describa y explique el proceso de administración de cuidados a los familiares ancianos que han sufrido ACV por parte de cuidadores tailandeses. La información fue recolectada en una muestra intencionada de 20 familias cuidadoras que vivían en la provincia de Chachoengsao, Tailandia, a través de entrevistas abiertas, observación y los principales memos del investigador. La idea central que surgió fue: Mantener la administración de cuidado en el hogar que abarcó siete

categorías: a) administrar cuidados como parte integral de la vida, b) administrar cuidado como una tarea inevitable, c) administrar cuidado con amor, compasión y apego, d) contar con el apoyo de la familia y parientes, e) contar con el apoyo de la comunidad, g) manejar el tratamiento y g) manejar los problemas y dificultades. La cultura, la tradición y la religión predominaron en todas las situaciones. La aplicación de la teoría es discutida en relación a proveer educación, intervención e investigación de la enfermería con sensibilidad a la cultura del país.

Entre los resultados se concluye: mantener la administración de cuidados en el hogar provee a las enfermeras y a otros proveedores de salud una base comprensiva y sensible a la cultura para entender las perspectivas, las creencias y los comportamientos en la administración de cuidados de los familiares tailandeses. La teoría puede ser utilizada para diseñar estrategias de cuidado en enfermería para ayudar a los familiares cuidadores a continuar dando buenos cuidados a sus familiares ancianos. Es necesario investigaciones posteriores para probar la teoría con muestras más grandes y explorar el proceso de administración de cuidados desde las perspectivas de los familiares, los pacientes y los proveedores de salud para validar la teoría. Las enfermeras y otros proveedores de salud pueden utilizar estos hallazgos como base para desarrollar más intervenciones y servicios sensibles a la cultura para cuidadores, por ejemplo asiáticos que viven en EEUU y otros países occidentales.

Riveiro Lacerda. M.(15), realizo un trabajo titulado: “Tornándose profesional en el contexto domiciliar: vivencia del cuidado de la Enfermera” con dos objetivos: 1-

Identificar los significados que la enfermera le atribuye a la experiencia de vivencial el cuidado domiciliar y 2- Construir un modelo teórico sobre la actuación de la enfermera en el cuidado domiciliar a partir de sus respectivas experiencias y vivencias. Utilizando como metodología la teoría Fundamentada en los datos y orientada por el referencial del Interaccionismo Simbólico. El contexto de la investigación fueron tres servicios donde se presta cuidado domiciliar, en dos ciudades distintas, siendo dos servicios privados y uno público municipal. La escogencia de los servicios se debió a la identificación de las enfermeras con amplia experiencia que trabajan en cuidado domiciliar. Participaron 8 enfermeras para la recolección de datos y 4 para la validación. Como resultado obtuvieron 7 categorías: Teniendo preparación anterior, Aprendiendo con la práctica, Reflexionando con la práctica, Habilitándose para el cuidado domiciliar, Buscando perfeccionamiento, Participando con los colegas y Preparándose internamente. De estas categorías surgió el tema central: Tornándose apta para el cuidado domiciliar. Entre las conclusiones se manifiesta que la atención domiciliar es bien diferenciada de la práctica en una clínica, ella requiere más preparación, hay que ir poco a poco para conocer la historia de lo que va a encontrar. Hay que prepararse un poco más porque va ser fiscalizada.

Muller,L. Monticelli, M. Reibnitz, K.Matos, L. (16), en una investigación hecha en Brasil titulada: “Posibilidades de conocimiento y arte en la producción de inventos de enfermería”, con el objetivo de buscar la localización de inventores de enfermería y

sus inventos. El proceso de creación de esos inventos con el propósito de develar el significado de ese saber en la práctica asistencial.

Metodológicamente, la muestra fue por conveniencia según Polit & Hungler, formada por inventoras que habían publicado sus inventos en la literatura de enfermería brasilera, estas indicaron otras inventoras y estas últimas indicaron otras, de tal forma que se ramificó la muestra hasta que los nombres no se repitieran. En total la muestra estuvo constituida por 53 nombres diferentes de inventoras en un proceso de acceso y confirmación por correspondencia postal y telefónica. Se les envió un cuestionario que hablaba de inspiración, creación, divulgación y otra información de tecnología creativa. Los resultados obtenidos guiaron hacia una convergencia de conocimiento y de arte expresos en los productos creados por las enfermeras. La producción de un saber marcado por la audacia de criar, por la independencia de los que crían, por la persistencia del criador, la convergencia de una fuente de potencias y talentos creativos que vislumbra hacia el nuevo siglo una nueva visión creativa de la propia enfermería. Ambas investigaciones guardan relación con nuestro propósito, la primera desde el punto de vista filosófico y metodológico, la segunda desde la convergencia dialógica entre el conocimiento y el arte del cuidado, testigo de que el cuidado de enfermería tiene un contenido artístico.

Sánchez. B, en (17), realizó un estudio titulado: "La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica". En el estudio utilizó la metodología fenomenológica para buscar comprender las percepciones de personas ajenas a

nosotras. Se seleccionó el método Colazzi por su visión conceptual en la que se apoya la importancia de la descripción exhaustiva de un fenómeno. El análisis se basó en la respuesta a la pregunta: ¿Cómo es la experiencia de cuidar a una persona en situación de enfermedad crónica? En la construcción de una descripción exhaustiva del fenómeno se trabajaron diez categorías constituidas por diferentes códigos y con estas se procedió a describir la experiencia. Los hallazgos han permitido comprender que ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica trasciende la responsabilidad por un familiar y genera una forma de vida diferente, con implicaciones personales y sociales. Finalmente, se presentan las implicaciones para la práctica de enfermería en la asistencia, en la docencia y en la investigación. Los resultados de este estudio indican que las enfermeras deben recordar como algo esencial en el cuidado de quienes son cuidadoras que ellas han avanzado en su desarrollo y son conscientes de muchos aspectos que para otras personas no han sido evidentes. Se concluye que la mejor fuente de información sobre las cuidadoras son ellas mismas y las situaciones deben ser definidas desde el punto de vista de las cuidadoras. De los resultados de este estudio se desprende una orientación hacia el propósito del presente trabajo y es importante desde el punto de vista metodológico al considerar como informantes clave: los pacientes y la enfermera tal como lo hemos planteado en nuestro proyecto.

Arenas y Lorenzini (18), realizaron en Valencia- Venezuela un trabajo doctoral titulado: “La cotidianidad del cuidado humano: una experiencia de un grupo de

cuidadores”. El estudio está adscrito a la línea de investigación del Cuidado en la Experiencia Humana de la Salud en los diferentes grupos poblacionales, correspondiente al doctorado en enfermería, salud y cuidado humano. Tuvo como propósito generar un aporte teórico explicativo que le permitiera explicar y clarificar algunos rasgos relacionados con la condición humana y la vocación profesional de la enfermera (o), tomando como realidad empírica, su acción cotidiana del cuidado en su ambiente de trabajo

El abordaje teórico-metodológico fue orientado filosóficamente por la corriente del Interaccionismo Simbólico, utilizando el método de la Teoría Fundamentada de los Datos. Entre los resultados se destacan la elaboración de cinco categorías: vocación profesional, condición humana, la cotidianidad de la acción del cuidado, sensibilidad y género y, valores que guían la acción. Éstas y sus relaciones fueron el sostén para la elaboración de una teoría formal. Otros resultados fueron: Existe una condición humana de la enfermera(o) con características propias de los seres humanos y rasgos particulares constantes de la vida cotidiana propios de las personas que se dedican al cuidado de sí mismo y de los otros.

El género en este estudio, no establece diferencias para ser enfermera(o) y brindar cuidado, mostrando a la luz de los datos que el ser humano, ya sea hombre y/o mujer pueden poseer la sensibilidad, la vocación, la condición humana y los valores fundamentales para brindar cuidado humano.

Las enfermeras objeto del estudio tienen una gran autoestima y autorrealización personal y profesional en su condición de enfermera(o) que expresan con orgullo. Dan mucha importancia a la salud emocional y espiritual dentro del marco del cuidado humano. Expresan gran seguridad en las bases epistemológicas, axiológicas y ontológicas en su rol de ser enfermera(o) y se sienten responsables del cuidado de la salud. La relación de este trabajo con el nuestro es de tipo conceptual y metodológico. Guarda relación con el proyecto que nos ocupa tanto en su contenido de la cotidianidad del cuidado y en parte metodológicamente.

Santos Alves, M. D y otros(19), realizaron un trabajo en 2005 titulado: Historia de enfermería registrada en las artes plásticas: del siglo XVI al siglo XX con el objetivo de presentar a la comunidad científica como la profesión de enfermería ha sido registrada en las telas de los pintores. Con abordaje de investigación documental partiendo de las publicaciones de Donahue (1989) de las cuales se escogieron 26 obras que fueron analizadas por la autora y las organizamos por orden cronológico y analizamos y discutimos las diferentes tonalidades de enfermería reveladas en las pinturas. Con la asesoría de una profesora conseguimos aprender que entre los 26 conceptos relacionados en las telas, el cuidado ha estado presente desde los siglos XVI al XX como la esencia de enfermería, mucho tiempo antes de esta fuera considerada como profesión. Los resultados muestran que el estilo predominante fue el realismo, aunque además, había obras de estilo renacentista, impresionista y contemporáneo. Entre las obras analizadas hay tres de ellas dignas de destacar:

cuidar/cuidando, innovación y ciencia. De forma particular, además, la tela salud-enfermedad retrata la complejidad del cuidado, que es un término concreto pero abstracto, complejo pero simple. Es simple porque es una palabra que la mayoría de las personas dicen entender y complejo porque el cuidado de enfermería circunda la totalidad del ser humano. Destaca el estudio que la producción científica de enfermería como arte siempre fue escasa, aunque la enfermería sea un arte. Este trabajo se puede relacionar con nuestro proyecto, porque muestra la trascendencia histórica del cuidado desde los siglos XVI al XX como la esencia de enfermería, antes de ser constituida como profesión.

Zambrano y Cisneros (20), realizaron un trabajo titulado: “Cuidar de sí como valor en enfermería” adscrito a la línea de investigación El Cuidado Humano y la práctica de Enfermería” del Doctorado en Enfermería, Salud y Cuidado Humano. Con el objetivo de Comprender desde el punto de vista ontológico, epistemológico y axiológico los distintos enfoques teóricos sobre la persona como expresión de vida, el cuidado, sustantividad de la evolución humana, el cuidado enfermero en el contexto del cuidado humano y cuidar de sí como valor en enfermería. Abordado con el método análisis de contenido de Bardin y la técnica análisis temático como unidad de significación para alcanzar los núcleos de sentido y lograr los objetivos trazados. Entre las conclusiones se mencionan las siguientes: el cuidar de sí es parte de la inmanencia y trascendencia de la persona enfermera, por lo tanto requiere valorar que dispone de un cuerpo, cuya unicidad le exige cuidarlo. Cuidar de sí es una

responsabilidad personal por ser una construcción humana individual. La persona enfermera para cuidar de sí ha de fundamentarse en su propia escala de valores, entre ellos: conocimiento de sí misma, autoestima, responsabilidad, sensibilidad, madurez personal y respeto a su propia dignidad. Tratar de mantener el equilibrio dinámico entre cuidar de sí y cuidar de los otros para prevenir que su propio cuidado se convierta en obsesión o en falta de cuidado. Como sistema abierto ha de darle significado al mundo que habita a partir del cuidado de sí, pues de ello depende su existencia y la de las generaciones futuras. La relación de este trabajo se establece por su abordaje cualitativo y por su contenido teórico filosófico referido al cuidado de sí.

Appleton(21), realizó el trabajo con el objetivo de buscar el significado del arte de cuidar en enfermería. Utilizando la narrativa de diez y siete(17) entrevistas de paciente y enfermeras que describían sus experiencias, estas fueron resumidas en cinco (5) meta temas: presencia, estando en comunión con el otro, creando oportunidades para ocuparse del ser, trascendiendo juntos y contexto del cuidado. Lo que es descrito como acciones de enfermería representando arte es, en verdad, acciones de cuidado. Por ejemplo, la presencia fue narrada como involucramiento genuino, el paciente es percibido como el foco central de sus intereses, como un todo. La enfermera demuestra interés, preocupación y compasión. Ella lo hace de forma sincera, abierta y honesta como un instinto y deseo de ayudar.

Los pacientes revelaron que el reconocimiento de sus miedos, de sus inseguridades, de su vulnerabilidad, a través del comportamiento de generosidad y consideración disminuye la tensión. Las acciones de enfermería fueron reconocidas no solo como tareas profesionales, sino con una acogida genuina que resultó en confianza. Estar juntos en comunión significó una especie de empatía. La enfermera busca conocer verdaderamente la experiencia que el paciente está viviendo. El paciente reconoce el conocimiento inexplicable de la enfermera, ocurre un respeto mutuo del paciente reconociendo el trabajo artístico de la enfermera sensible, empático, competente y ella empodera al paciente identificando sus potencialidades de forma no intrusiva, ayudándolo a responsabilizarse por su propio cuidado. El estudio concluyó a partir del estudio de los temas el siguiente significado: una trascendencia conjunta en amor, significando el verdadero espíritu de entendimiento que crea un modo libertador de ayuda, este significado explica según Appleton, la esencia del arte de enfermería, tal como una artista está preocupada en conocer al paciente desde su perspectiva. El centro de atención de la enfermera, conforme reveló el estudio es la persona del paciente.

Mejía Lopera (22), realizó un trabajo titulado "¿Qué significa el cuidado de enfermería para los pacientes en estados de cronicidad?" para encontrar las esencias procedentes de la interacción entre los pacientes y las enfermeras que los cuidaban; en esta investigación se consideró pertinente centrarse en lo común, permanente e invariante de los discursos de los participantes. El propósito fue acercar la brecha

entre teoría y práctica, academia y ejercicio profesional y aportar al conocimiento de enfermería derivado de la práctica. Mediante método fenomenológico y abordaje de Colaizzi se definió el fenómeno de interés, recolección de datos sobre éste, lectura de los datos, relectura de las transcripciones, interpretaciones mediante códigos vivos y sustantivos, asociación por grupos de temas, descripciones exhaustivas de experiencias y validación. Se mantuvo el respeto por las personas en su decisión de participar. Resultados: Los participantes asignaron significados a la enfermera como un *ser espiritual*, que tiene vocación para la ayuda a los demás y que es el *alma* del hospital. El significado principal estuvo en el apoyo especialmente en aspectos de las interrelaciones humanas, lo cual les permitió sentirse confortados con la amabilidad y familiaridad en los momentos de hospitalización y bien cuidados, y mantener la expectativa de la recuperación.

Los pacientes expresaron que frecuentemente pasan de estar aliviados o compensados, a estar enfermos u hospitalizados; muchas veces llegaron al hospital en malas condiciones de salud o en paro cardiorrespiratorio y los funcionarios del hospital informaron a sus familiares que harían todo lo posible por recuperarlos y salvarles la vida. Fue así como ellos asignaron a la atención y cuidados recibidos el significado *Devuelve la vida y la salud perdidas*.

Moreno M, Muñoz S. y Alvis. T, (23), en su trabajo titulado: “Experiencia de recibir un cuidado de Enfermería humanizado en un servicio de hospitalización”. El estudio fue un diseño fenomenológico descriptivo, con abordaje cualitativo. Retoma el

abordaje fenomenológico de Husserl quien afirma que hay que estudiar la esencia de las cosas y de las emociones. Participaron en la investigación pacientes captados en los servicios de hospitalización y fuera de ellos, tomados de una lista de pacientes que habían estado en los últimos dos años en hospitales de Bogotá- Colombia. La entrevista se inicio con una pregunta central: ¿Cómo fue esa experiencia de recibir cuidado de Enfermería humanizado durante la hospitalización?

Del análisis de los datos construyeron nueve categorías: Sentimientos del paciente, características de la enfermera, dar apoyo emocional, dar apoyo físico. Cualidades del hacer de la enfermera, pro actividad, empatía, priorizar al ser cuidado y disponibilidad para la atención. Entre los resultados describen que el cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización genera en los pacientes un estado de bienestar y comodidad. Ellos expresan que se encuentran en interacción con una enfermera que tiene cualidades que la hacen un ser especial, que se encuentran permanentemente con ella y que está dispuesta a ayudarles. Dicho en sus propias palabras: *es una persona que demostró ser cálida, se acercó a mí, me tomo de la mano.* Conclusiones: el cuidado humanizado de enfermería es un fenómeno de interés profesional que orienta la práctica, la teoría e investigación en enfermería. Aunque algunas enfermeras no reflejan en su acción una práctica orientada al cuidado, los pacientes si la perciben como expresiones de cuidado.

En el medio socioeconómico y político actual, la enfermería debe replantear su práctica para adaptarse a las necesidades del usuario, estableciendo como prioridad el cuidado humanizado con base a su percepción sobre la satisfacción de las mismas.

La fenomenología como método investigativo permitió el conocimiento de la experiencia de recibir cuidado de enfermería humanizado desde la percepción de los pacientes.

Según los pacientes la enfermera que brinda cuidado humanizado, reúne características humanas, además del conocimiento y las habilidades para ejecutar sus acciones.

Todas las investigaciones revisadas están relacionadas con el tema en estudio, tanto en la parte conceptual: “El Arte de Cuidar: un retorno a sus raíces” como desde el punto de vista metodológico como diseño cualitativo, lo cual ha permitido conocer el estado del arte.

### **Referentes teóricos relacionados con el arte:**

#### **El arte y su semántica**

Desde la antigua Grecia y Roma, en la Edad Media y hasta el Renacimiento el arte significaba destreza. Una destreza que se basaba en el conocimiento de unas reglas, donde no existía ningún tipo de arte sin reglas. Platón, hablaba de hacer algo con arte o sin arte, implicaba "hacer algo" con método o conjunto de reglas,

organizándose las artes de manera jerárquica, desde el arte manual hasta el supremo arte intelectual del pensar para alcanzar la verdad **(24)**.

Aristóteles distingue entre arte, ciencia, saber práctico, filosofía y razón intuitiva, afirma que el arte es "un estado de capacidad de hacer algo" siempre que implique un curso verdadero de razonamiento, esto es, un método, según Aristóteles solo puede llamarse arte "un hacer" sin suponer que el arte en cuanto hacer excluya la sabiduría como la forma más acabada del conocimiento **(24)**.

Desde el punto de vista de su origen epistemológico, la palabra arte viene del latín ars. El concepto engloba todas las creaciones del ser humano para expresar una visión sensible del mundo, ya sea real o imaginaria, utilizando recursos plásticos, lingüísticos o sonoros, el arte permite expresar ideas, emociones, percepciones y sensaciones.

Según Gombrigh, el arte primitivo se realiza precisamente con líneas preestablecidas, y, con todo, deja al artista campo de acción para que muestre su ingenio. La maestría técnica que algunos artesanos nativos exhiben es realmente sorprendente.

Para el autor el término arte primitivo, no implica que los artistas solo posean un conocimiento primitivo de su arte. Por el contrario, muchas tribus han desarrollado una habilidad verdaderamente asombrosa en la talla, en los trabajos de cestería, en la preparación de cuero o incluso en la forja de metales **(25)**. La simplicidad de los

utensilios con que han sido realizadas esas obras, nos maravilla la paciencia y la seguridad de toque adquiridos por esos artesanos primitivos a través de siglos de especialización.

El artista siempre intuye lo que tiene que hacer. Es cierto que algunos artistas o algunos críticos en determinadas épocas han tratado de formular las leyes de su arte; pero resulta inevitable que los artistas mediocres no consiguen nada cuando tratan de aplicar leyes semejantes, mientras que los grandes maestros podrían prescindir de ellas y lograr sin embargo una nueva armonía como nadie imaginó.

Resulta imposible dictar normas de esta clase porque nunca se puede saber por anticipado que efectos desea conseguir el artista. Lo que sí es cierto, es que nunca se acaba de aprender en cuanto a arte se refiere. Siempre existen cosas nuevas por descubrir. Las grandes obras de arte parecen diferentes cada vez que uno las contempla, parecen tan inagotables e imprevisibles como los seres humanos (25). Según su contexto, el "arte" puede significar una destreza determinada o los productos de una actividad realizada con destreza. El arte como un todo o como un arte particular.

Quizás estos antecedentes de la concepción de arte, tuvieron su impacto en el hacer y el pensar de enfermería, en el caso de un arte particular, expresado en el arte de cuidar de enfermería como actividad humana que a través de la historia, a más de

cien años, Florence Nightingale afirmó que la "Enfermería es un arte, la más antigua y bella de las artes"(2).

Según Prette y De Giorgis la palabra arte indicaba en su origen, era la técnica necesaria para elaborar un objeto o para realizar una actividad determinada. Arte era, el de los herreros y zapateros, también el de poetas y escultores. Con el tiempo, se ha preferido usar el término "oficio" para las artes que tienen que ver con la producción de objetos útiles. Hoy, cuando un oficio es realizado con profesionalidad y creatividad por una persona, se habla de artesanía, un trabajo bien realizado se dice que está "hecho con arte"(26).

Durante muchos años la palabra "arte" quedó solo para indicar las llamadas "bellas artes", aquellas que tenían una finalidad estética (la búsqueda de la belleza). Recientemente se ha llegado a la conclusión que la idea de lo que es bello y lo que no lo es, puede ser diferente entre distintas culturas e incluso en una misma cultura puede cambiar con el tiempo. Se define como artística cualquier actividad que pretenda comunicar sensaciones, emociones y sentimientos; definición muy afín al significado del arte de cuidar a un ser humano.

En lo relativo a nuestro propósito, el arte de cuidar, Jean Watson, sostiene "el arte de Enfermería es la capacidad de un ser humano para recibir la expresión de sentimientos de otro ser humano y experimentarlos como si fueran propios" (27).

Al hablar de arte de enfermería como un arte particular como el cuidado, es necesario que (el artista) la enfermera le imprima sentimiento a sus acciones y le dé a su trabajo un valor estético. La expresión artística de enfermería, incluye la escucha intencional, la mirada atenta, la sensibilidad focalizada en un toque, un contacto de piel. “La Enfermería debe ser radicalmente re imaginada para restaurar su arte fino de cuidar-sanando (caring-healing) y la visión de la integridad mente-cuerpo-espíritu como unidad, que constituye la base de la acción de Enfermería” (27).

El gran despertar del arte a la libertad tuvo lugar a finales del siglo V, cuando los artistas habían adquirido plena conciencia de su poder y su maestría de los que el público se hizo eco, y, aunque los artistas eran aún considerados artesanos, un creciente número de personas comenzó a interesarse por las obras por sí mismas y no por sus funciones religiosas o políticas (25). La gente discutía los méritos de diferentes escuelas artísticas, de diferentes métodos, estilos y tradiciones que distinguían a los maestros de cada ciudad. Eso hizo que la comparación y la competencia entre escuelas estimularan a los artistas a hacer esfuerzos mayores, forjadores de los variados estilos admirados en el arte griego.

El gran artista Praxiteles, famoso sobre todo por el encanto de su obra y por el carácter amable y sugestivo de sus creaciones. Su obra más celebrada, cuyo elogio cantaron muchos poemas, representa la diosa del amor, la joven Afrodita entrando al baño. Sin embargo, Praxiteles y otros artistas griegos llegaron a esa belleza merced al

conocimiento. No existe ningún cuerpo vivo tan simétrico, tan bien construido y bello como las estatuas griegas.

Los artistas lo que hacían era contemplar muchos modelos y eliminar los aspectos que no le gustaban; partían de una cuidadosa reproducción de un hombre real y lo iban hermo­seando, omitiendo todo rasgo que no conformara su idea de un cuerpo perfecto.

El problema que venimos tratando encierra por sí mismo un reflexionar sobre el arte de cuidar como modo de explicar significados, como actividad que supone sensaciones o estados de espíritu envueltas del carácter estético del cuidado, y también de experiencias vividas que pueden suscitar en nosotras como enfermeras e investigadoras la necesidad de mantener, prolongar, perfeccionar para hermo­sear o renovar nuestras acciones de cuidado. Quizás sea la hora de revisar el proceder del arte de cuidar en enfermería, los auges tecnológicos, la concepción de valores en la dinámica cultural y educativa con su impacto en las actividades de la condición humana en la modernidad.

### **El Arte, sus comienzos y evolución.**

Al decir de Gombrich, no sabemos cómo empezó el arte, del mismo modo que ignoramos cual fue el comienzo del lenguaje. Si tomamos la palabra arte para significar actividades como construir templos y casas, realizar pinturas y esculturas o trazar esquemas, no existe pueblo alguno en el globo terrestre que carezca de arte. Si entendemos por arte una especie de lujosa belleza, algo que pueda gozarse en museos,

exposiciones, o en determinada cosa especial que sirva de preciada decoración en la sala de mayor realce, tendremos que advertir que el empleo de la palabra corresponde a una evolución muy reciente y que muchos de los mejores arquitectos, pintores y escultores del pasado jamás pensaron en ella.

Todos sabemos que existen hermosos edificios y que algunos de ellos son verdaderas obras de arte, pero rara es en todo el mundo, la construcción que no haya sido erigida con algún fin determinado. El uso de edificios como lugares de culto, esparcimiento o vivienda, los juzgan ante todo, según un criterio de utilidad.

Gombrich argumenta, no podemos comprender esos extraños comienzos del arte, a menos que tratemos de introducirnos en el espíritu de los pueblos primitivos y descubrir qué clase de experiencias les hizo imaginar las pinturas, no como algo agradable de contemplar, sino como objeto de poderoso *empleo*. Añade, no es difícil asimilar ese modo de sentir, lo único que requiere es la voluntad de ser absolutamente honrados con nosotros mismos y preguntarnos al propio tiempo si no seguimos conservando algo de primitivo hoy en nuestra existencia. (25).

En ese sentido, Wölfflin.H colige en que no hay una visión objetiva, que la forma y el color se aprehenden de modos siempre distintos, según el temperamento. Desde hace mucho tiempo se sabe que el pintor pinta “*con susangre*”. La posibilidad de distinguir entre sí a los maestros, de reconocer “su mano” se basa en que se conoce la existencia de ciertas maneras típicas en el modo individual de expresar la forma.

Aunque obedezcan a la misma orientación del gusto, de pronto nos parecerían bastante iguales, es decir, nazarénicas **(28)**. Nazarenos llamaban sus contemporáneos a los pintores alemanes de orientación religiosa-romántica establecidos en Roma a principios del siglo XIX.

Los primeros testimonios artísticos los encontramos en las esculturas de Cro-Magnon, puesto que son un medio de comunicación y expresión, con un gran sentido de brujería y chamanismo. De esta forma los primeros “artistas” fueron los chamanes de las tribus, que se encargaban de contactar con las fuerzas de la naturaleza para generar el bien común o el mal. Así nace la Venus prehistórica, con la función de ayudar a la fertilidad de las mujeres. Y esto tiene mucho sentido pues el hombre en esta época estaba preocupado básicamente de sobrevivir la mayor parte del tiempo, y cuanto mayor era la tribu, más fácil era garantizar tareas como la caza. Las pinturas rupestres tenían una función similar, puesto que se pensaban que al representar figuras de animales que les servían como alimento y ropajes, los atraerían de forma mágica.

En Egipto la pintura y la escultura funeraria tenían la clara función de favorecer la vida de ultratumba del fallecido. En Grecia la escultura tenía la función de representar el ideal al que toda la polis debía parecerse; por su parte el Arte cristiano tenía la función de atemorizar y difundir de forma impactante el camino de los fieles hacia la salvación de sus almas, y en todas las culturas existentes hasta la actualidad.

La Teoría del Arte es la encargada de analizar los distintos estilos que se han producido a lo largo de la Historia, su evolución, la comparación de unos con otros, y los retrocesos que se experimenta en algunas épocas. Es también la encargada de estudiar la obra y estilo de los distintos artistas y consigue definir el estilo conceptual, así como la persona en un contexto histórico-cultural.

Según Gombrich, las antiguas tipologías empezaron a moverse y a respirar bajo las manos del hábil escultor, irguiéndose ante nosotros como seres humanos reales, pertenecientes a un mundo distinto y mejor. Son en efecto, seres que pertenecen a un mundo distinto, no porque los griegos fueran más sanos y más bellos que los otros hombres, sino porque el arte en aquel momento había alcanzado un punto en el que lo modélico y lo individual se mantenían en un nuevo y delicado equilibrio (25).

Las estatuas griegas no son inexpresivas en el sentido de parecer estúpidas y vacuas, sus rostros no parecen traducir ningún sentimiento determinado. El cuerpo y sus movimientos eran utilizados por los maestros para expresar lo que Sócrates había denominado “los movimientos del alma”, ya que percibían que el juego de las facciones contorsionaría la sencilla regularidad de la cabeza.

En relación al problema en estudio y de acuerdo a lo descrito en el texto, se intuye que los griegos si cuidaban del cuerpo, para ello construían templos, gimnasios, admiraban la belleza física, pero las necesidades básicas del cuerpo, eran secundarias a las del alma, que además la humanizaban. Esta reflexión es importante relacionarla

con el arte de cuidar actual, donde las enfermeras lo expresan así: *no dialogo con el enfermo porque no me queda tiempo, son muchos pacientes a quien cumplir tratamiento*. En nuestra opinión, pensamos que quizás sea más útil el tiempo dedicado a dialogar espontáneamente con el enfermo, que el dedicado a cumplir un tratamiento sin ninguna explicación.

Como conclusión, cabría decir que las viejas fórmulas que basaban el arte en la creación de belleza o en la imitación de la naturaleza han quedado obsoletas, hoy día el arte es una cualidad dinámica, en constante transformación, inmersa además en los medios de comunicación de masas, en los canales de consumo.

En el fondo, la indefinición del arte estriba en su reducción a determinadas categorías como imitación, como recreación, como expresión; el arte es un concepto global, que incluye todas estas formulaciones y muchas más, un concepto en evolución y abierto a nuevas interpretaciones, que no se puede fijar de forma convencional, sino que debe aglutinar todos los intentos de expresarlo y formularlo, siendo una síntesis amplia y subjetiva de todos ellos.

### **El arte como medio de comunicación**

Para el propósito del estudio conviene abordar el arte como medio de comunicación, ésta es el elemento central en la interacción enfermera-paciente en el

arte de cuidar. Cuando la enfermera interactúa con la persona cuidada, su cuerpo representa un medio de comunicación, su presencia muestra los rasgos de su apariencia física, personal y profesional, lo cual puede significar para el paciente esperanza o aflicción.

Desde tiempos prehistóricos, el hombre comenzó a utilizar las imágenes para comunicarse con sus semejantes, aún cuando no conocía la escritura. Las imágenes podían ser cinceladas o pintadas con colores rudimentarios en las paredes de una caverna, modeladas en arcilla o grabadas en hueso. De cualquier modo, tenían un significado, contenían un acerbo de pensamientos, sentimientos y percepciones.

Algunas de esas imágenes han llegado hasta nosotros y en la distancia del tiempo nos permite conocer la sensibilidad de quien las hizo, en ocasiones nos ayudan a comprender la forma de pensar y sentir de una época.

De allí la importancia de conocer la historia del arte porque los artistas son grandes comunicadores de mensajes. Sus obras han transmitido contenidos muy complejos, cuya descripción hubiera necesitado miles de palabras.

Al decir de Prette y De Giorgis “el lenguaje de las imágenes es directo, rico y potente, como ocurre con todos los lenguajes es necesario aprender a conocerlo. De otra forma la imagen permanece “muda” y no se realiza la comunicación” (26). Expresan que en cada forma de comunicación existen los siguientes elementos:

Un emisor: la persona que decide comunicar algo.

Un mensaje: el contenido de la comunicación.

Un código: el sistema de signos utilizado en la comunicación que debe ser conocido por el que recibe el mensaje

Un medio: el elemento que permite físicamente la transmisión del mensaje.

Un receptor: la persona a la que se dirige el mensaje.

Un contexto: en cuyo interior se produce la comunicación.

Una función: la intención que tiene el emisor del mensaje.

La comunicación visual, tiene una estructura que el observador percibe al igual que cualquier otro aspecto de la realidad. El observador y el artista tienen en común estímulos visuales y mecánicos perceptivos. El artista se detiene en su propia experiencia visual y extrae de ella los elementos esenciales para recrear la imagen de lo real. Valora unos elementos más que otros, según su propia personalidad o agudeza perceptiva, contribuyendo a desarrollar la capacidad de lectura del observador. De hecho, los artistas nos enseñan a ver **(25)**.

La percepción de la imagen, la visión es un fenómeno mental y mucho de lo que vemos ya está memorizado en el cerebro. El ojo es el órgano periférico de la vista, que recoge la información visual: gracias a las radiaciones luminosas emitidas o reflejadas por un objeto podemos percibir su forma, dimensiones y color. A través de las vías nerviosas esta información llega al cerebro, que como un ordenador, la

compara con toda la información que ya tiene en la memoria, la asocia, la interpreta y la codifica.

En la comunicación visual, el lenguaje a través de los datos de la percepción visual, está codificada como todo lenguaje humano. La percepción se rige por leyes:

La ley de la proximidad: las partes más cercanas de un conjunto que ha entrado en nuestro campo visual tienden a ser percibidas como agrupadas en unidades.

La ley de la forma cerrada: las figuras cerradas se ven más fácilmente que las abiertas y suelen prevalecer sobre estas. Triángulos, cuadrados o círculos son formas cerradas simples y unitarias que se imponen fácilmente a nuestra vista.

La ley de la igualdad o semejanza: hace referencia a que elementos iguales o que se asemejan, son percibidos en forma conjunta.

Ley de la continuidad: un conjunto de puntos dispuestos uno detrás de otro en una determinada dirección son percibidos como una estructura unitaria. Por el mismo motivo, cuando se unen o superponen formas distintas seguimos viéndolas por separado.

Ley de la figura completa: cuando se unen figuras distintas, cada una termina teniendo su propia forma, aunque en realidad ésta no aparezca.

### **El cuerpo como comunicador del arte**

En el arte, uno de los géneros figurativos que se ha usado mucho de tiempos atrás para comunicar, es el retrato, se hacía con el fin de pasar a la posteridad, en el se muestran el aspecto físico y los caracteres de la personalidad. La mayoría de los retratos que han llegado hasta nuestros días, pertenecen al género de retratos oficiales: soberanos, duques, emperadores y papas, estos eran representados con frecuencia de manera idealizada, casi como símbolos de su poder, de su religiosidad o de su posición social.

Ya en la última etapa de la Edad Media se desarrolló un género de retrato más verosímil y más fiel al aspecto real de la persona. El retrato pintado por un artista era un lujo de las clases aristocráticas o la alta burguesía. Quien encargaba un retrato pretendía que el pintor reflejara más que el parecido físico, su posición social. El retrato era un documento irrefutable del rango, de la profesión y de la identidad social.

Al relacionar el subtítulo el cuerpo como comunicador del arte, con el problema que venimos planteando, vemos que en enfermería, el cuerpo es el vehículo en la comunicación que se establece en la relación de ayuda entre la persona cuidada y la enfermera. El cuerpo humano, en efecto, evoca y vehicula la dimensión relacional. Se puede dar salud física con grandes limitaciones en el cuerpo, como de hecho sucede cuando las personas sufren diferentes tipos de discapacidades físicas. Como persona somos para los demás la presencia física a través de nuestra corporeidad. A veces somos para los demás ofensa y desplante, cuando le ofrecemos nuestra ausencia

corporal, como negar el saludo a otro, es negarle el amor, negarle su condición humana de la pluralidad, la presencia, la cercanía corporal, el espacio del descubrimiento de mí mismo, de los demás y de las cosas que nos rodean.

Los profesionales de la salud de hoy, no podemos perder de vista que detrás de cada problema o patología está la totalidad de un sujeto que comunica con su cuerpo, frente a lo cual tenemos que ser hermeneutas en acción y en potencia, para interpretar y comprender lo que hay detrás de su corporeidad, detrás de su subjetividad. Un enfermo es una corporeidad vulnerable y solo cabe la compasión, solidaridad, afecto físico, emocional y espiritual. El ser humano no es sólo un ser vivo racional, como pensaron los filósofos griegos, sino que es la persona en su corporeidad, un ser viviente portador de espíritu.

### **La comunicación como elemento fundamental del arte de cuidar**

La comunicación es el elemento fundamental del cuidado, es la expresión de la vida misma y cuidar es un acto de vida. La comunicación tiene una puerta de entrada que es la acogida, cuando la persona con quien hablamos siente la acogida, nos hace entender que tenemos enfrente una persona y no un caso. En una buena acogida, hay un reconocimiento del otro, un intercambio de confianza, no se juzga ni valora lo que se logra mediante la mirada que no puede hacer sentir al otro como inventariado, es necesario recibir al otro tal como es, no se puede establecer una valoración, pues ésta sería estéril. Debe haber un conocimiento de sí mismo, ya que esto ayuda a

comprender y a conocer al otro. Hay que crear una atmosfera, un clima de libertad y de seguridad en donde uno se sienta a gusto. No se trata de inclinarse, sino más bien de adaptarse al otro, de establecer un contacto, solo esto hace posible que se escuche al otro(29). En esencia, esa es la verdadera comunicación que le da rango al arte de cuidar.

### **Significados de la acogida:**

Reconocer al otro, se trata de ser reconocido como existente, ser acogido como persona, como ser humano total, que no puede ser reducido a una función: como casualidad, como un número, ni como un objeto, sino como un ser viviente de vida propia, capaz de pensamiento personal, consciente de sus propias necesidades y aspiraciones.

Intercambio de confianza, acoger más que recibir, significa aceptar, agradecer. La verdadera acogida es apertura, disponibilidad del otro sin resistencia. Muchas veces recibimos una acogida muy reservada, con frialdad que nos da la impresión de molestar. Así vemos la importancia de una sonrisa sincera que demuestra confianza, benevolencia, más que cualquiera palabra(29).

Importancia de la mirada, sentirse inventariado enfría los primeros momentos de un encuentro y retarda la comunicación. Todos tenemos la necesidad de ser recibidos tal como somos. La mirada y la voz son indicadores de cuidado, para quien es cuidado.

Conocerse a sí mismo ayuda a comprender y aceptar al otro. “Has a los demás lo que quieres que hagan contigo” y “conócete a ti mismo”. Ayudare mucho más al otro a ser el mismo, adquiriré un conocimiento más auténtico de él, si tengo conocimiento de mis dificultades, de mis tendencias, de mis reacciones; de mi complejidad. Aceptare mucho más al otro cuando me acepte a mí mismo. La amistad consigo mismo es garantía de la amistad auténtica con los otros.

### **Diferentes perspectivas teórico-filosóficas del cuidado**

En lo adelante, es necesario hacer una descripción de las perspectivas teórico-filosóficas según diferentes estudiosos del significado del cuidado como tal y de la evolución histórica del arte de cuidar de enfermería. Este último viene dado según Hernández. C, por el hecho de que “el cuidado” ha sido una actividad que durante siglos ha carecido de sistematización conceptual, de interés por la búsqueda de fenómenos de los que hay que dar una explicación propia e incluso carece de una tradición historiográfica, que nos permita hoy reconstruir y retornar nuestro pasado de las fuentes primarias.(30). Al tiempo de tener una idea sobre cómo empezamos a cuidar y como cuidamos ahora, o mejor aún, que hemos ganado, que hemos perdido y cuál es la visión de futuro en la que podemos crear y recrear sobre el arte de cuidar de enfermería.

La Historia es una de las disciplinas más importantes del conocimiento humano, no es posible concebir un miembro de una sociedad sin el conocimiento preciso de su historia. En ese sentido, la historia es una cuestión de vida humana solamente. Tiene

una raíz profundamente antropológica. Solo tiene historia quien es capaz de historiarse a sí mismo (31).

Entre las perspectivas teórico-filosóficas del cuidado trataremos como referentes:

### **Los terapeutas de Alejandría**

“Ellos se llaman terapeutas porque recibieron una educación conforme a la naturaleza, a las sagradas leyes y porque cuidan del Ser” (Filón de Alejandría).

El significado de la palabra Terapeuta proviene del griego *therapeutes* y significa “médico, clínico, persona que por profesión o estudio se dedica a la terapéutica”. En el sentido etimológico las palabras *therapeutikós/ therapeúein*, es decir, el terapeuta, es aquella persona que sirve, que presta servicio, que cura, que tiene cuidado, ofrece servicio, honra, presta cuidados médicos y trata a un paciente. Terapeuta y terapéutica tienen que ver directamente con tratar-cuidar-medicar y curar.

El filósofo Filón escribe sobre estos terapeutas planteando la forma en que se comprendía este término en la antigua Alejandría en los primeros siglos del cristianismo. Los terapeutas vivían en comunidades y eran hospitalarios. En el tratamiento con los pacientes tenían un enfoque multidimensional del ser humano. El ser humano era para ellos una Integralidad inmersa en la Integralidad. Es decir, tenían una visión holística (32).

Eran llamados los Padres o Monjes del desierto y Filón los describe poéticamente como “los Jardineros del Jardín”, donde cada cual puede florecer en su

plenitud. El Ser Humano es visto como un todo, una creación divina integral: Cuerpo-Alma-Espíritu. Esto implica que todas las dimensiones del ser están relacionadas. El tratamiento de algún desequilibrio el ser integral es tenido en cuenta. Para Filón la fe de los terapeutas en Dios, el Creador, era fundamental. Esta fe valorizaba las escrituras como al Ser Humano(32).

Leloup, dice que podemos encontrar también una tradición occidental greco-judaica-cristiana, contraria de lo que muchas personas afirman, una visión holística que centra su perspectiva en una comunicación entre arte, ciencia y mística. Se trata de la tradición de los terapeutas, comentado por Filón de Alejandría, cuyos escritos tradujo y comentó.

Según esa tradición, la totalidad humana se basaba en un “cuarteto” la dimensión corporal (soma), la dimensión psíquica (alma), la dimensión noética de conciencia en paz (nous) y la dimensión espiritual (soplo). Salud plena para esa tradición es la transparencia esencial de la vida cotidiana, como lo expresa esa totalidad (33).

La tarea de los terapeutas, depositarios de la misión de encontrar los caminos para el ser saludable era “cuidar” antes que todo, de que no enferme, lo que nos inspira como seres humanos a cuidar del cuerpo y de los deseos, reorientándolos para lo esencial, cuidar lo imaginario, para una conciencia plena de vida y por fin cuidar del otro, como servicio a la comunidad.

En la tradición griega había una diferencia entre (terapia), cuidar del propio ser y cuidar del propio cuerpo (medicina). Según Leloup, terapia es aquello que de algún modo cuida de manera integral al ser humano (33). Tiene por determinación: **Cuidar del cuerpo:** la ropa, el clima, la habitación, la alimentación. **Cuidar lo imaginario:** las grandes imágenes que habitan en nosotros, los valores que nos guían para una vida saludable, alimentándola con imágenes estructurantes de nuestra integridad. **Cuidar los deseos:** errar el fin según deseos egoístas y una enfermedad, una desorientación de la finalidad, cuando el ser humano se vuelve juguete de cualquier manipulación. **Cuidar del otro:** cuando alguien cuida de otra persona, la une a su fuente de vida, sino la puede curar, al menos podrá relativizar su sufrimiento, encontrando sentido para su experiencia. Significaba ocuparse de las dimensiones no exclusivamente objetivas dentro de una perspectiva, viene a ser hoy, la interdisciplinariedad, en razón de nuestra competencia limitada profesionalmente.

La dimensión de totalidad del ser humano, no es algo que se pueda traducir en una actuación integral como se pretende, es una comprensión más dinámica y flexible del sujeto que busca asistencia para recuperar o mantener su salud. El arte de cuidar incluye el reconocimiento de una interrelación entre si y el otro, condición de la terapéutica, o sea, cuidado de mi y del otro con el mismo empeño y busco ayuda cuando no tengo los medios para todo el cuidado.

### **Foucault y el Cuidado de Si**

M. Foucault, en su obra “La Hermenéutica del Sujeto” trata de explicar y aclarar la interpretación del significado de la noción “Inquietud de sí mismo” que tuvo entre los griegos una gran vigencia con la frase *epimeleia heautou*, traducida al latín como *cura su*. El autor refiere que la *epimeleia heautou* es la inquietud de sí mismo, el hecho de ocuparse de sí mismo o preocuparse por sí mismo. Argumenta Foucault, es un poco paradójico y sofisticado elegir esta noción cuando todo el mundo sabe, dice y repite desde hace mucho tiempo que la cuestión del conocimiento del sujeto por si mismo se planteo originariamente en una fórmula y un precepto muy distintos: la famosa prescripción delfica del *gnothi seauton* (“conócete a ti mismo”). En la historia de la filosofía, y más ampliamente en la historia del pensamiento occidental, todo indica que el *gnothi seauton*, es sin duda la fórmula fundadora de la relación entre el sujeto y la verdad (34). Hay que tener presente que tal como se formuló de manera tan resplandeciente el grabado sobre la piedra del templo, el *gnothi seauton*, no tenía en su origen el valor atribuido más adelante.

En el texto de Epicteto dice que el precepto *gnothi seauton* se escribió allí en el centro de la comunidad humana y se escogió ese lugar porque era uno de los centros de la vida griega y luego un centro de comunidad humana, pero con una significación que no era la del “conócete a ti mismo” en el sentido filosófico de la expresión, más adelante se propuso otra serie de interpretaciones.

En otra de las obras de Foucault también encontramos “El Cuidado de Si” que caracteriza “el cuidado” como un “arte” porque el cultivo de sí para los griegos era

un arte, el autor parte del “arte de la existencia” *la techné tou biou* bajo sus diferentes formas, aquí se encuentra dominando el principio de que hay que “*cuidar de uno mismo*” es el principio del cuidado de sí, el que se funda en la necesidad, el que gobierna su desarrollo y organiza su práctica, es un tema muy antiguo en la cultura griega que apareció como un imperativo y luego fue ampliamente difundido **(34)**.

Según Foucault, Plutarco afirmó que la razón por la que los cuidados de la tierra habían sido confiados a los Ilotas, era porque los ciudadanos de Esparta querían “ocuparse de sí”, pero en un sentido muy diferente de cómo se utiliza la expresión en el Alcibíades, donde el diálogo constituye un tema esencial. Sócrates le dice al joven ambicioso que tiene que saber previamente lo que es necesario para gobernar: es preciso primero, “ocuparse de sí mismo”.

En la Apología, Sócrates es ciertamente un maestro del cuidado de sí cuando se presenta a los jueces y le dice: es preciso ocuparse, no de sus riquezas, no de su honor, sino de sí mismos y de sus almas. El tema del cuidado de sí consagrado por Sócrates y que la filosofía ulterior reanudó colocándolo en el corazón del “arte de la existencia” posteriormente tomó todas las dimensiones del “cultivo de sí” **(34)**. Con esta frase hay que entender que el principio de cuidado de sí, ha adquirido un alcance general y ha tomado también la forma de una actitud, de una manera de comportarse, ha impregnado las formas de vivir, se ha desarrollado en procedimientos, en prácticas y en recetas que se meditan, que se perfeccionan y se enseñan; ha constituido una práctica social, dando lugar a las relaciones interindividuales, intercambios y

comunicaciones, incluso a las instituciones y finalmente a dado lugar a cierto modo de conocimiento y la elaboración de un saber.

La *epimeleia heautou* o *la cura sui*, es una conminación que volvemos a encontrar en las doctrinas filosóficas, entre los platónicos: Albino quiere que se aborde el estudio de la filosofía por la lectura del Alcibíades “con vistas a replegarse y volverse hacia uno mismo”. Los hombres tienen todo el deseo de llevar una mejor vida. Decían, quien quiere tener una vista penetrante, debe cuidar sus ojos. Si todos los hombres entienden eso, entonces porque no cuidan también su alma con ayuda de la razón (34). Entre los epicúreos, la carta a Maneceo se abre el principio de que la filosofía debía considerarse como ejercicio permanente del cuidado de uno mismo.

Foucault señala, que en Epiceto es donde se encuentra la más alta elaboración filosófica de este tema: El ser humano es definido, en las Conversaciones, como el ser que ha sido confiado el cuidado de sí. Ahí reside su diferencia fundamental con los otros seres vivos; los animales encuentran “perfectamente listo” lo que le es necesario para vivir, pues la naturaleza ha dispuesto que puedan estar a nuestra disposición sin que tengan que ocuparse de sí mismos y sin que nosotros tengamos que ocuparnos de ellos.

El hombre en cambio, debe velar por sí mismo, no sin embargo a consecuencia de algún defecto que lo pusiera en una situación de carencia y lo hiciese desde el punto de vista inferior a los animales, sino porque el humano dios ha querido

deliberadamente que pueda usar libremente de sí mismo y para ese fin lo ha dotado de la razón, facultad que le permite valerse cuando y como es preciso de otras facultades. Según Foucault, el término *epimeleia* no designa simplemente una preocupación, sino todo un conjunto de ocupaciones; es de *epimeleia* de lo que se habla para designar las actividades del amo de casa, las tareas del príncipe que vela por su súbditos y los cuidados que deben dedicarse a un enfermo o herido, también los deberes que se consagran a los dioses o a los muertos para dirigir y aconsejar, se hace uso de un derecho, y es un deber lo que se cumple cuando se prodiga ayuda a otro. Foucault refiere que en el texto de Galeno sobre la curación de las pasiones, es significativo desde ese punto de vista porque: “aconseja a quien desee cuidar de sí mismo buscar la ayuda de otro, no recomienda sin embargo un técnico conocido por su competencia y su saber, sino simplemente un hombre de buena reputación cuya franqueza podamos tener la oportunidad de experimentar. “El cuidado de sí o el cuidado que se dedica al cuidado que los demás deben tener de sí mismos, aparece entonces como una intensificación de las relaciones sociales” (34).

Según esta tradición de la cultura griega, el cuidado de sí está en correlación estrecha con el pensamiento y práctica de la medicina, y es tan estrecha que Plutarco dice al principio de los *Preceptos de salud*, que filosofía y medicina tratan en un “solo mismo campo”.

Disponen en efecto del concepto de “Pathos” que se aplica lo mismo a la pasión que a la enfermedad física, a la perturbación del cuerpo que al movimiento involuntario del

alma, y en un caso como en el otro, se refiere a un estado de pasividad que para el cuerpo toma la forma de una afección que perturba el equilibrio de sus humores o de sus cualidades, y que para el alma toma forma de un movimiento capaz de arrastrarla a su pesar.

Séneca aplica una serie de metáforas médicas tanto a los cuidados del alma como a los cuidados del cuerpo, aplica el escalpelo a la herida, para abrir un absceso, amputar, evacuar las superfluidades, dar medicamentos, prescribir pociones amargas, calmantes o tónicos. El mejoramiento y el perfeccionamiento del alma se busca en la *paidea*, formarse y cuidarse son actividades solidarias del ser.

### **Heidegger y el Dasein como cuidado**

Heidegger, quizás sea el filósofo que mejor significación le ha dado al cuidado, lo encontramos en la interpretación del “*Dasein*” como cuidado, donde su objetivo es explicar el sentido ontológico del ser del Dasein como temporalidad. El análisis preparatorio es saber, la determinación del sentido existencial de la estructura fundamental del Dasein como cuidado.

Los caracteres ontológicos fundamentales del Dasein son: la existencialidad, la facticidad y el ser caído. Estas tres determinaciones existenciales son el resultado del análisis del ser cotidiano del Dasein, cuya estructura fundamental es *el ser-en-el-mundo*, su esencia reside en su *tener que ser*, es decir, en su existencia. No debe confundirse con una cosa extra mundana que ya ha sido dada (*vorhanden*). Razón por

la cual el mundo no está en una relación de exterioridad con el Dasein, sino que es un constituyente de este (35).

Las tres estructuras del *ser- en- el- mundo arrojado*, serán comprendidas como estructuras de cuidado. Porque el Dasein no es indiferente a su propio ser y lo “comprende”, existe en el modo de proyección de su propio ser, él es en vista de su propio poder-ser, lo mismo que en cada una de sus tareas mundanas, a si mismo su propia finalidad, es lo que Heidegger llama “*el objetivo de su querer*”

Es por esto que podemos decir que el está *antesí mismo* y que se precede siempre a sí mismo como proyecto de sí. Este ser *ante sí mismo* concierne al Dasein ya-en-el-mundo, que ha sido arrojado y es este ser arrojado, un proyecto arrojado, lo que le angustia, y en esta existencia angustiada, de hecho se cumple el principio de preocupación. Sin embargo, lo que problematiza es que en las estructuras del cuidado junto a la facticidad y la existencialidad, está el *sercaído*, que solo caracteriza la preocupación cotidiana del ser en el mundo e inauténtico(35).

La fórmula por la cual Heidegger explicita el ser del Dasein como cuidado “*ser-ante-sí mismo-ya-en-(el-mundo)*”, este en el mundo, no consiste de ningún modo en una pura relación consigo mismo que haga abstracción del mundo sino en otra manera de ser-en-el-mundo. Es lo que subraya Heidegger cuando precisa que el cuidado no designa un comportamiento aislado del yo a la vista de si mismo porque los otros dos momentos estructurales, el-ser-ya-en...y el-ser-cabe...están siempre conjuntamente

incluidos (35). Esta estructura que articula los tres existenciales de un fenómeno unitario, Heidegger le da el nombre de cuidado, en alemán *Sorge*, pero con la voluntad de darle una connotación exclusivamente ontológica y existencial.

Esta elección no es arbitraria ya que el *Dasein* se considera a sí mismo como cuidado por fuera de toda interpretación teórica. Este testimonio de Heidegger se encuentra en la obra poética *La Fábula de Higinio*, donde el cuidado es considerado no solamente como lo que posee el hombre durante toda su vida, sino donde aparece también en conexión con la concepción de que en el hombre hay un compuesto de materia (de tierra) y de espíritu. Además, el latín *cura* presenta el mismo doble sentido de cuidado y de cura que el alemán *Sorge*. Heidegger ve aquí en la designación de la constitución una estructura esencialmente doble de proyecto arrojado.

En este testimonio pre ontológico, la definición tradicional de hombre como *animal racional* no es originaria, ya que Heidegger concibe al hombre como un compuesto de lo sensible y lo inteligible y no como un “todo”. Heidegger, se propone mostrar que el cuidado es pre ontológicamente anterior al querer, al desear, al impulso y a la inclinación, a estas funciones características del viviente en general.

El resultado del análisis fundamental del *Dasein* es la interpretación del ser del *Dasein* como cuidado. La resolución precursora en tanto modo de “cuidado auténtico” no se vuelve posible si no es por la temporalidad, lo que implica que el

cuidado en general se funda en la temporalidad y esta constituye el sentido ontológico del cuidado. La temporalidad es la que hace posible la unidad de la existencialidad, la facticidad y la caída, en tanto, estas constituyen esos momentos estructurados del cuidado (35).

La facticidad dice Heidegger, es el hecho de pre-sencia hallar-se siempre lanzado, sin conocimiento previo o escuela personal, en el mundo, este que ya estaba ahí delante del humano y que estará después de él. Así mismo siendo la pre-sencia entregado a un ahí, es siempre *un ser en un estar en situación*.

Como bien señala Arenas. N, en atención a la interpretación de la problemática de la vida empírica del hombre, resulta claro que un ser en situación es toda la existencia del hombre, del ser humano, y como proyecto de vida, lo más seguro es estar en situación, “porque el ser humano sale de una situación para entrar en otra y en cualquier momento de su vida en su “estar en el mundo” requiere del cuidado de sí o del otro, de allí que se puede establecer que existe una sinonimia entre el término *ser-ahí* con el cuidado(18).

### **La Fabula-Mito de Higinio**

El cuidado es algo tan esencial para la humanidad, que son muchas las fuentes que nos pueden dar a conocer algún aspecto sobre sus raíces. Así lo encontramos en la narrativa, La Fábula-Mito del cuidado o la Fábula-Mito de Higinio o la Fábula 220

como también se le conoce, porque así aparece en su obra *Fábulas o Genealogías de Higino* (1).

Refiere Boff, que la palabra *fábula-mito* es de origen latino con base griega, cuya expresión literaria ocurrió el año 44 a.C. reelaborada por Higino en términos de la cultura romana. La *fábula* es una narrativa imaginaria cuyos personajes son por regla general, animales, plantas o la personificación de personalidades, virtudes y vicios con el objeto de transmitir lecciones morales o volver concreta una verdad abstracta.

El mito, es algo muy complejo por las ambigüedades que encierra. En el lenguaje común de la comunicación de masas, el mito puede ser vehículo de una visión reducida, ocultadora e interesada de la realidad, equivale a una ideología. Designa por tanto clichés o creencias colectivas acerca de temas relevantes que circulen en la cultura.

Algo parecido ocurre con el cuidado. Este, es tan importante para la vida humana y para la preservación de todo tipo de vida que dio origen a una *fábula-mito*. Fue personalizado y se transformó en un ser concreto y como tal, el cuidado moldea la arcilla. En la narrativa, Cuidado conversa con el cielo (Júpiter) y con la tierra (Tellus). Convoca la autoridad suprema del cielo y de la tierra que fundó la edad de oro y la utopía absoluta del ser humano (Saturno)

La *fábula-mito* reelaborada por Higino quiere explicar el sentido del cuidado para la vida humana, esta surgió de la actuación de las fuerzas universales más importantes.

Por eso, más que presentar el texto literal completo, hemos preferido ir al significado y contexto del texto específicamente en su último párrafo: *“pero como usted Cuidado fue quien primero moldeó la criatura quedará bajo su cuidado en cuanto ella viva”*(1). A partir de aquí veremos el cuidado como la verdadera esencia del ser humano, la fábula-mito nos testimonia como el ser humano no puede ser interpretado apenas a partir de la tierra, porque la tierra no permaneció inerte (Tellus), ella le imprime un sentido muy profundo:

“Él posee algo del cielo, de lo divino, (Júpiter) el recibió de la divinidad la vida y el espíritu, solo así es realmente un ser humano completo. Júpiter es el dios creador del cielo y de la tierra. Por detrás de la palabra Júpiter se esconde la partícula Jou extraída del sánscrito dyew que significa luz, brillo, claridad. Júpiter significa entonces el padre y señor de la luz” (1).

La luz con brillo y calor constituye una de las experiencias de la fuente de la psique. Ella clarifica el sentido y la alegría de vivir, de discernir en la multitud el rostro de la persona amada, de ver el esplendor de la naturaleza y de las estrellas, de identificar el camino y de librarse de la angustia de la oscuridad. De allí que desearle un “buen día” a alguien significa originalmente, desearle un buen dios y mucha luz en su camino del día. Júpiter se manifiesta en la vivencia religiosa de los romanos por el resplandor del día y también por los rayos, relámpagos y truenos en las tempestades. La agricultura depende mucho de luz y de los fenómenos atmosféricos, por eso Júpiter era venerado como el protector y promotor de la agricultura. De la agricultura ayer como hoy

proviene la alimentación para la vida. Júpiter tiene que ver con la producción del misterio de la vida. Viene representado como el creador y donador de la vida y del espíritu.

La tierra es otra dimensión en la fábula-mito de Higino, representa la diosa Tellus/Tierra. En todas las culturas como también en la tradición greco-romana, la tierra constituye uno de los mitos centrales. Ella recibe muchos nombres: Gaya/Tellus, Demeter/Ceres, Hestia/Vesta. En los más antiguos testimonios del periodo paleolítico cuando reinaba el matriarcado hace más de 40 siglos se representaba el universo como una gran madre. Mater Mundi. Ella por sí misma y sin competencia de nadie generaba todo.

En un estado posterior bajo el mandato del patriarcado, a partir del neolítico, se elabora una representación más reducida. La tierra no es más sentida como la realidad total. Ella es una parte de la realidad junto con otra, el cielo. Representa aquí abajo la gran Madre (Magna Mater, Bona Mater), y allá arriba en el cielo la esposa del gran padre. Como toda madre ella genera, nutre, defiende y continuamente da vida. Luego del matrimonio entre el cielo y la tierra se originan todas las cosas. El cielo representa el principio masculino, el semen, la siembra y el elemento organizador. La tierra es el principio femenino, el útero que recibe, el elemento acogedor.

Tres figuras mitológicas representaban en el imaginario greco-romano que infundieron en nuestra cultura occidental el misterio de la tierra: en la versión griega,

Gaya, Demeter y Hestia y sus correspondientes romanos, Tellus, Ceres y Vesta. La Gran Madre, representa el planeta tierra como un todo vivo y productor de vida.

Demeter/Ceres representa la parte cultivada de la tierra, aquí entra la colaboración humana con el trabajo y el arte del cultivo. Era la diosa del sembrado. De Ceres viene la palabra seriales. En la fábula-mito de Higino la tierra surge reivindicando sus más altas ancestralidades. Ella otorgó a Cuidado el material donde moldeó al ser humano, la arcilla. En la Fábula-mito de Higino para poner fin al conflicto entre el cielo (Júpiter) y la tierra (Tellus), es convocado Saturno. ¿Por qué Saturno y no otro? Se supone que está por encima de Júpiter pues debe mediar por él. El mito de Saturno es de los más complejos en la mitología antigua, en el se sobreponen muchas vertientes mitológicas: itálicas, etruscas, griegas, órfico, pitagóricas y romanas. Saturno viene de Satus que significa sembrado, del verbo serere, sembrar y plantar. Saturno es el dios de la siembra y de la agricultura, dios típicamente itálico y mediterráneo. Su importancia se traduce por la mayor de todas las fiestas romanas, las Saturnales. Según el mito de la edad de oro y del paraíso perdido, originariamente no habían clases, ni leyes, ni crímenes, ni prisiones, todos vivían en plena libertad, en justicia, paz, abundancia y alegría, como hermanos y hermanas en casa.

Resuena en la fábula-mito del cuidado esencial otro elemento, la identificación de Saturno/cronos con el tiempo. De hecho, Chronos con “h” significa en griego tiempo. Esa semejanza de las palabras Cronos y Chronos hizo que el dios Crono personalizara el tiempo. Esto significa que el ser humano se encuentra enredado en el

tiempo, está lanzado en la duración temporal, es un ser histórico que tiene pasado, presente y futuro y que construye su identidad en el transcurso del tiempo (1).

El ser humano es simultáneamente, utópico e histórico-temporal. El carga en si la dimensión Saturno junto con el impulso para el cielo, para la trascendencia, para el vuelo del águila (Júpiter). En él se revela también el paso de la tierra de la inmanencia, el cacarear de la gallina (Tellus). Es por el cuidado que el mantiene esas polaridades unidas y hace de ellas material de construcción de su existencia en el mundo y en la historia.

### **Leonardo Boff y el Saber Cuidar**

Otro gran estudioso del cuidado, Leonardo Boff en su obra *Saber Cuidar* nos habla de muchos aspectos del origen del cuidado, entre ellos de su naturaleza y tal vez el sentido central del cuidado se encuentra en su filología: “las palabras están llenas de significados existenciales, en ellas los seres humanos acumulan infinidad de experiencias positivas y negativas, experiencias de búsqueda, de encuentro, de certeza, de perplejidad y de profundidad en el ser” (1). Eso parece ocurrir con la palabra cuidado.

En los diccionarios clásicos de filología, alguno derivan cuidado del latín *cura*. Esta palabra es sinónimo de cuidado, usada en la traducción de *Ser y Tiempo* de Martín Heidegger. En su forma más antigua, *cura* en latín se escribía *coera* y era usada en los contextos de relaciones de amor y amistad, expresaba la actitud de cuidado, de

desvelo, de preocupación y de inquietud por la persona amada o por un objeto de estimación.

Otros derivan cuidado de *cogitare-cogitatus* y *coyedar, cuidar-cuidar*. El sentido de *cogitare-cogitatus* es el mismo de *cura*. Pensar, prestar atención, mostrar interés, revelar una actitud de desvelo y de preocupación. Dice Boff: “El cuidado solamente surge cuando la existencia de alguien tiene importancia para mi, paso entonces a dedicarme a él, me dispongo a participar de su destino, de sus búsquedas, de sus sufrimientos y sucesos, en fin de su vida”(1).

Al decir de Boff, el cuidado significa desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato. Estamos ante una actitud fundamental donde la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud. Por su propia naturaleza, el cuidado encierra dos significados básicos ligados entre sí. El primero, la solicitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro. Y, segundo, de preocupación y de inquietud, porque la persona que tiene cuidado se siente envuelta y afectivamente ligada al otro.

El cuidado es un modo de ser, es la forma como la persona humana se estructura y se realiza en el mundo con los otros. Decir ser en el mundo no expresa una determinación geográfica como estar en la naturaleza, junto con las plantas, animales y otros seres humanos, estar en el mundo, significa una forma de existir y de coexistir, de estar presente y de navegar por la realidad y de relacionarse con todas las cosas del mundo.

En esa coexistencia y convivencia, en ese juego de relaciones, el ser humano va construyendo su propio ser, su autoconciencia y su propia identidad. Según Boff, hay dos modos básicos de ser en el mundo, el trabajo y el cuidado. Ahí emerge el proceso de construcción de la realidad humana.

El modo de ser en el mundo por el trabajo se da en forma de interacción e intervención, el ser humano interactúa con la naturaleza, procura conocer sus leyes y ritmos y con su intervención torna su vida más cómoda y construye su “habidad”, adapta el medio a su deseo y conforma su deseo al medio. Primitivamente el ser humano tenía veneración por la naturaleza, solo utilizaba aquello que era necesario para sobrevivir y volver más segura y placentera la existencia **(1)**. El trabajo está presente en el dinamismo de la propia naturaleza, una planta, un animal también trabajan en la medida en que interactúan con el medio intercambiando información, se muestran flexibles y se adaptan en vista de la supervivencia. En el ser humano el trabajo se transforma en un modo de ser consciente y asume el carácter de proyecto.

El proceso de intervención empezó con el homo habilis, unos dos mil años atrás, cuando se inventó el instrumento, el cual se volvió constante a partir del homo sapiens, del cual descendemos directamente. Instituyéndose como proceso orgánico a partir del neolítico, hasta cerca de diez mil años, cuando el ser humano empezó a construir casas y villas, a domesticar animales y plantas, proceso que culminó con la tecnología de nuestros días.

Argumenta Boff, que fue por el trabajo que los seres humanos formaron las culturas como modelación de sí mismos y de la naturaleza, abriéndose así el camino para la voluntad de poder y dominación sobre la naturaleza. El ser humano comenzó a utilizar la razón instrumental analítica. Este tipo de razón es más eficaz y exige “objetividad” e impone cierto distanciamiento de la realidad para estudiarla como un objeto para acumular experiencia de ella y asesorarse.

La lógica del ser en el mundo en el modo de trabajo configura el situarse sobre las cosas para dominarlas y colocarlas al servicio de los intereses personales y colectivos. En el centro de todo se colocó el ser humano, dando origen al antropocentrismo. Este insta una actitud centrada en el ser humano y las cosas tienen sentido solamente en la medida en que a él se ordenan y satisfacen sus deseos, niega la relativa autonomía de las cosas.

Para Boff, el otro modo de ser en el mundo se realiza por el cuidado. El cuidado no se opone al trabajo, pero le confiere una tonalidad diferente. Por el cuidado no vemos la naturaleza y todo lo que en ella existe como objetos.

La relación no es sujeto-objeto, sino sujeto-sujeto. La naturaleza no es muda, habla y evoca, emite mensajes de grandeza, belleza, perplejidad y fuerza. El ser humano puede escuchar e interpretar esas señales. No existe, coexiste con todos los otros, la relación no es de dominio sobre, sino de convivencia, no es pura intervención, sino interacción y comunión.

Cuidar de las cosas implica tener intimidad, sentir las dentro, acogerlas, respetarlas, darles sosiego y reposo. Cuidar es entrar en sintonía, es auscultarle el ritmo y afinarse con él. La razón analítico-instrumental abre camino para la razón cordial, el espíritu de delicadeza, el sentimiento profundo. Esta forma de ser en el mundo, en forma de cuidado, permite al ser humano vivir la experiencia fundamental del valor, de aquello que tiene importancia.

A partir de ese valor sustantivo emerge la dimensión alteridad, de respeto, de reciprocidad y de complementar. En el modo de ser cuidado ocurren resistencias y emergen perplejidades, pero ellas son superadas por la paciencia perseverante. En lugar de agresividad, hay convivencia amorosa. En vez de dominación, hay una compañía afectuosa al lado y junto al otro.

En el modo de ser cuidado se revela la dimensión del femenino en el hombre y en la mujer el masculino. Sabemos que el femenino estuvo siempre presente en la historia, pero en el paleolítico gana visibilidad histórica cuando las culturas eran matrifocales y se vivía una fusión con la naturaleza. Eran sociedades marcadas por un profundo sentido de lo sagrado del universo, las mujeres detenían la hegemonía histórico-social y daban al femenino una expresión tan profunda que quedó en la memoria de la humanidad a través de grandes símbolos presentes en la cultura y en el inconsciente colectivo. Esta concepción del cuidado que mantiene Boff, comulga con la temática en estudio, cuando expresa:

“Es necesario el rescate del cuidado, pero este no se puede hacer a espaldas del trabajo, sino mediante una forma diferente de entender y de realizar el trabajo. Pero el ser humano para poder hacer eso tiene que volverse sobre sí mismo y descubrir su modo de ser cuidado” (1).

Si volvemos la mirada hacia la naturaleza del cuidado esencial, la puerta de entrada no puede ser la razón calculadora, analítica y objetiva, pues eso nos llevaría al trabajo-intervención-producción y allí nos aprisionaría, pues las máquinas y las computadoras son más eficaces que nosotros en la utilización de este tipo de razón-trabajo.

Pero hay algo en los seres humanos que no se encuentra en las máquinas y que surgió hace millones de años del proceso de evolución cuando emergieron los mamíferos, a cuya especie pertenecemos: el sentimiento, la capacidad de emocionarse, de involucrarse, de afectar y de sentirse afectados.

Un computador y un robot no tienen condiciones de cuidar del medio ambiente, de llorar por las desgracias de los otros y de regocijarse con las alegrías del amigo. En otras palabras, un computador no tiene corazón.

Solo nosotros los humanos podemos sentarnos a la mesa con el amigo frustrado, colocarle la mano en el hombro, tomarnos un café y darle esperanzas. Nosotros los humanos construimos el mundo a partir de lazos afectivos. Tomamos tiempo para dedicarnos a las personas. La categoría cuidado recoge todo ese modo de ser, muestra como funcionamos en cuanto a seres humanos.

Se evidencia así que el dato originario no es el logo, la razón o las estructuras de comprensión, sino el phatos, el sentido, la capacidad de simpatía y empatía, la dedicación, el cuidado y la comunicación con lo diferente. Todo comienza con el sentimiento. Es el sentimiento el que nos hace sensibles al otro, nos une a las cosas y nos envuelve con las personas. Ese sentimiento profundo es lo que se llama cuidado, solo aquello que paso por una emoción que evoco un sentimiento profundo provoca cuidado en nosotros (1).

Boff, nos dice que el cuidado es tan esencial que es anterior al espíritu infundido por Júpiter y al cuerpo fornecido por la tierra, de lo que se deduce que la concepción de ser humano compuesto de espíritu-cuerpo no es originaria. La fábula de Higinio nos enseña que “el cuidado fue quien primero moldeó al ser humano” (1). Por lo tanto, el cuidado se encuentra antes, es un *a priori* ontológico está en el origen de la existencia del ser humano y ese origen no es un comienzo temporal. Su origen tiene un sentido filosófico de la fuente de donde brota permanentemente el ser. Significa que el cuidado constituye en la existencia humana una fuente de energía en todo momento y situación en que se encuentre el ser humano. El cuidado constituye una fuerza originaria en el ser humano, sin la cual continuaría siendo apenas una porción de arcilla como cualquier otra al margen del río.

Interpretando a Boff, podemos decir que los seres humanos no debemos ver el cuidado con “descuido”, tenemos que poseer la conciencia verdadera y tenerlo presente en todos nuestros pensamientos, sentimientos, actitudes, acciones y todo lo

que involucre nuestra vida cotidiana; porque fue con cuidado, que “Cuidado” moldeó al ser humano, poniéndole todo su corazón, empeño, dedicación, ternura, sentimiento y devoción. Con eso provocó la responsabilidad e hizo surgir la preocupación como verdaderos principios que entran en la composición del ser humano, sin esas dimensiones, el ser humano jamás sería humano. La fábula-mito de Higino lo deja claro en esta frase “*el cuidado acompañará al ser humano a lo largo de toda su vida, a lo largo de todo su curso temporal en el mundo*”.

Boff, refiere en su tesis del saber cuidar unos conceptos que él clasifica como las siete resonancias del cuidado y añade otros que él considera que están implícitos en los mismos. Los siete clasificados son: el amor, la justa medida, la ternura, la caricia, la cordialidad, la convivencia y la compasión. A estos añade la sinergia, la hospitalidad, la cortesía y la gentileza (Implícitos) **(1)**.

El amor, enfocado como fenómeno biológico desde la óptica del biólogo contemporáneo, Humberto Marturana, quien considera que el amor se da dentro del dinamismo de la vida, desde sus realizaciones más primarias desde hace billones de años, hasta las más complejas en el nivel humano. En la naturaleza se da entre los seres con su medio, dos tipos de acoplamiento: el necesario y el espontáneo. El necesario hace que todos los seres estén interconectados unos a otros y acoplados a sus respectivos ecosistemas como garantía a su supervivencia. En el espontáneo, los seres actúan sin razones de supervivencia, lo hacen por puro placer, son encajes

dinámicos y recíprocos entre los seres vivos y los sistemas orgánicos, un evento original de la vida, es pura gratitud(1).

Se dice que cuando uno acoge al otro, se realiza la co-existencia, surge el amor biológico, el tiende a expandirse y a ganar una forma más compleja, una de estas formas es la humana, ella más que simplemente espontánea como ocurre en los demás seres vivos, se hace proyecto de libertad que acoge conscientemente al otro y crea las condiciones para que el amor habite como el más alto valor de la vida.

Alguien se pregunta ¿Cómo se caracteriza el amor? A lo que Marturana responde “lo que es especialmente humano en el amor, no es el amor, sino lo que hacemos en el amor los humanos...en nuestra manera particular de vivir junto con seres sociales en el lenguaje...sin amor nosotros no somos seres sociales”.

El amor es un fenómeno cósmico y biológico, al llegar a el nivel humano, el se revela como la gran fuerza de agresión, de simpatía, de solidaridad, las personas se unen y se recrean por el lenguaje amoroso, el sentimiento de buenaventura y pertenencia a un mismo destino y a una misma historia. Si en el cuidado esencial, el encaje del amor no ocurre, no se conserva, no se expande ni permite el consorte entre los seres humanos, sin cuidado no hay un clima que propicie el florecimiento de aquello que verdaderamente humaniza, lo cual para Boff, es el sentimiento profundo, la voluntad de compartir.

La justa medida, hoy podemos decir que estamos convencidos de que nada puede ser reducido a una única causa, pues nada es lineal y simple, todo es complejo y viene cargado de inter-retro relaciones y de redes de inclusiones para articular aquellos pilares que sustenten un puente que nos lleve a soluciones más integras que comunican alguna luz y comunican alguna verdad a fin de ver cada porción dentro del todo.

En cuanto a medida justa y naturaleza considera que el ser humano es parte y pieza de la naturaleza y teje con ella una sofisticada red de relaciones, haciendo que él copilotee el proceso de evolución junto con las fuerzas dirigentes de la tierra.

Para Boff, en la medida justa y el pathos, no basta el saber racional, ni la voluntad obediente de identificar regularidades, dispensando la creatividad humana y el ejercicio de la libertad propias del ser humano, importa una actitud atenta de escucha, un sentimiento profundo de identificación con la naturaleza, con sus cambios y cuando debe conservar en su vida y en sus relaciones.

La actitud de sentir con cuidado debe transformarse en cultura y demanda un proceso pedagógico, además de la escuela formal de las instituciones, hace surgir un nuevo estado de conciencia y de conexión con la tierra y con todo lo que en ella vive.

La ternura vital, es sinónimo de cuidado esencial, la ternura es el afecto que devotamos a las personas y el cuidado que aplicamos a situaciones existenciales, es un conocimiento que va más allá de la razón. La ternura es el cuidado sin obsesión,

incluye también el trabajo, no como mera producción utilitaria sino como obra que expresa la creatividad y la autorrealización de la persona. La ternura emerge del propio acto de existir con los otros, no existimos, co-existimos, convivimos, comulgamos con las realidades más inmediatas. La relación de ternura no envuelve angustia porque es libre, el entendimiento es la fuerza propia del corazón, es el deseo profundo de compartir caminos. Las angustias del otro son mis angustias, su suceso es mi suceso y su salvación o perdición también son mías.

La caricia esencial, constituye una de las expresiones máximas del cuidado. La caricia esencial es la que se transforma en una actitud, en un modo de ser que cualifica la persona en su totalidad, en su psique, en el pensamiento, en la voluntad, en la interioridad, en las relaciones que establece.

El órgano de la caricia es fundamentalmente la mano, la mano que toca, la que roza, la mano que establece relación, la mano que calienta, la que trae quietud, pero la mano no es simplemente mano, es la persona humana que a través de ella y en ella revela un modo de ser cariñoso. La caricia toca lo profundo del ser humano su centro personal. La caricia verdaderamente esencial tiene que llegar al yo profundo y no solo el ego superficial de la conciencia. “La caricia es una mano revestida de paciencia que toca sin herir y suelta para permitir la movilidad del ser con quien estamos en contacto”

La cordialidad fundamental, la justa medida, la ternura vital, la caricia esencial y la convivencia y la compasión son cualidades existenciales, son formas de estructuración del ser humano en aquello que lo hace humano, el cuidado con el corte de sus resonancias, es el artesano de nuestra humanidad. Eso también es válido para la cordialidad. Cuando hablamos de cordialidad como resonancia del cuidado pensamos en otra dirección, vemos el corazón como una dimensión del espíritu de finura, como la capacidad de captar la dimensión del valor presente en las personas y en las cosas..

La convivencia necesaria, el concepto de convivencia fue puesto en práctica por Iván Illich, uno de los grandes profetas latinoamericanos. Por medio de la convivencia, intentó responder a las dos crisis de la actualidad: la crisis del proceso industrial y la crisis ecológica.

¿Que entendemos por convivencia? Es la capacidad de hacer convivir las dimensiones de producción y de cuidado, de efectividad y de compasión, de modelaje cuidadoso de todo lo que producimos, usando la creatividad, la libertad y la fantasía, la actitud para mantener el equilibrio multidimensional entre la sociedad y la naturaleza, su mutua pertenencia. Los valores humanos de la sensibilidad, del cuidado, de la convivencia y de la veneración imponen límites a la voracidad del poder, dominación, la producción y explotación.

La compasión radical, es la virtud personal de Buda, cuyo nombre real es Siddharta Gautama que vivió entre el siglo V-VI antes de nuestra era. La compasión se inserta dentro de la experiencia básica del budismo. Articulando dos movimientos diferentes pero complementarios: el desapego total del mundo mediante la inserción y el cuidado con el mundo mediante la comprensión. Por el desapego el ser humano se libera de la esclavitud del deseo de poseer y de acumulación, por el cuidado se religa al mundo, responsabilizándose por él.

La compasión no es un sentimiento menor de “piedad” para con el que sufre, no es pasiva sino activa. Compasión como la filología latina de la palabra lo sugiere, es la capacidad de compartir la pasión del otro con y en el otro, se trata de salir de su propio círculo y entrar en la galaxia del otro en cuanto al otro para sufrir con él, siempre con él, caminar junto con él y construir la vida en sinergia con él. En el momento supremo cuando todo se decide, seremos juzgados por el mínimo de compasión y de misericordia que hemos tenido con los hambrientos, los sedientos, los desnudos y los encarecidos (Mateos 25,28-41).

### **Mayeroff, el Cuidado Ayuda al Otro a Crecer**

Milton Mayeroff, filósofo norteamericano hace su enfoque del cuidado, desde la perspectiva del mundo, época en la que el hombre se encuentra en un proceso de desenvolvimiento de una nueva conciencia, la cual a pesar de su aparente cautiverio moral y espiritual puede un día erigir la raza humana por encima y lejos del miedo,

de la ignorancia y del aislamiento que hoy lo cercan. En ese marco de perspectivas del mundo, Mayeroff plantea el cuidado del hombre en comunión con el universo.

El autor plantea el cuidado como una manera de ordenar la vida del hombre y de otros valores y actividades de ese hombre. Cuando este orden abarca su ser y su cuidado hay una estabilidad básica en la vida del hombre y el tiene “su lugar en el mundo” (36).

Mayeroff en su enfoque del cuidado lo hace desde dos ideas básicas. *El cuidado del hombre y su lugar en el mundo*. Al cuidar de otras personas entendemos que a través del cuidado el hombre vive el significado de su vida. Cuando se dice que el hombre siente voluntad de estar en cualquier lugar del mundo, en este decir lo que él siente es la voluntad, no por medio de la dominación sino por la justificación del juicio de estar cuidando y siendo cuidado: “cuidado” del ser y “su lugar”(36). Estos dos conceptos proporcionan medios fuertes para meditar sobre la condición humana y nos pueden ayudar a comprender mejor nuestras propias vidas y el respeto por el hombre.

La concepción de cuidado en Mayeroff tiene un sentido muy amplio, basado en el crecimiento del que cuida y del que es cuidado, pero además, basado en el respeto de la vida del otro. No es un cuidado parasitario, de posesión ni de dominación, es que el cuidador sienta que el crecimiento del otro ocurre por sí mismo, que sea el mismo.

Para Mayeroff, esta actitud de cuidado se da en una relación donde el cuidador sienta el crecimiento de la persona cuidada como una interacción ligada a la sensación de

su propio bienestar. Significa que para que se de ese crecimiento, debe verse el cuidado del otro como un convivir, como una coexistencia entre el que cuida y el que es cuidado. En el caso de la cotidianidad de la relación enfermera-paciente, es deshacerse de la relación de dominio del saber de la enfermera

En el cuidado del otro, yo no veo la necesidad de que el otro vea en mi una relación que me de poderes sobre él, que no me perciba como una persona poseedora de poder, por el contrario, quiero que me vea como una persona de confianza. Yo debo ver al otro como un ser que tiene sus propias potencialidades y necesidades de crecer.

En la concepción de Mayeroff, sobre el cuidado que ayuda al otro a crecer, no debe ser confundida con “ser dirigida por el otro”, pues esto se refiere a un tipo de resignación en el que yo cuidador pierdo el contacto consigo mismo y con el otro. Cualquiera orientación debe ser dirigida por mi respeto a su integridad.

Mayeroff pone gran énfasis a la dedicación, es un elemento que puede estar o no estar presente, como si yo cuidase y también me dedicase. Cuando acaba la dedicación, acaba el cuidado. Es una especie de convergencia entre lo que yo siento que debo hacer y lo que yo quiero hacer. Esa forma de dedicación constituye el patrón básico del cuidado, y debe entenderse como ayudar al otro a crecer, viéndolo como una extensión de mi mismo, pero también, como un ser independiente con sus propias necesidades de crecer y que yo las siento como mi propia sensación de bienestar.

Mayeroff para resaltar el patrón básico del cuidado, habla en muchas ocasiones del cuidado del otro para aclarar que en cualquier circunstancia real del cuidado, siempre es alguien o alguna cosa específica que se cuida, puede ser el escritor que cuida una idea, el padre que cuida de su hijo, el maestro que cuida de su alumno, el cuidado de una comunidad o la enfermera que cuida del enfermo. Crecimiento para Mayeroff, es un concepto filosófico, es una forma de ver el cuidado como el vehículo que ayuda el crecimiento de una persona o de una idea, expresado así:

“Ayudar a otra persona a crecer es por lo menos ayudarla a cuidar de alguna cosa o de alguien más allá de sí misma, implica darle coraje y ayudarla a descubrir y crear áreas propias de las cuales ella sea capaz de cuidar. Es también ayudar a otra persona a llegar a cuidar de sí misma a través del reconocimiento de su propia necesidad de cuidar y de volverse responsable de su propia vida” (36).

Mayeroff, dice se ayuda a crecer una idea filosófica como el “Cuidado” descubriendo y explorando sus características esenciales, cuando se esclarece su campo de aplicación y sus actividades por dispares que sean, siempre y cuando se demuestre que proporcionan cuidado. El “cuidar” se da cuando se revela sus relaciones con otros conceptos significativos como la confianza, honestidad y humanidad.

Principales componentes del cuidado según Mayeroff.

**Conocimiento:** conocer explícitamente e implícitamente, saber que algo es y saber hacer algo y conocer directamente e indirectamente alguna cosa. Para cuidar de otro,

es preciso conocer principalmente quien es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles son sus necesidades y lo que conduce a su crecimiento, preciso saber cómo responder a sus necesidades y cuáles son mis propios poderes y limitaciones. Ese conocimiento tiene que ser general y específico, ambos conocimiento andan de las manos. Lo que conocemos de cuidar, lo conocemos de diferentes maneras, conocemos algunas cosas explícitamente y otras implícitamente. Si conocemos algo explícitamente somos capaces de traducirlo en palabras, y al contrario, conocer algo implícito, es ser incapaz de articularlo.

El cuidado incluye por lo tanto el conocimiento explícito e implícito; saber lo que es saber, así como el conocimiento directo e indirecto, todas las formas relacionadas con las diversas maneras de ayudar al otro a crecer.

**Ritmos alternados:** “No puedo cuidar apenas por hábito; debo ser capaz de aprender a partir de mi pasado. Veo a cuanto alcanzan mis acciones, si ayude o no, y a la luz de los resultados, mantengo o modifico mi comportamiento para ayudar mejor al otro”.

Según Mayeroff, al hacer debe dársele un sentido más amplio y no solamente en sentido activo, como si yo estuviese siempre haciendo sobre el otro. Puede darse el caso en que yo no haga nada. Al cuidar de una persona, hay ocasiones que no nos proyectamos en una situación, no hago nada por esta o aquella solución, quiere decir, no hago nada. Cuando tomo esta actitud, veo a ver cuáles son los resultados y según esos resultados, cambio de comportamiento. En el caso del cuidado de la enfermera

se dan los ritmos alternados, muchas veces, la enfermera no está haciendo nada sobre el enfermo, pero anda en otros quehaceres en algunos servicios o en la farmacia en la búsqueda de un medicamento o de algún material médico-quirúrgico que necesita esa persona.

**Paciencia:** es un componente del cuidado tan importante que yo dejo al otro crecer a su propio tiempo y a su propia manera. Con paciencia yo le doy tiempo de encontrarse a sí mismo. El hombre impaciente no da tiempo de nada, muchas veces hace perder el tiempo al otro. Para Mayeroff, “Tener paciencia no es esperar pasivamente que acontezca alguna cosa, es más bien un modo de participar con el otro por el cual nos entregamos totalmente.” La paciencia debe interpretarse en términos de tiempo y espacio. Oyendo con paciencia al hombre atormentado, estando presentes, a su lado le damos espacio para pensar y sentir. Podemos decir que el hombre paciente le da su espacio al otro para vivir, mientras que el hombre impaciente se lo restringe. La paciencia incluye la tolerancia en cierto grado, al ser paciente con el otro, yo debo ser tolerante conmigo mismo. Debo darme la oportunidad de aprender, de observar y descubrir tanto al otro como a mí mismo.**Sinceridad:** debe estar presente en el cuidado como algo positivo y no como una cuestión de no engañar deliberadamente a los otros. Al cuidar del otro debo ver al otro como él es y no como a mí me gustaría que fuese o como yo siento que debe ser. Si voy a ayudar al otro a crecer, debo corresponder a sus necesidades. Ver al otro como él es y verme como yo soy. Soy sincero al cuidar, no por conveniencia, sino

porque la sinceridad es parte integrante del cuidado. Debo ser auténtico al cuidar de otro, debo “parecer auténtico”. No debe haber diferencia entre mi modo de hacer y lo que realmente siento.

**Confianza:** al cuidar de otra persona yo confío en que ella va errar y va a aprender de sus errores. Al descubrir que esa persona confía en mí, tengo a esa persona como su propio medio para cuidarse en el sentido de justificar su confianza, de confiar en sí misma para crecer. La confianza en el crecimiento del otro no es indiscriminada, se fundamenta en la promoción activa de aquellas condiciones que garanticen tal confianza. Al confiar en el otro, debo confiar también en mi propia capacidad de cuidar. Es preciso confiar en mis criterios y en mi capacidad de aprender de mis errores, debo confiar en mis instintos.

**La humildad:** en el cuidado la humildad se presenta de diversas maneras, en el cuidado del otro siempre hay algo que aprender. El hombre que cuida es sinceramente humilde, se dispone a aprender más sobre el otro, sobre sí mismo y sobre todo aquello del cuidado. Una actitud de no tener más nada que aprender es incompatible con el cuidado. La humildad también se demuestra al tomar conciencia de que mi cuidado específico no es privilegiado de alguna forma, lo que es significativo, no es si mi cuidado es más importante que el suyo, sino que el hombre sea capaz de cuidar y que tenga algo que cuidar.

Humildad significa también superar la pretensión, debo ser capaz de presentarme como soy, sin exhibicionismo ni falsas modestias, sin aparentar y disimular. Por medio del cuidado alcanzo una validación más verdadera tanto de mis limitaciones como de mis poderes, mis limitaciones no son motivo de resentimiento ni de exaltación y puedo sentir orgullo cuando utilizo con éxito mis poderes

**La esperanza:** significa para Mayeroff, que el otro crezca a través del cuidado, la cual es más genérica que la esperanza como expectativa determinada, es semejante en algunos aspectos, como la esperanza que acompaña la llegada de la primavera. La esperanza no debe ser confundida con esperanzas irrealizables. La esperanza como expresión de un presente lleno de posibilidades hace revivir las energías y activa nuestros poderes, no en una espera pasiva de algo que va a ocurrir de afuera hacia dentro, es la esperanza de la realización del otro a través de mi cuidado.

**El coraje:** debe estar presente en el cuidado, metafóricamente lo presenta como un acompañante a un viaje a lo desconocido, porque no sabemos con qué situaciones nos podemos encontrar, no obstante hay que afrontarlas con coraje. La investidura de coraje no es a ciegas, siempre está orientado por las experiencias pasadas y es sensible al presente.



### CAPITULO III

#### ABORDANDO EL REFERENCIAL TEORICO METODOLOGICO

En este apartado abordaremos los aspectos de la vía metodológica donde se enmarca esta investigación; dirigida a analizar, interpretar y comprender el significado que le asignan los usuarios y las enfermeras desde su percepción **al arte de cuidar, un retorno a sus raíces**, a fin de responder al propósito del estudio: Construir la aproximación de un aporte teórico para enfermería que contribuya a fortalecer la práctica del arte cuidar, como el objeto material de Enfermería. Para ello seguimos la orientación del Interaccionismo Simbólico (IS), el cual es una corriente filosófica o una perspectiva de ciencia formada por un conjunto de ideas sobre la naturaleza de las personas y la sociedad, como el centro de la interacción humana. Sostiene que a través del proceso de interacción es que los seres humanos forman los significados. Para procesar la información, seleccionamos el método Teoría Fundamentada en los Datos y como técnica de recolección la entrevista en profundidad y la observación interpretativa.

Para comprender la acción del arte de cuidar como fenómeno en estudio, decidimos seguir el método interpretativo ya que se trata de comprender las experiencias vividas de acuerdo a lo que las personas piensan, dicen y hacen. Ello implica dedicar todo un esfuerzo en obtener la información cara a cara de un grupo de usuarios

hospitalizados en las unidades de atención de medicina, Cirugía y Gineco-obstetricia y de enfermeras que trabajan en esas unidades de un importante hospital situado al norte de la ciudad de Valencia.

### **Referencial teórico.**

Elegir una opción metodológica, significa aceptar un concepto de conocimiento y de ciencia. En tal sentido optamos por elegir el paradigma cualitativo del Interaccionismo Simbólico por considerar que en el objeto de estudio se dan situaciones y realidades que no pueden buscarse solamente en el contexto físico, sino que muchos casos, hay que buscarlo en una relación espiritual, de valores, que abarcanalgomásen la interacción humana. Estos son aspectos que no se pueden “medir”, “pesar” ni “contar”, porque tienen que ver con aspectos subjetivos del cuidado que la enfermera ofrece a los pacientes de una institución de salud y las percepciones de ambos actores en la interacción constante del cuidado cotidiano.

### **Abordaje cualitativo**

La investigación cualitativa posee un fundamento muy humanista para atender la realidad social. Sostiene Weber, “la sociología no opera sobre materia inerte, ciertas formas de comportamiento social fluyen y cambian permanentemente”(37).

Las personas producen datos descriptivos de sus experiencias en sus propias palabras habladas o escritas. Taylor/Bogdan, señala “la metodología cualitativa...es un método

de encarar el mundo empírico”. La investigación cualitativa es un proceso de investigación participativa donde el investigador no solo está interesado en observar para conocer la problemática, sino que va más allá, en virtud de que mantiene una conversación abierta, prolongada, cara a cara(38). El investigador va en busca de la experiencia del otro a través del diálogo para indagar aspectos que no pueden ser observados como los sentimientos, valores, creencias, ideas, y todo aquello que guarda relación con la interacción humana.

Para Denzin / Lincoln tomado del Diccionario de Métodos Cualitativos en Ciencias Humanas y Sociales, la investigación cualitativa designa toda investigación en ciencias humanas y sociales que responda en gran medida a estas cinco características: primero, la investigación es concebida en gran parte desde la óptica comprensiva, segundo, aborda el objeto de estudio de manera abierta y amplia, tercero, la recolección de la información se efectúa mediante técnicas cualitativas, tales como: la entrevista, la observación libre y la recopilación de documentos, cuarto, da lugar a un análisis cualitativo de los datos donde las palabras son analizadas directamente por otras palabras, sin pasar por una operación numérica, y quinto, culmina en un relato o en una especie de teoría, no en una demostración(39).

De acuerdo con esta concepción en nuestro caso, en enfermería se concibe al hombre como una persona, y la persona se define de manera holística, entendiendo que el todo va mas allá que la suma de sus partes y que si se analiza el todo como un agregado se pierde algo de esa totalidad. Según Rogers (40), es imposible separar la

persona y su contexto porque en conjunto forman una unidad, el ser humano unitario, totalmente indivisible. “El hombre es un todo unificado que posee su propia integridad y manifiesta características que son más que y diferentes de la suma de sus partes”. La autora señala que el paradigma de enfermería es de porte cualitativo, ello nos llevó a pensar que a través del enfoque teórico filosófico del Interaccionismo Simbólico (IS) y del método de la Teoría Fundamentada en los Datos podíamos abordar el problema metodológicamente.

### **Interaccionismo Simbolico**

A fin de conocer las Orientaciones filosóficas del Interaccionismo Simbólico, iremos a su origen para entender algunas ideas de sus pensadores y su influencia en el desenvolvimiento del mismo. Su origen está fundamentado en el pragmatismo, un movimiento filosófico que surgió a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX y que influyó profundamente la sociología de la escuela de Chicago. Dentro de este llamado pragmatismo anglo-norteamericano están las ideas de pensadores como John Dewey (1859-1952), Charles Peirce (1839-1914), William James (1842-1910), William Thomas (1859-1947) pero quien ejerció gran influencia y lo desarrolló principalmente fue George Herbert Mead (1863-1931) quien presenta una amplia perspectiva en las teorías. Entre otros autores que contribuyeron, aunque en menor grado a su fundamentación están: Charles Horton Cooley (1963) y F. Znaniecki (41).

Los alumnos de Mead, entre ellos Herbert Blumer, vertieron la “tradición oral” para construir su obra *Mind, Self and Society*, publicado en 1934 después de su muerte en

1931, y traducida como: *Espíritu, persona y Sociedad*(41). Blumer, es el representante del interaccionismo simbólico tradicional, él fue quien le asignó el nombre de Interaccionismo Simbólico en 1937, e hizo una de las mejores interpretaciones e integración de sus ideas escritas, dando así una explicación teórica y empírica de la obra de Mead.

El Interaccionismo Simbólico subraya la naturaleza simbólica de la vida social: las significaciones sociales son consideradas como producidas por las actividades interactuantes de los actores. Surge al interior de la corriente sociológica y Mead en sus ideas dio siempre prioridad al mundo social para comprender la experiencia social y explicar la conducta del individuo en términos de la conducta organizada del grupo social.

Para Mead el individuo consciente y pensante es lógicamente imposible sin un grupo social que le preceda. Para él, la “actividad más primitiva” de su teoría, es la base de donde emergen todos los demás aspectos de su análisis, es decir, el “significado de acción”.

Mead (41), afirma que un símbolo significativo es una suerte de gesto vocal que solo los humanos son capaces de realizar. Los gestos se convierten en símbolos significativos cuando surgen de un individuo para que constituya el mismo tipo de respuesta que se supone provocará en aquellas personas a quienes se dirige. Solo logramos comunicarnos cuando empleamos símbolos

significantes: El conjunto de gestos vocales que tiene mayor probabilidad de significado en la experiencia de un primer individuo y evoca ese significado al convertirse en símbolos significantes en el lenguaje y responde a un segundo individuo, es un símbolosignificante. Cuando el gesto llega a esa situación se ha convertido en lo que llamamos “lenguaje”. El lenguaje implica la comunicación tanto de gestos como de sus significados.

El símbolo es utilizado para pensar, comunicar, representar y es un símbolo cuando posee significado e intencionalidad, puede ser descrito a través del uso de las palabras o el lenguaje; por medio del lenguaje es que el ser humano se integra a la sociedad, creando una interdependencia entre sus miembros.

El lenguaje es un gran sistema de símbolos, donde las palabras hacen posibles todos los demás símbolos. Los actos, los objetos y las mismas palabras tienen significado solo porque pueden ser descritos por las mismas palabras.

La interacción humana, por lo tanto, es mediada por el uso de los símbolos, por su interpretación del significado de una acción con otra, o sea, que la acción humana se constituye con base a los significados que la persona le atribuye a través del proceso interpretativo.

En enfermería los símbolos se manifiestan en normas y procedimientos que la enfermera pone en práctica a través de sus palabras y acciones para preservar la integridad de la persona cuidada y su red de relaciones con los demás miembros del

equipo de salud.

Las personas crean símbolos de acuerdo a lo que ellos representan, por lo tanto, los símbolos se desarrollan socialmente. Se definen en la interacción y son significativos porque involucran mayor entendimiento y representa más que una simple conducta o respuesta. Son establecidos universalmente; cambian con el significado establecido por la persona en el proceso de interacción humana. Es la capacidad de las personas de ponerse en el lugar de los otros, y verse a sí mismo como lo ven los otros.

El Interaccionismo Simbólico se interesa por la influencia que tienen los símbolos y significados sobre la acción e interacción humana. Para Mead la acción social es “aquella en la que el individuo actúa teniendo en cuenta a los otros”, al emprender una acción las personas tratan de medir su influencia sobre los actores implicados.

Para Blumer (41), la esencia de la sociedad se busca en los actores y en la acción: “la sociedad humana ha de considerarse como un conjunto de personas que actúa”. Los significados comúnmente aceptados son el proceso social, en la vida grupal, es lo que crea y mantiene las normas, y no las normas las que crean y mantienen la vida grupal.

El interés primordial de los Interaccionistas Simbólicos está centrado en la influencia de los significados y de los símbolos sobre la acción e interacción humana. Charon, tomado de Ritzer (41), dice al emprender una acción, las personas tratan simultáneamente de medir su influencia sobre el otro u otros actores implicados.

Blumer, desarrolló un conjunto de ideas básicas sobre la sociedad y la conducta

humana, denominadas “raíces” que constituyen la estructura de la naturaleza de los siguientes elementos: sociedad o grupo humano, interacción social, naturaleza de los objetos, ser humano como actor, acción humana e interacción.

### **Sociedad o grupo humano.**

Los grupos humanos se consideran constituidos por seres humanos unidos por acción. La acción consiste en múltiples actividades que los seres humanos desempeñan en sus encuentros los unos con los otros, frente a una situación. Los seres humanos pueden obrar solos, colectivamente o como representantes de alguna organización o grupo. Los grupos humanos o sociedades existen en acción, deben ser vistos en términos de acción y lo primero y lo último consiste en que las personas están unidas en acción.

### **La naturaleza de la acción social.**

Una sociedad consiste de individuos interaccionando los unos con otros. Las actividades de sus miembros ocurren en la mayoría de las veces en respuesta a otro o en relación a otro. La vida humana en grupo presupone una interacción entre sus miembros. Esta interacción debe ser vista como un proceso que forma la conducta humana y no meramente un medio de expresión. El ser humano enfrenta situaciones en las que él es llamado a hacer, considerando los significados de las acciones de los otros y definiendo su propia línea de acción a la luz de su interpretación.

Las formas de interacción social fueron definidas por Mead, como “conversación de

gestos” y “símbolos significantes”, denominadas por Blumer como “interacción no simbólica” e “interacción simbólica” respectivamente(41). Los gestos poseen un significado al mismo tiempo, tanto para la persona que lo hace como para a quien va dirigido. Cuando un gesto posee un mismo significado para ambos, significa que ambos se entienden. En la interacción no simbólica el ser humano responde a la acción del otro sin interpretarla, por cuanto la interacción simbólica envuelve la interpretación de la acción.

### **La naturaleza de los objetos**

El objeto es definido por Blumer como alguna cosa que puede ser indicada o referida. Puede ser clasificado como objeto físico, social y abstracto. La naturaleza del objeto la constituye el significado que tiene para el ser humano. Este significado constituye la manera por la cual se ve el objeto. Un objeto puede tener diferentes significados para diferentes individuos. El significado de los objetos para un individuo surge de la manera como son definidos por los otros con quienes interactúa(41). Desde este punto de vista, el ambiente de los seres humanos consiste solamente de objetos conocidos por ellos. Los seres humanos pueden ocupar o vivir en una misma localidad espacial y tener diferentes ambientes. Para Blumer el término “mundo” es más adecuado para designar el escenario, los alrededores y la textura de las cosas que lo confrontan. En el mundo de los objetos es que los seres humanos desarrollan sus acciones. Para entender las acciones de las personas, es necesario identificar su mundo de los objetos. Los objetos deben ser vistos como creaciones

sociales. La vida y la acción de las personas cambian con los cambios de su mundo de objetos.

### **El ser humano como actor**

El ser humano es visto como un organismo que responde a otros, no solamente en el nivel no simbólico, que además de hacer, interpreta las indicaciones de otros. El ser humano posee un *self*, que significa ser un objeto de su propia acción. El es un objeto para sí mismo, hace y guía sus acciones en dirección a otros, con base al tipo de objeto que él es para sí mismo. El objeto del *self* emerge del proceso de interacción social. En el abordaje del *self*, Blumer hace referencia a las ideas del Mead, en el cual destaca que para verse un objeto en sí mismo, la persona tiene que verse desde afuera. Puede hacer eso solamente colocándose en la posición del otro, viéndose obrar en dirección a sí mismo, a partir de esa posición nos formamos objetos de nosotros mismos, a través de la toma de papeles.

### **La naturaleza de la acción humana.**

La capacidad del ser humano de hacer indicaciones para sí mismo confiere un carácter distinto a la acción humana. El tiene que enfrentar las situaciones en las cuales es llamado a obrar, descubriendo el significado de las acciones de los otros y planeando su propia acción a la luz de tal interpretación. La acción humana consiste en tener en consideración las diversas cosas que él observa, interpreta y establece en una acción. Esta visión de acción humana se aplica también para las acciones

conjuntas o colectivas.

### **Articulación de las acciones entre sí.**

La vida en grupo humano consiste en el ajuste de líneas de acción entre sus miembros. Esta articulación constituye la acción conjunta en una organización societal de las conductas de diferentes actos de los participantes. Una acción conjunta formada por las acciones de los diversos componentes es diferente de cualquiera de una de ellas y de su agregación. Blumer dice que una acción conjunta siempre sufre un proceso de formación aún cuando pueda ser una acción repetida o establecida. Gran parte de las acciones sociales, particularmente en una sociedad organizada, existen patrones recurrentes de acción conjunta. Las personas tienen un entendimiento de cómo obrar y de cómo las otras personas obran, ellas comparten significados comunes y preestablecidos de lo esperado en una acción de los participantes, y cada participante es apto para guiar su comportamiento por tales significados(41). Los participantes tienen que construir sus líneas de acción y ajustarla a los otros a través del proceso de definición e interpretación. Para el estudio de un grupo humano y la acción, las cuatro concepciones centradas en el Interaccionismo Simbólico son:

- a) Las personas, individual o colectivamente, están preparadas para obrar con base al significado de los objetos que comprenden su mundo.
- b) La asociación de personas se da necesariamente en forma de un proceso en el cual hacen indicaciones las unas a las otras e interpretan esas indicaciones.

c) Los actos sociales sean individuales o colectivos son construidos a través de un proceso en el cual los actores perciben, interpretan y evalúan las situaciones en las cuales son confrontados.

d) Las complejas interrelaciones de los actos que comprenden organizaciones, instituciones, división del trabajo o redes de interdependencia son cuestiones que se mueven y no son cuestiones estáticas.

En suma, el Interaccionismo Simbólico es una perspectiva teórica que está centrada en la interacción humana. Las sociedades son construidas por individuos que interactúan. La interacción implica seres humanos haciendo en relación los unos a los otros. El ser humano es un actor del mundo, él define el mundo en el cual actúa, envuelve escogencias conscientes, evalúa sus acciones y se dirige el mismo. El ser humano vive en un mundo simbólico, para entender su comportamiento, debemos entender el significado que tiene una acción para él. El ser humano define el significado del contexto y de la situación en que se encuentra(41).

Haciendo uso de las orientaciones filosóficas del Interaccionismo Simbólico, en este modo de concebir a los seres humanos, consideramos a la enfermera como un actor básico de la sociedad, la cual definimos como “una persona en constante interacción consigo mismo y con los otros, en su mundo de objetos, en el cual comparte un espacio físico, relacional y simbólico”, con capacidad de interpretar los símbolos y signos que le emite la persona que

requiere de sus cuidados porque conoce la conducta del ser humano desde el punto de vista antropológico y ontológico. Construye significados en su interacción (en su hacer y su decir) con la persona cuidada y su familia, con los miembros del equipo de salud, con la Institución, en constante conexión con el mundo externo que circunda el espacio.

### **Teoría Fundamentada en los Datos**

La teoría fundamentada es una metodología para descubrir teorías que dormitan en los datos” Glaser y Strauss(42), desarrollaron la Teoría Fundamentada en 1967 como un método de investigación proveniente del interaccionismo simbólico y como un método para derivar sistemáticamente teorías sobre el comportamiento humano y el mundo social, con una base empírica.

Strauss y Corbin (43), declaran que una teoría consiste en relaciones plausibles(razonables)propuestas entre conceptos o conjunto de conceptos. Afirman que la teoría Fundamentada en los Datos busca guiar a los investigadores para la producción de teoría que tenga densidad conceptual, esto es, con varias relaciones conceptuales. Estas relaciones declaradas como proposiciones son presentadas en forma discursiva insertadas dentro de un contexto rico en descripción y formulación conceptual. La presentación discursiva captura la densidad conceptual y transmite descriptivamente el contenido substantivo. Para los autores construir teorías implica interpretar datos que deben ser

conceptualizados y los conceptos relacionados para formar una expresión teórica de la realidad.

La Teoría fundamentada en los Datos posibilita estudiar la riqueza y diversidad de la experiencia humana y generar una teoría que pueda ser utilizada para entender la realidad. Las interacciones humanas presentes en el proceso social han sido un foco explorado por este método. Sus fundamentos son provenientes del Interaccionismo Simbólico, una perspectiva de ciencia interesada en la acción social. En esa perspectiva los individuos y sus acciones no pueden ser entendidas fuera de su contexto social, sino a través de las interacciones entre ellos. A sí mismo la Teoría fundamentada en los Datos procura comprender el mundo social a través de interacciones presentes en el grupo, así como se presenta en la realidad.

Los seres humanos como actores y autores tienen perspectivas e interpretaciones propias de sí y de los otros.

Kathy Charmaz,(44). Situada entre el positivismo y el pragmatismo, la autora, ha insistido en la importancia de incorporar la experiencia, las decisiones y las interpretaciones del investigador en todas las fases del proceso de investigación con el fin de entender «hasta qué punto sus intereses y asunciones influyen en él». Fuertemente influenciada por el giro reflexivo acontecido en las ciencias sociales, su principal premisa se fundamenta en la afirmación de que, si bien la insistencia de la GranTeoría en la empresa analítica ha facilitado la generalización de su uso, también

ha llevado a ignorar el papel activo del investigador en el proceso de recogida, selección e interpretación de la información cualitativa y obligan al investigador a reflexionar sobre el modo cómo los significados se *producen* y *se hacen* a través de procesos de construcción subjetiva e intersubjetiva en que los valores, las creencias y las ideologías adquieren un papel central. En opinión de la autora, más allá de llegar a explicaciones de carácter simple y reduccionista, desde una perspectiva construccionista, el investigador cualitativo debería tratar de realizar un retrato más denso de las situaciones que se encuentra estudiando, integrando en el análisis, el peso de la subjetividad. Caracterizada por un enfoque interpretativista crítico, Charmaz en su explícito manual aboga sobre los procedimientos necesarios para la realización de una Gran Teoría construccionista.

Conforme Straus y Corbin (43), a través de ese método el investigador aprende esto e incorpora su propia interpretación. La formulación teórica que resulta puede no solamente ser usada para explicar la realidad, sino también para proveer una estructura para la acción profesional. Al desarrollar la Teoría Fundamentada en los Datos estamos experimentando captar muchas de las complejidades y movimientos que son posibles en el mundo real, aunque no seamos capaz de dominar todo el conocimiento.

Para Glaser y Strauss (42), generar una teoría envuelve un proceso de investigación. A sí mismo la Teoría Fundamentada en los Datos requiere la utilización de un método sistematizado e interrelación de elementos del proceso de investigación para la

generación de teorías. El método empleado comprende un conjunto de procedimientos que tengan como punto principal el análisis comparativo. Según Strauss y Corbin (43), “analizar es de hecho interpretar”, ellos afirman que este es el proceso central para la construcción de la teoría, cuyos procedimientos facilitan el rigor de la investigación, proveen los fundamentos para construir con densidad e integración de las categorías, aproximándolas a la realidad. Los autores señalan que aunque tengan establecidos los procedimientos y las técnicas de análisis del desarrollo del método, esto no implica una rígida adherencia a ellos, debiendo ser flexibles de acuerdo a las circunstancias. En la Teoría Fundamentada en los Datos es importante tener claro ciertos conceptos para comprender el procedimiento del método. El método comprende un conjunto de procedimientos que tengan como punto principal el análisis comparativo. Aquí presentamos los conceptos que sus autores recomiendan:

#### **-La interrogante de investigación**

El objetivo principal de este método es generar teoría, para eso se necesita de una interrogante de investigación que de flexibilidad y libertad para explorar el fenómeno. A lo largo de toda la historia los líderes de la enfermería se han referido a ella como un arte de cuidar, en nuestro caso concreto, para caminar hacia la focalización del tema: El arte de cuidar enfermería: un retorno a sus raíces, partimos de esta pregunta: ¿Qué significado le asignan las enfermeras y los pacientes al arte de cuidar?

Strauss y Corbin dicen, la cuestión inicial es amplia, y se va haciendo progresivamente más focalizada a medida que los conceptos y sus relaciones van siendo descubiertos a través del proceso de investigación. Para los autores la cuestión de investigación para un estudio es una declaración que identifica el fenómeno a ser estudiado y lo que se quiere focalizar o conocer sobre el objeto de estudio(43). Para ellos el investigador no comienza con una teoría, en vez de eso, comienza con un área de estudio que emerge o que es relevante para esa área, teniendo como principal característica el análisis comparativo y constante de los datos.

### **El muestreo teórico**

Uno de los elementos esenciales en el proceso de construcción de la teoría es el muestreo teórico. En la Teoría Fundamentada en los Datos, la muestra es definida teóricamente. Consiste en tener una muestra basada en los conceptos que tienen relevancia teórica para la teoría que está siendo desarrollada. La relevancia teórica indica que ciertos conceptos son considerados significantes porque ellos están repetidamente presentes. El interés está en reunir los datos para el análisis comparativo y en ayudar a descubrir las categorías relevantes. El muestreo teórico es acumulativo y aumenta en profundidad en la medida en que los conceptos y relaciones son acumulados a través de los procedimientos de levantamiento y análisis de los datos. Parte de la generación de categorías en un área más amplia para la concentración, densidad y saturación de las categorías.

El muestreo teórico lo inicia el investigador con la entrevista de un grupo de informantes, orientado por sus objetivos, simultáneamente a esta etapa se inicia la codificación de los datos para identificar lagunas que son utilizadas para orientar la recolección de datos adicionales que permitan desarrollar teóricamente las categorías. El muestreo teórico de cualquier categoría termina cuando se alcanza el principio de **saturación teórica**. Una categoría se considera saturada cuando ningún dato nuevo es relevante. Cuando se construye una teoría la regla general es reunir la información hasta que cada categoría esté saturada, significa que no pueda surgir ningún dato nuevo relacionado con una categoría que se considera saturada, en otras palabras, que no aporta un nuevo conocimiento en relación con esa categoría, que la categoría esté bien desarrollada en términos de dimensiones y propiedades. Y por último que las relaciones entre categorías estén bien establecidas y validadas.

### **El método de recolección de datos**

Es otro elemento imprescindible, el muestreo es un proceso de recolección de datos para generar la teoría en la cual el investigador recolecta, codifica y analiza los datos que están emergiendo. El objetivo del muestreo teórico es maximizar las oportunidades de los eventos, incidentes o sucesos para determinar como una categoría varía en términos de propiedades y dimensiones **(43)**.

A lo largo del proceso el investigador decide previamente cuantos informantes serán su muestra, pudiendo haber modificaciones de los planes iniciales.

La recolección de la información se hace a través de las técnicas de entrevista cualitativa en profundidad y observación participante. Las entrevistas grabadas son transcritas inmediatamente como notas de campo, se hace un análisis comparativo constante y se procede al muestreo teórico cíclico hasta la saturación de categorías y descripciones para redactar la teoría. El muestreo es determinado por el propósito del estudio y por la relevancia teórica del dato.

### **El Análisis Comparativo de los Datos**

El análisis comparativo es esencial para generar una teoría fundamentada en los datos. Consiste en comparar incidente con incidente, incidente con categoría, categoría con categoría, así como patrones de comportamiento entre los grupos, distinguiendo similitudes y diferencias.

La codificación es el proceso central por el cual las teorías son construidas. Los procedimientos de codificación envuelven un desmembramiento del todo en sus partes, el análisis, la comparación y la categorización de los datos. Para Strauss y Corbin (43), la codificación comprende un conjunto de operaciones realizados para analizar los datos que se distinguen en tres tipos: abierta, axial y selectiva.

**La codificación abierta** es el primer paso analítico y consiste en un proceso de separar, examinar, comparar y conceptualizar los datos. Durante la codificación abierta, los datos brutos son separados en líneas, oraciones o

párrafos. Enseguida, son examinados y comparados por similitudes y diferencias. . Para cada incidente o evento es dado un nombre, formando los códigos conceptuales que pueden ser agrupados y formar las categorías.

**La codificación axial** es formada por un conjunto de procedimientos por el cual los datos son agrupados de nuevas maneras a través de la conexión entre las categorías. Las relaciones entre las categorías componen un modelo que Strauss y Corbin denominan el *paradigma modelo o modelo del paradigma*.

**La codificación selectiva**, este es un proceso de integrar y refinar las categorías. La integración es una interacción entre la información y el analista. El objetivo de esta es decidir una categoría central que representa el tema central de la investigación (idea central) o fenómeno alrededor del cual todas las otras categorías están integradas, y aunque ella se desarrolla de la investigación, también es una abstracción.

El investigador simultáneamente codifica y analiza los datos con el fin de desarrollar conceptos; al comparar continuamente los incidentes específicos de los datos, refina estos conceptos, identifica sus propiedades, explora las relaciones de unos con otros y los integra en una teoría coherente.

**Rigor metodológico:**

Está dado por la confirmabilidad, tal como lo señalan Streubert/Campenteer (1994) por la demostración de auditabilidad, credibilidad y adecuabilidad. Ellos definen auditabilidad como “la habilidad de otro investigador para seguir los métodos y

conclusión del investigador original”. La credibilidad se demuestra cuando los participantes reconocen en los hallazgos de investigación reportados por sus propias experiencias. La adecuabilidad (validez externa) implica que los hallazgos tengan significado para otros en situaciones similares.

### **La sensibilidad teórica**

Además del proceso de sistematización, el método requiere del investigador una sensibilidad teórica referida como una cualidad personal del investigador en relación a los atributos del término *insights*, o sea, habilidad para dar significados a los datos, capacidad de entender y separar aquello que es importante para el estudio. La literatura y las experiencias profesionales y personales son fuentes de sensibilidad teórica. Sin embargo, es durante el proceso de análisis que el investigador aumenta su sensibilidad, hace comparaciones, piensa sobre lo que ve, hace hipótesis y procura conocer lo que es importante para la formación de conceptos, sus relaciones y significados(43).

De acuerdo con Glaser, las realizaciones teóricas significantes ven como un crecimiento y maduración de los datos, siendo que mucho de eso está fuera de la conciencia del analista hasta que acontece. Por eso es importante que el investigador movilice sus habilidades creativas en cada etapa del proceso.

### **Entrevista en profundidad**

En esta investigación, la técnica de recolección de datos, fue la entrevista en profundidad. Taylor y Bogdan(38), definen este tipo de entrevista como: “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos a la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras”. Siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio de preguntas y respuestas. El propio investigador se vuelve instrumento de la investigación. Según Charmaz(44), los sujetos no hablan por sí solos sino que es el propio investigador quién los hace hablar. Asimismo, los significados no son entes objetivos, sino que son el resultado de un proceso de negociación entre el investigador y los participantes, esto es, se *co-construyen*. Su rol implica no solo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas. Las entrevistas en profundidad tienen mucho en común con la observación participante. Del mismo modo que los observadores, el entrevistador avanza lentamente, trata de establecer el rapport con los informantes, formula inicialmente preguntas no directivas y aprende lo que es importante para los informantes antes de enfocar los intereses de la investigación.

La diferencia primordial entre la observación participante y las entrevistas en profundidad reside en los escenarios y situaciones en los cuales tiene lugar la investigación. Mientras que los observadores participantes llevan a cabo sus estudios

en situaciones de campo naturales, entrevistadores realizan los suyos en situaciones específicamente preparada. El observador participante obtiene una experiencia directa del mundo social. El entrevistador reposa exclusiva e indirectamente sobre los relatos de otros (38).

### **Referencial metodológico:**

#### **Contexto de la investigación y reseña histórica**

Los informantes son personas hospitalizadas en las áreas de medicina, Cirugía y Gineco-obstetricia y enfermeras de estas áreas de atención del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde de Bárbula. Municipio Naguanagua. Valencia. Estado Carabobo. (anexos 1, 2)

El 4 de Agosto de 1977 en horas del mediodía, fue inaugurado el Hospital Carabobo. Estuvieron presentes el Director General del ministerio de Desarrollo Urbano, Dr. Otto Hernández Acosta, el Gobernador del Estado Ing. Emiliano Ascunez, El Presidente del I.V.S.S. Dr. Noel Key Montes y demás invitados especiales. Una necesidad largamente sentida y reclamada por la comunidad de Valencia.

La historia del hospital se remonta a la vieja estructura física del sanatorio antituberculoso Dr. Ángel Larralde, ubicado en las colinas de Bárbula, dotado de un clima fresco de montaña y un paisaje de extraordinaria belleza. El antiguo sanatorio conformado por 4 bloques principales comunicados por pasillos, paredes de concreto, techos de tejas, con un área de construcción de 18 mil metros cuadrados, fue

sometido a un complicado proceso de acondicionamiento y remodelación durante casi 4 años que represento una erogación de 14 millones 500 mil bolívares por parte de Mindur mas de 10 millones que otorgó el I.V.S.S.

El hospital Carabobo fue concebido como un centro de especialidades con una capacidad de 300 camas discriminadas así: 60 de medicina interna, 80 de cirugía, 92 de pediatría y 68 Gineco-obstetricia. El proyecto original además contemplaba un promedio de 600 consultas diarias. Para atender los diferentes servicios se estimo contratar a un personal de 150 médicos para las diferentes especialidades, 12 anestesiólogos, 4 radiólogos, 2 anatomopatologos, 1 hematólogo, 240 auxiliares de enfermería, 105 enfermeras graduadas y 85auxiliares de historias médicas. Administrativamente el presupuesto mensual se ubicaba en 4 millones de bolívares.

En 1978 se firma un convenio con el I.V.S.S y la Universidad de Carabobo para impartir docencia primero de pregrado (1978) y seis años después (1984) de postgrado.

Con el paso de los años, como institución prestataria de salud, al lado del mejoramiento de los servicios existentes se crearon nuevas unidades: Unidad de máxilo Facial (1980), unidad de diálisis (1982), unidad de investigación en nutrición (1984), unidad de cuidados intensivos (1985), unidad de litiasis y metabolismo mineral (1986),unidad de infecto logia (1986), unidad de oncología médica (1989) unidad de oncología pediátrica (1993), unidad de traumatología ambulatoria (1995),

nueva emergencia (1996), unidad de urología (1998), unidad de urología pediátrica (2007).

### **Aspectos éticos**

El estudio se justifica porque la información es importante para enfermería, el riesgo que corren los participantes: pacientes y enfermeras es mínimo o ninguno y de ser identificado lo contrario, puede ser suspendido.

Como se indico anteriormente, los participantes recibieron información sobre los objetivos del estudio. Su participación será voluntaria y pueden retirarse en el momento deseado.

En el consentimiento informado se garantiza la confidencialidad de la información. En la misma se informa que no tendrán ningún beneficio económico directo, aparte de que compartir sus experiencias en la investigación para mejorar la calidad del cuidado.

Se solicitó autorización a las instancias pertinentes como de la Dirección del Hospital y del Departamento de Enfermería. La autorización obtenida se incorpora como anexo.

### **Criterios de selección.**

Personas hospitalizadas con un mínimo de 5 días de internados.

Enfermeras con cargo, o contratadas fijas en las áreas seleccionadas del hospital.

Que ambos expresen la voluntad de participar en la investigación.

**Técnicas de recolección de la información.**

La muestra fue definida teóricamente, utilizando la técnica de Entrevista a profundidad. Hacer un muestreo teórico significa que está basada en los conceptos que tienen relevancia para la teoría que está emergiendo. Este se lleva a cabo habitualmente en el contexto de una teorización, la relevancia teórica indica que ciertos conceptos son considerados significantes porque ellos están repetidamente presentes. Según Glaser y Strauss (42), el muestreo teórico es un proceso de recolectar datos para generar teoría. El muestreo teórico de cualquier categoría termina cuando se alcanza el principio de saturación. En tal sentido, una categoría se considera saturada, cuando ningún dato nuevo es relevante.

**Procedimiento de recolección de la información.**

Visita formar en búsqueda de personas hospitalizadas en las unidades de atención de medicina, Cirugía y Gineco-obstetricia y enfermeras informantes clave que hayan expresado su voluntad de participar en esta investigación.

El consentimiento informado fue entregado a los informantes para que lo leyeran o leérselo si no es apto, para solicitar su participación en el estudio.

Entrevista a cada uno de las personas hospitalizadas y enfermeras seleccionadas según necesidad de información en el muestreo teórico.

Las entrevistas fueron guiadas por las preguntas orientadoras y grabadas, previa autorización de los entrevistados. Luego estas entrevistas fueron transcritas con

exactitud para facilitar el posterior análisis, buscando similitudes y diferencias, coherencias e incoherencias para así apreciar la importancia de la información. Progresivamente hice lectura y relectura de la información en la búsqueda de temas de significado que me permitieran develar la teoría que estaba emergiendo.

El tiempo de las entrevistas fue de media hora aproximadamente, de forma fluida, en ambiente con clima de tranquilidad, sin interrupciones de modo que las informantes respondieran con confianza. Para conseguir la información deseada se les permitió libremente, sin interrumpir sus repreguntas ni sus ideas, sin ser juzgado por lo que decían.

Observación del investigador a los informantes en el ambiente hospitalario en su rol de paciente y en el rol de enfermera cuidadora.

## CAPITULO IV

### METODOLOGÍA DE ANALISIS, INTERPRETACION Y DISCUSION DE LOS DATOS

La vía metodológica desarrollada hasta aquí, ha sido ardua, ha requerido de un gran esfuerzo intelectual, emocional y físico de mi parte; pero también ha representado un crecimiento importante para mí, tanto personal como investigador, conduciendo el proceso de recolección, análisis e interpretación de los datos.

Para realizar las entrevistas solicité y obtuve la autorización del Departamento de Enfermería del HUAL. La jefa de enfermeras informó a todos los servicios la razón de mi presencia en el hospital, reforzada por una explicación verbal y la carta del consentimiento, entregada y firmada por el informante al momento del primer encuentro y obtenida su aceptación (**Anexo 3**)

Posteriormente, en las siguientes visitas formales a través de la técnica entrevista en profundidad comencé con el muestreo teórico de acuerdo a los conceptos que fueron surgiendo de la codificación preliminar, iniciando con los códigos preliminares de los datos en bruto, luego con los códigos conceptuales, comencé la construcción de categorías. Todas las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de cada informante en una grabadora marca Sony con cassette de 30 minutos de duración. Cada y otros datos como fecha y hora de la entrevista, se les creó un archivo para evitar confusiones. De regreso del

hospital, mi primer trabajo era desgravar la entrevista de la grabadora al computador en el programa word en forma exacta, es decir en las propias palabras del informante y simultáneamente haciendo la comparación constante para producir los primeros análisis de la codificación abierta.

Cada entrevista después de transcrita por la propia investigadora, la reproducía por partida doble: una para el informante y otra para la investigadora como era lo convenido por las partes.

El análisis se desarrolló simultáneamente en un formato elaborado para la codificación abierta de categorías, según los criterios y procedimientos de la Teoría Fundamentada señalados por Strauss/Corbin(43). El formato consta de cuatro columnas: 1) Categoría, 2) Subcategoría, 3) Código. (Anexo 4).

Como hemos dicho, el análisis comenzó abriendo el texto de las primeras entrevistas, **codificación abierta, con el método de comparación constante**, acompañada de memos y libreta de notas de la investigadora, tratando de encontrar conceptos que me permitieran comenzar la categorización. Las categorías surgieron de la información en bruto, después de haber hecho varias lecturas y procesos de depuración a través de la **comparación constante** en base a las similitudes y diferencias. La información fue examinada línea por línea tratando de encontrarle sentido a las oraciones.

### **Reducción de la información:**

La reducción, es el momento en que se comparan las categorías en el sentido de identificar correlaciones y eslabones entre ellas. Para efectuar ese proceso se tomó como base los nuevos datos que llegaron. Se buscó, así, descubrir aquellas categorías que de hecho fueron más significativas, lo que trajo como consecuencia, la inevitable y necesaria reducción de la información.

Las palabras claves expresadas por los informantes fueron codificadas, y comparada con la información recolectada en la entrevista anterior. Productos de la codificación **abierto y axial** en el **análisis comparativo**, surgieron los conceptos; estos fueron analizados, se compararon para observar las similitudes y diferencias y con base a estos dos aspectos, fueron agrupados para construir las categorías, en el proceso de análisis e interpretación surgieron cinco (5) categorías cuyos resultados se organizaron de la siguiente manera para ser presentados:

Categoría 1: EL ARTE DE CUIDAR DESDE LA PERCEPCIÓN DE LA ENFERMERA

De esta categoría surgieron tres (3) subcategorías

#### **El arte de cuidar es conocimiento y la forma de hacer las cosas**

Para las enfermeras entrevistadas, cuando se les pregunto cómo percibestú el arte de cuidar, esto fue lo que respondieron:

*Yo considero que el arte de cuidar es el conocimiento y la forma de hacer las cosas, las*

*técnicas que yo aplique las hice como debe ser, el arte es que uno sienta lo que quiere hacer para que la persona sienta que lo estoy haciendo con amor(liligar)...tú crees que lo importante es dominar la técnica, en cambio, el trato con el enfermo es lo realmente importante, no le dedicamos tiempo, a escuchar, a verlos, algunos pacientes se sienten aliviados con una palmadita((Taló)*

Según la fenomenología, la percepción es una modalidad original de la conciencia, toda percepción se presenta dentro de cierto horizonte y en el mundo.

Para las enfermeras del estudio, la percepción del arte de cuidar es variada y puede considerarse lógico, pues cada persona tiene su visión del mundo. Para alguien del grupo consiste en tener conocimiento, en la forma de hacer las cosas, que sienta lo que quiere hacer, visualiza que la persona esté satisfecha y perciba que lo está cuidando con amor, expresan que las técnicas son necesarias, pero el trato con el enfermo es lo realmente importante, pero no le dedican tiempo a escuchar, a verlo o hablar.

Se dice que el arte presupone tres elementos fundamentales. La técnica, la intuición y la sensibilidad. El arte no está en decir algo, está en hacerlo bien. Al interpretar los relatos de las informantes, encontramos que *liligar* expresa esas tres cualidades, aunque no expresa literalmente la palabra intuición, si expresa la palabra conocimiento y la intuición es un tipo de conocimiento que aparece de súbito en la mente humana. La intuición es la visión o la comprensión directa e inmediata de la realidad, sin elementos que se interpongan.

Pero es que además, el arte siempre ha sido uno de los principales medios de expresión del ser humano, a través del cual manifiesta sus ideas y sentimientos, la forma como se relaciona con el mundo. Hoy día se entiende por artista a alguien que practica las bellas artes. Aún así, el término artista puede tener diversas acepciones, desde el artista como creador, hasta el artista que tiene en la práctica, el arte de su profesión(45). En el caso de este análisis, compartimos con la definición actual de artista, pues desde sus orígenes como profesión, Nightingale calificó la enfermería como “la más bella de las artes” y la enfermera ha creado y ha hecho de su práctica del cuidado, el arte de su profesión, el arte de cuidar. Además, el arte como medio de expresión del ser humano, a través del cual manifiesta sus ideas y sentimientos, la forma como se relaciona con el mundo, también en (liligar) encontramos su percepción de ideas y sentimientos al expresar: *el arte es que uno sienta lo que quiere hacer para que la persona sienta que lo estoy haciendo con amor*, no solamente está expresando su sentir, sino también considerando los sentimientos del paciente: *que sienta que lo estoy cuidando con amor*. Para sustentar lo interpretado, Boff señala: todo comienza con el sentimiento. Es el sentimiento el que nos hace sensibles al otro, nos une a las cosas y nos envuelve con las personas. Ese sentimiento profundo es lo que se llama cuidado(1) y continúa, el dato originario no es el logos, la razón o las estructuras de comprensión, sino el phatos, el sentido, la capacidad de simpatía y empatía, la dedicación, el cuidado y la comunicación con lo diferente.

Dice Souriau, al artista se le supone una disposición especialmente sensible frente al mundo que lo rodea, desarrollando su propio punto de vista, su creatividad, una buena técnica y un medio de comunicación hacia el espectador por medio de sus obras(46). Parfraseando a Souriau, diríamos que en ese referente teórico, la enfermera como artista en el arte de cuidar, posee las cualidades supuestas por el autor, una disposición especialmente sensible frente al paciente y el mundo que la rodea. El cuidado cotidiano le permite desarrollar su propia visión del mundo, su creatividad, el dominio de las técnicas de enfermería y la relación terapéutica como medio de comunicación con el paciente, quien es el espectador de su obra, la forma de cuidarlo.

Por su parte (*Talo*) percibe que en el arte de cuidar la técnica es importante, pero lo más importante es la relación con el enfermo, expresa en pocas palabras: *el trato con el enfermo es lo realmente importante, no le dedicamos tiempo, a escuchar, a verlos, a hablar*. Es obvio que *Talo* se refiere a la relación enfermera/paciente. Percibe que debido al estado de alteración física, o de dependencia, la persona enferma espera del equipo de enfermería, el cuidado que atienda todas sus necesidades. En esa perspectiva, considera la importancia del conocimiento que la enfermera debe tener de la técnica, pero enfatiza que lo realmente importante en el arte de cuidar es el *trato* con el paciente. Al decir de Boff, el cuidado significa desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato. Estamos ante una actitud fundamental donde la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud.

Por su propia naturaleza, el cuidado encierra dos significados básicos ligados entre sí. El primero, la solicitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro. Y, segundo, de preocupación y de inquietud, porque la persona que tiene a su cuidado se siente envuelta y afectivamente ligada al otro(1).

Dentro de eso percibe que hay que dedicarle tiempo, a la escucha, a la mirada y al tacto, para compartir quizás los temores por el cambio de su mundo de los objetos, cambios de rutinas que envuelve la enfermedad. Entre ellos, la separación de la familia, el encontrarse en un ambiente y personas desconocidas, los ruidos del hospital, todas estas son señales de comunicación que la enfermera ha de tener habilidad de interpretar para comprender, porque a veces la hospitalización se vuelve un período estresante. Blumer afirma: en el mundo de los objetos es que los seres humanos desarrollan sus acciones. Para entender las acciones de las personas, es necesario identificar su mundo de los objetos. Los objetos deben ser vistos como creaciones sociales. La vida y la acción de las personas cambian con los cambios de su mundo de objetos(41). De manera que es lógica la percepción de *Talo* al decir que no se le dedica tiempo a la relación interpersonal enfermera/paciente. La relación persona a persona es una interacción de dos o más seres humanos, de modo que ambos puedan compartir sus sentimientos, valores, significados mediante el encuentro comunicacional. La comunicación constituye un fundamento cultural de la persona humana, más que eso, de la propia vida. Es una necesidad básica, sin la cual la existencia de la humanidad sería imposible.

Según Travelbee, la relación enfermera/paciente es una relación persona a persona, con la intención de auxiliar a la persona en la comprensión del dolor y sufrimiento vivido. Vemos en la relación enfermera/paciente las personas en acción, es una relación de satisfacer las necesidades del paciente, donde la enfermera escoge los métodos eficaces de ayuda, envolviendo no solo a la persona enferma, sino todo lo que le rodea (47). Talo en su relato reconoce la falta de dedicación de tiempo al trato con el paciente: *no le dedicamos tiempo, a escuchar, a verlos, a hablar*. El tiempo y el espacio son categorías fundamentales en el acto de cuidar. Más aun, el arte de cuidar supone un tiempo, un tiempo de dedicación, un tiempo de continuidad, una característica del cuidado es que es continuo, no solamente es importante cuidar, sino también cuanto y donde cuidar. El arte de cuidar como cualquier arte requiere tiempo y dedicación. Cuidar de alguien no es un acto instantáneo, es un proceso que se desenvuelve en una cadena de instantes, de encuentros, de miradas (45). El profesional responsable padece la situación de la falta de tiempo para dialogar, pues el sistema no le permite cuidar dialógicamente, más aún su labor profesional se pondera por la rapidez, por su eficacia y cantidad y no por la eficiencia y la calidad. La enfermera se encuentra atrapada entre la masificación de personas enfermas en un mismo espacio, con escasez de personal y la consecuente falta de tiempo, luce contradictorio con lo recomendado por la norma, que a juicio de Balderas (12), los criterios para cuidados parciales (hospitalización sin gravedad, recuperación) son de 3 a 4 enfermeras por cada turno. Actualmente, es sabido de

todos, las carencias tanto de recursos humanos como materiales de los hospitales, lo cual va en detrimento del cuidado de la salud.

### **El cuidado individual basado en las necesidades.**

Cuando se les pregunto a las enfermeras cómo percibes tú el arte de cuidar, esta fue su respuesta:

*Cada paciente es un mundo, yo debo individualizar el cuidado, saber que necesidades tiene uno diferente del otro, brindar cuidados no solo físicos sino emocionales, espirituales y psicológicos, brindarle cuidado que lo ayuden a recuperarse (Juren)...ayudar al paciente en la satisfacción de sus necesidades básicas, alimentación, hidratación, respiración e higiene, escuchar y hablar con el paciente, acompañarlo en el proceso de recuperar su salud, enseñarle para que pueda hacerlo por sí mismo (Talo)*

Juren y Talo expresan su percepción del arte de cuidar con diferencias textuales, pero al analizarlas coinciden en su significado con características comunes, muy congruentes que a la vez pueden conceptualizarse como: cuidado individualizado, basado en las necesidades humanas.

El proceso de cuidar a una persona sana o enferma solo puede ser óptimo si es individual, porque cada persona humana es un ser único e irrepetible. Significa que las entrevistadas están claras en lo que respecta al cuidado individual, se intuye que basadas en esa individualidad, es que perciben el arte de cuidar basado en las

necesidades del paciente, cuando expresan: *saber que necesidades tiene uno diferente del otro*. De hecho, perciben al paciente desde una concepción holística, puesto que consideran el cuidado en su dimensión física, emocional y espiritual. La unicidad del hombre es evidente y se manifiesta en el mundo a través del lenguaje, de la expresión, de su cuerpo y de su rostro. Por todo eso es imposible cuidar en masa o en grupo, porque cada ser humano tiene su propia realidad y cuidarlo en su enfermedad es apostar a su singularidad (45).

La teoría de las necesidades humanas: propone los conceptos de que el cuidado está centrado en satisfacer las necesidades humanas. Entre las autoras de estas teorías se encuentra: Virginia Henderson, Dorotea Orem, Faye Abdellah y Nancy Roper. Estos modelos aplican conceptos de la teoría de la psicología humanística, formulada por Abraham Maslow, quien centra su propuesta en definir las necesidades humanas como unidades de motivación personal, organizadas en jerarquía dispuesta en una pirámide de cinco(5) niveles: Fisiológicas Básicas, Seguridad, Afiliación, Autoestima y Autorrealización.

La enfermera como persona experta en proporcionar cuidado a la población, basa su actividad en cubrir las necesidades del individuo en todas las dimensiones del ser humano. El concepto del ser humano como un todo indivisible ha proporcionado unos conceptos a las enfermeras para dirigir su práctica al cuidado integral individualizado. El cuidado desde la percepción individual presupone gran conocimiento personal, de su circunstancia, biológica y biográfica. Mayeroff.

Afirma: Para cuidar de otro, es preciso conocer principalmente quien es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles son sus necesidades y lo que conduce a su crecimiento, preciso saber cómo responder a sus necesidades y cuáles son mis propios poderes y limitaciones(36). Ese conocimiento tiene que ser general y específico.

El discurso de las enfermeras entrevistadas, además de estar relacionado con la tesis de Mayeroffk, revela también la característica fundamental de los modelos que pertenecen a la escuela de las necesidades, que definen la acción de la enfermera como la persona que ayuda en la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o de sus capacidades para el auto cuidado.

En la asistencia centrada en la satisfacción de las necesidades humanas, la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior.

La alimentación, la eliminación y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferior, mientras que la actividad/ inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de orden inferior. La realización de la persona y las relaciones interpersonales son necesidades psicosociales de orden superior. La autorrealización es una necesidad intra e interpersonal de orden superior. De allí que las informantes le dan prioridad y orden a las necesidades básicas.

Se interpreta en este discurso, que no solo se corresponde con la teoría de las necesidades de Maslow, sino que a su vez cabe perfectamente dentro de la jerarquía de las necesidades humanas, ubicándolas en el nivel inferior de la pirámide. Maslow, quien es uno de los principales representantes de la escuela de psicología humanística, defiende en su teoría que los seres humanos están en continuo crecimiento y desarrollo desde su concepción hasta la muerte. Las necesidades motivan la conducta del individuo, la persona tiene que satisfacer sus necesidades fisiológicas y de seguridad (nivel inferior) para pasar a satisfacer otras más elevadas (nivel superior) como el amor, la autoestima, para llegar al final de la pirámide donde se sitúa la necesidad de autorrealización(48). Una de las teóricas de enfermería que trabaja el modelo de la escuela de las necesidades es Virginia Henderson, quien define a la enfermería en términos funcionales: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible" (4).

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica catorce(14) necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Juren percibe el arte de cuidar con una visión integral, lo cual pone de manifiesto en su verbo de manera muy expresa: *brindar cuidados no solo físicos sino emocionales, espirituales y psicológicos*. Aquí volvemos a encontrar su coincidencia con la visión holística del paciente. Cada vez somos más conscientes de que el conocimiento de la salud no se reduce a algo puramente biológico, sino que afecta a toda la persona. Por eso todas las intervenciones en salud han de tener también una perspectiva holística, global e integral.

Para Virginia Henderson, la persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad(4). Cuidar en sentido holístico significa entonces considerar a las personas en todas sus dimensiones, es decir en la dimensión física, intelectual, social, emocional, espiritual y religiosa. En enfermería podemos decir que humanizar la salud es generar salud holística, en efecto, es uno de los indicadores del cuidado humanizado, es la consideración de la persona ayudada en sentido holístico, en toda su corporeidad.

La naturaleza intangible y variable de la espiritualidad, variedad de formas en que se experimenta entre diferentes personas y en distintos momentos, las múltiples formas que tiene a través del cuerpo, del pensamiento, de los sentimientos, los juicios y la creatividad, y su relación con los aspectos no materiales de la vida, explican en parte esta percepción.

La espiritualidad agrupa las ideas filosóficas del sentido de la vida y su propósito, y tiene el poder de dar forma y significado al ser, del saber y del hacer que se puede reconocer como un impulso unificador para el bienestar humano que motiva para escoger las relaciones y búsquedas necesarias. De allí que Talo percibe en su visión de salud holística, la espiritualidad como una necesidad del paciente hospitalizado que debe ayudarlo a satisfacer, estableciendo una relación de encuentro enfermera-persona cuidada con presencia auténtica. Para admitir que un profesional cuida y valora a una persona se debe partir de que el mismo sea formado y valorado como persona y este en capacidad de asumir el reto de la totalidad.

El cuidado espiritual según Remen, sugiere que la curación no es una cuestión de mecanismos como los tratamientos y las medicaciones, sino más bien un trabajo del espíritu. Parece que en factor de curación existe un espíritu intrínseco del individuo. La salud espiritual se alcanza cuando una persona encuentra el equilibrio entre sus propios valores vitales, sus objetivos y sus creencias y los de los demás (49). Establecer una relación de cuidado con un cliente implica una interconexión entre la enfermera y el paciente. Esta es la razón por la que Watson describe la relación de cuidado en un encuentro espiritual. La espiritualidad ofrece un sentimiento de colectividad tanto intrapersonal como personal y transpersonal, conectado con lo invisible, Dios o poder superior.

En otra expresión de Talo se observa que verbaliza su percepción del arte de cuidar así: *escuchar y hablar con el paciente, acompañarlo en el proceso de recuperar su*

*salud, enseñarle para que pueda hacerlo por sí mismo.* En lo expresado por la entrevistada se interpreta que ella anuncia *tres* características muy importantes en la actitud de cuidar: escuchar y hablar con el paciente, denota que ella entiende que cuidado empieza por la relación enfermera/paciente, lo cual es fundamental porque en ella se expresan sentimientos, emociones y la sensibilidad por el arte de cuidar. Segundo, se percibe que la actitud de la enfermera en el cuidado debe ser también de acompañamiento para no dejarlo solo en el dolor y tercero enseñarlo para el auto cuidado, a manera de evitar la dependencia, vale decir, acompañarlo en su recuperación con una visión de su futura reinserción a la familia. Una meta común del cuidado de enfermería relacionada con el mantenimiento o la restauración de la salud es ayudar a los pacientes a lograr un estado en donde ellos sean independientes. De allí, que gran parte de la práctica actual refleja una actitud de valor unida a la meta de independencia, e indica acciones de enfermería para ayudar a los pacientes a asumir su responsabilidad tan pronto como sea posible. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana e independiente. Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básicos de enfermería(4). Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Se concluye que la característica fundamental de los modelos de cuidado que pertenecen a la escuela de las necesidades es que definen la acción de la enfermera como ayuda en la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o del uso de sus capacidades para el auto cuidado.

### **El arte de cuidar desde la empatía**

Cuando se les pregunto a las enfermeras cómo percibes tú el arte de cuidar, esta fue su respuesta:

*Para mí el arte de cuidar es proporcionar apoyo a una persona de manera empática, significa ponerse en el lugar de la otra persona, no hacerlo que no quisiera que me hagan a mí, hay personas que tienen lesiones físicas y esas lesiones les causa un daño psicosocial o espiritual y para que puedan aprender a vivir con esa limitación hay que brindarle apoyo, también tener la técnica, preparación académica, que influye en la calidad del cuidado (Lugon) preocuparse por el bienestar del paciente crea un vínculo de confianza, preguntarle donde es el dolor, lo tocamos, hay contacto, lo vemos, el nos ve, se crea una empatía, eso es arte de cuidar (Marsa)*

Para disertar sobre esta subcategoría del cuidado veamos algunos relatos: *para mí el arte de cuidar es proporcionar apoyo a una persona de manera empática.* La empatía es la habilidad de las personas para comprender los sentimientos y emociones de otras personas, supone saber ponerse en el lugar del otro para entender su punto de vista, en nuestro caso el significado del arte de cuidar a una persona en situación de enfermo, para lo cual la enfermera debe ser humanamente sensible.

De lo anterior se extrae, que la enfermera comprende la situación humana por la cual está pasando el enfermo, significa que ella lo percibe como una persona igual a ella, con los mismos derechos y deberes, tal como lo expresa: *no hacerlo que no quisiera que me hagana mí*, en ese sentido, la enfermera cuando entra en la relación terapéutica con el paciente debe tratar de conocer el contexto del malestar del paciente, eso le ayudará a escoger e individualizar las intervenciones de enfermería que realmente puedan ayudar al enfermo. De allí que ellas perciben el arte de cuidar como empatía y la define como ponerse en el lugar de los demás. La persona que se coloca en lugar de los demás, supone decir que respetara la libertad y la toma decisiones del otro, porque una cosa es sentir empatía y otra muy diferente es querer dominar al otro.

El diccionario de filosofía de Ferrater Mora (50), dice que la empatía es conocida como “endopatía” y la define como una “vivencia por la cual quien la experimenta se introduce en una situación ajena objetiva o subjetiva, real o imaginaria, de tal suerte que aparece como dentro de ella”. Ferrater Mora cita varios autores para explicar que la endopatía si bien es la introducción en el otro, de ninguna manera ese estar dentro anula la distancia. La introducción no significa una disolución del acto propio en la situación ajena, como si ocurre con el recién nacido en su relación con la madre, quien se siente fusionado con ella como si ambos fueran una sola persona.

En enfermería para que se produzcan cambios eficaces en cualquier relación de ayuda, es preciso observar el principio de empatía. Con el fin de ser útil, la enfermera

debe demostrar la capacidad de participar en los sentimientos o ideas del paciente, sintiendo, compartiendo y aceptando al otro. Según el Diccionario Médico biológico University definen la empatía como “proyección imaginativa de un estado subjetivo a un objeto, de tal forma que este parezca lleno de él” y también como el grado de sintonía afectiva con las demás personas y su ambiente circundante (40). Si la enfermera posee empatía, como en el caso que expresan las informantes, demuestra estar consciente del carácter único e individualidad de la persona cuidada; está dispuesta a compartir los sentimientos de ésta, se interesa en ella como un ser igual a sí misma. Si el paciente percibe que la enfermera se interesa por él y por lo que siente, la relación generará confianza y una comunicación abierta.

Para que la enfermera desarrolle empatía, según Hammond, se necesitan dos cosas: conciencia y aceptación de ella misma como persona que siente y está abierta a sus propias experiencias, y capacidad de escuchar todos los mensajes transmitidos por el paciente, identificar los sentimientos relacionados con cada uno y responder a la sensibilidad de él(40).

Para Rogers.M. en un contexto de relación de ayuda implica penetrar los sentimientos y significados personales del otro, y solo así alcanza el objetivo de la comprensión empática, ponerse en el lugar del paciente, suceden en un contexto de relación de ayuda, y esta es la condición en la relación enfermera-paciente, penetrar los sentimientos y significados personales del otro, tiene como objetivo la

comprensión empática(51), la relación interpersonal, como manifestación de apertura a experiencias humanas, se caracteriza por la escucha empática.

Actualmente la psicología emplea la palabra empatía se en tres sentidos: *conocer* los sentimientos de otra persona, *sentir* lo que está sintiendo y *corresponder* compasivamente ante los problemas que la aquejan. Cuando escuchamos y vemos las vivencias y sentimientos del paciente, estamos ante una enfermera que se relaciona desde el entenderse, pero al imaginarse lo que siente, lo expresa así: *preguntarle donde es el dolor, lo tocamos, hay contacto, lo vemos, el nos ve*, significa que mueva su yo al otro y con ello se coloca en su dolor, en su enfermedad, en su vida.

Si analizamos el discurso de Lugony Marsa, muestra que hay entendimiento en la relación, la relación desde el entenderse, en la teoría de Gervae representa el primer nivel de relación ínter subjetiva de carácter constructivo, en donde se establece un acercamiento sincero entre dos o más personas que están dispuestas a compartir ideas, ideales, criterios y formas de vida(52). Es así, que cuando la enfermera entiende al paciente, éste tiene nombre definido y significativo, tiene un rostro definido. *Lo tocamos, hay contacto, lo vemos, el nos ve*. En otras palabras, en esta relación el otro se siente importante para los demás, se siente respetado, con derechos y deberes; de igual modo, el yo reconoce la presencia del otro como una persona significativa, que conoce, con quien comparte, a quien desea lo mejor. La empatía, hace referencia a todas aquellas actitudes y acciones positivas que surgen en la interacción de cuidado

tales como escuchar, comprender lo que el otro siente y ponerse en su lugar (transpersonalizar), estableciéndose una relación cálida, agradable y cercana. En el enfermero genera la facilidad y disponibilidad para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse amablemente y establecer una relación empática. Para Watson(27), la empatía es la capacidad de experimentar, y por lo tanto, de comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión. El afecto no posesivo se demuestra hablando en un tono de voz moderado y adoptando una postura abierta y relajada, y unas expresiones faciales coherentes con otras comunicaciones, tal como lo expresa la entrevistada.

En otro aparte de la narrativa, Lugón se refiere al daño espiritual causado por las lesiones físicas del paciente que requiere del apoyo por parte de la enfermera.

La espiritualidad es intrínseca a la naturaleza humana y es el recurso más profundo y potente de sanación que tiene la persona. Cada ser humano es capaz de desarrollar en forma gradual su espiritualidad. Florence Nightingale(2), decía para que los profesionales de Enfermería puedan brindar un buen cuidado espiritual, debe apoyar al cliente según identifiquen y exploren lo que es significativo en sus vidas y según ellos busquen formas de ajustarse al dolor y sufrimiento de las enfermedades. Por su parte Remen, refiere que la curación no es una cuestión de mecanismo, como los tratamientos o las medicaciones, sino más bien un trabajo del espíritu, parece que en el factor de curación existe un espíritu intrínseco del individuo. La salud espiritual se alcanza cuando una persona encuentra el equilibrio entre sus propios valores vitales,

sus objetivos, su sistema de creencias y las de los demás. Las creencias y las expectativas de un individuo pueden tener y tienen efectos sobre el bienestar físico de una persona. Esta es la razón por la que Watson describe la relación de cuidados en un sentido espiritual. Dice la autora, la espiritualidad ofrece un sentimiento de colectividad tanto intrapersonal o sea, conectado con uno mismo, como interpersonal, conectado con los demás y el entorno y transpersonal, conectado con lo invisible, Dios o un poder superior (27). Cuando se establece una relación de cuidados el cliente y la enfermera llegan a conocerse entre sí, de manera que ambos avanzan hacia una relación de curación mediante la movilización de esperanza del cliente y de la enfermera, comprensión del malestar, síntomas o emociones aceptables para el cliente y lo ayuda para que utilice recursos sociales, emocionales y espirituales.

Por ello, la relación terapéutica que se establece entre paciente- enfermera se constituye en esa situación particular, única e irrepetible, en donde se pueden identificar las diferentes manifestaciones de espiritualidad que idealmente conforman el referente de intervención para lograr la adaptación. Teóricas en enfermería como Watson , Neuman, y Roy han contribuido a la conceptualización de la espiritualidad con los conceptos como: el autoconocimiento, la fortaleza, capacidad de trascendencia, armonía entre cuerpo, mente y espíritu, potencial humano, trascendencia del límite físico a la dimensión espiritual; de esta forma se potencia el sentido de la interacción entre la enfermera y el paciente con el fin de encontrarle sentido a la existencia y a las diferentes situaciones particulares vividas en forma

adversa. Ver el porqué y el para que de una situación particular relacionada con el cuidado de la salud humana, de tal forma que puede trascender hacia el bienestar a través del cuidado espiritual. El profesional de enfermería a partir de la concepción holística, única y trascendente del ser, puede identificar a través de la espiritualidad su esencia como estrategia para crecer en el cuidado a través del desarrollo de relaciones terapéuticas armoniosas, que permitan a la persona cuidada y a la enfermera, reconocerse en el cuidado como protagonistas activos en lograr la adaptación.

El cuidado espiritual puede suponer que la enfermera demuestre interés, que facilite el recibimiento de ayuda, estableciendo de este modo relaciones significativas con el paciente. El cuidado espiritual está representado por la búsqueda del equilibrio entre cuerpo, mente y alma, a través de una relación terapéutica cálida, oportuna e incondicional por parte del profesional de enfermería. Este profesional posee recursos propios que le permiten identificar las necesidades espirituales de las personas cuidadas, afianzadas en el recurso de la relación terapéutica, a través de la comunicación verbal y no verbal, el contacto visual, físico y la escucha.

Como conclusión de esta subcategoría, consideramos que los aspectos más importantes para el éxito del cuidado desde la empatía, es crear una relación enfermera-paciente desde el entenderse (52). Establecer las buenas relaciones humanas es imprescindible para mejorar la comunicación con los demás, habilidad que debemos cultivar y tener presente en nuestras relaciones cotidianas con los

pacientes para conocer su experiencia vivida durante la enfermedad, porque para el desarrollo de la empatía se requiere vivir y conocer cualquier situación humana, ya sea propia o de otros, la cual constituye la experiencia de situaciones similares. En el caso de la relación enfermera-paciente, se requiere la experiencia del proceso de enfermedad y de sus consecuencias personales. Una enfermera empática ha de ser capaz de entender humanamente, no sólo los pensamientos y sentimientos que el paciente está expresando, reconociendo su significado, sino también comprendiendo los impactos emocionales y conductuales que tienen en su vida personal.

## CATEGORÍA 2: CUALIDADES DEL ARTE DE CUIDAR, SEGÚN PERCEPCIÓN DE LA ENFERMERA.

De esta categoría se derivaron cuatro (4) subcategorías.

### **Cualidades del desempeño empírico en el arte de cuidar**

Cuando se les preguntó a las enfermeras que cualidades percibes tú en el arte de cuidar, respondieron de esta manera:

*aquellos conocimientos, las técnicas que yo aplique las hice como debe ser, lo debo hacer con conocimiento científico, nosotras tenemos que hacer las cosas bien hechas, que se vea que es un enfermero que está haciendo el procedimiento (Liligar)...para mí la calidad del cuidado es utilizar bien las técnicas en el sentido de satisfacción del paciente, aquí en el departamento estamos en continua preparación y actualización del personal (Lugon)...lo primero es tener conocimiento, identificarme con cada acto que realizo como*

*enfermera, individualizar al paciente, ayudarle a realizar las necesidades que él no puede hacer, necesidades fisiológicas, culturales, cuando uno está con el paciente tiene que averiguar todo: religión, cultura, costumbres, usos, responder a la confianza que han depositado en uno por los conocimientos que tiene, acompañarlo (Taló)...hay que, mejorar nuestro conocimiento, actualizarnos para saber que si a un paciente se le administra un analgésico, valoramos primero el dolor, en esa valoración él observa que estamos preocupados por su bienestar, entonces se crea un vínculo de confianza (Juren)*

Para las enfermeras del estudio, las cualidades que encierra el arte de cuidar consisten en tener preparación académica y técnica que garantice la calidad del cuidado de enfermería para satisfacción del paciente, incluye identificarse e individualizar al paciente, conocer su cultura, sus costumbres, usos, religión, necesidades de comunicación, ser responsable en el trabajo, ayudarle en las necesidades que él no puede realizar, mostrarle preocupación para que adquiera confianza en la enfermera. De estos datos en bruto, se logró conceptualizar la Subcategoría, como cualidades del desempeño empírico.

En este discurso se interpreta que las enfermeras se refieren a las cualidades cognoscitivas que deben poseer para abordar los procedimientos técnicos del cuidado, es decir, se refieren al patrón de conocimiento empírico, o sea, los conocimientos de la ciencia de enfermería que ellas poseen y que a la vez lo definen como el deber ser, significa, hacerlo con conocimiento científico, tal como lo expresan: *aquellas técnicas que yo aplique, lo debo hacer con conocimiento científico, nosotras tenemos que hacer las cosas bien hechas, que se vea que es un enfermero que está haciendo el*

*procedimiento*. Se interpreta que la enfermera enfatiza en la preparación que ha recibido y en su experiencia, y por lo tanto sus acciones deben mostrar sus habilidades cognoscitivas. Muchas enfermeras en la actualidad, ante la nueva y sofisticada tecnología, creen que necesitan más preparación para adquirir los conocimientos prácticos y teóricos necesarios para adquirir habilidades en el uso de nuevas técnicas.

Según Berthold(53), el proceso de conocer se logra a través de la observación, la percepción y la experiencia. Se puede entonces pensar que el conocer es un proceso y el conocimiento es el producto derivado del proceso. Schultz y Meleis, plantean que en una disciplina profesional como enfermería, conocer también se entiende como trabajar en la solución de problemas que son importantes para el bienestar del paciente. Conocer es también tener sabiduría para priorizar hechos y determinar lo trivial, es saber diferencial aquello de importancia inmediata y mediata para la investigación.

De estas dos aseveraciones se puede interpretar que lo expresado por las enfermeras se acuña en ambos planteamientos, pues ellas manifiestan que hay que estar en constante actualización; y es de suponer que un profesional de la enfermería, no solo ha pasado por el proceso referido por Berthold desde el inicio de la carrera, sino que sigue en educación continua. Además, se evidencia que coincide con lo expuesto por Schultz y Meleis, en virtud de que la enfermera trabaja con sus acciones del cuidado en la solución de problemas importantes para el bienestar del paciente, tiene la

experiencia por sus años de servicio para observar y sabe dar prioridad a las situaciones que se presentan en la cotidianidad del cuidado.

Carper, identifico cuatro patrones de conocimiento derivados del análisis y de estructura del conocimiento de enfermería. Los cuatro patrones se distinguen de acuerdo con el tipo lógico de su significado y se han designado como: empírico, la ciencia de enfermería, estético, el arte de enfermería, conocimiento personal y ético, el conocimiento moral de enfermería (4).

El patrón de conocimientos científicos abarca los hechos y la información necesarios para desempeñar tareas técnicas, es decir, los principios de destreza, los pasos técnicos y los conocimientos sobre el equipo. Ahora bien, como la enfermería se desenvuelve en el contexto de una relación recíproca entre la enfermera y el paciente, los conocimientos sobre la comunicación y las relaciones interpersonales forman parte de los conocimientos científicos. La enfermera debe conocer la naturaleza de una relación de ayuda y la manera de utilizar las técnicas verbales y no verbales para comunicarse con el paciente, con la familia y con los miembros del equipo de salud (4). El conocimiento científico también abarca el conocimiento de las diferentes formas en que los factores socioculturales y del desarrollo afectan la conducta del paciente, por ejemplo debe saber cómo pueden influir en un paciente las ideas religiosas y culturales a la hora de cooperar en un plan terapéutico.

De allí que para el profesional de enfermería, la cultura es un concepto muy significativo, y por esa razón, ella lo asume como un valor. Para la enfermera el conocimiento de la cultura es muy importante para dar cuidado y educar en materia de salud a cualquier persona, porque en la cultura es donde se cultiva el modo de vida de la gente, por lo cual enfermería basada en el conocimiento de la cultura fundamenta el cuidado individual, referido al respeto de los hábitos, costumbres y creencias de la persona cuidada. Vale decir, respeto a sus patrones culturales y a su dignidad humana. De manera que la enfermera le otorga un significado muy especial al modelo de respuesta que la persona cuidada le da cuando esta le oferta sus acciones. Esto corrobora lo que ellas han relatado: *cuando uno está con el paciente tiene que averiguar todo: religión, cultura, costumbres, usos, de compañía, de comunicación son necesidades a cubrir*. Refuerza además, lo que han dicho tácitamente con relación al respeto a la individualidad del cuidado. Digo tácitamente porque cuando ella expresa: *cuando uno está con el paciente tiene que averiguar todo*, significa que se está refiriendo al respeto de los patrones culturales que encierra hábitos y costumbres. En este sentido, el significado que la enfermera tiene de la cultura es la expresión dada por cada persona que en un momento dado le corresponde atender y la interpretación que la enfermera hace del comportamiento del paciente, en otras palabras, aceptar a la persona tal como es. Significa que la enfermera concibe el cuidado como una necesidad esencial para la salud y para la supervivencia del ser humano, en tanto que sus acciones basadas en los patrones culturales las orienta en la ayuda que ella puede dar a la persona cuidada o grupo de

personas para mejorar su condición humana. Al respecto Leininger (4), define la enfermería como una “ciencia y arte humanístico aprendido que se encuentra en las conductas de cuidados, funciones y procesos personalizados, dirigidos a promover y mantener las conductas de salud o recuperarse de enfermedad. Las conductas tienen significado físico, psicocultural y social o tienen significado para los que son atendidos generalmente por una enfermera profesional o por una enfermera con similares competencias de rol”

Se dice que es artista aquel que hace de la práctica un arte de su profesión, cuando la enfermera se preocupa por el deber ser, significa que cualquier error al hacer el cuidado la inquieta quizás por eso dice: *saber porque estamos haciendo determinado cuidado*. Se entiende que ella es consciente que sus acciones deben tener un sentido y significado, deben ser precisas y asertivas, basadas en su experiencia y en los principios científicos que ella conoce para conseguir el efecto deseado y para que el paciente logre recuperar su salud lo más pronto posible.

Para Martha Rogers(51), la enfermería es una ciencia con un conjunto organizado de conocimientos abstractos a la que se ha llegado por la investigación científica y el análisis lógico, es un arte en el uso imaginativo y creativo del conjunto de conocimientos al servicio del ser humano.

Sabemos que todos los seres humanos son diferentes en parámetros como peso, color, lenguaje, así como en la forma de pensar, en su historia, la actitud ante su

enfermedad, ante los problemas y ante la toma de decisiones sobre los mismos. Sin embargo, por tener en común la condición humana, todos tenemos los mismos derechos fundamentales. El primero de esos derechos protege la vida y la integridad física. Es así como el cuidado se convierte en un requisito, en una condición para conservar la vida y el profesional de enfermería es la disciplina que tiene en sus manos gran parte de esa responsabilidad.

### **Cualidades del desempeño ético de la enfermera**

Cuando se les preguntó a las enfermeras que cualidades éticas percibes tú en el arte de cuidar, esta fue la respuesta:

*Es la parte de cumplir los procedimientos, a la vez hablar, mirar, acercarse al paciente, es darle confort y tranquilidad, el respeto que me permita a mí ser yo y dejar ser a los demás, como parte del autoestima (Juren)...respeto al paciente, a su condición de enfermo, mira esta persona vamos a tratar de ubicarla, vamos a respetar su pudor, no me pases caballeros, esta señora está en trabajo de parto y la están examinando (Lugon)...una de las cualidades es el comportamiento, el respeto, tener compromiso, yo con mis habilidades, mis destrezas, tengo que tener responsabilidad, estar comprometida, no es decirlo, sino expresarlo a través de mis acciones, mi comportamiento moral o sea como aplico yo los valores en el área de trabajo, los principios éticos, como el principio de beneficencia o no maleficencia, no hacerle daño a la gente. (liligar)*

Las entrevistadas, al referirse a las cualidades éticas en el desempeño del arte de cuidar, la perciben como el respeto al paciente como persona, dejar ser a la enfermera

y al paciente tal como son, el respeto a su condición de enfermo, a su intimidad, al pudor. Consiste además, en que el paciente sienta que cuenta con el acercamiento de la enfermera, mirarlo, hablarle, tener compromiso y responsabilidad con sus acciones, comportamiento moral en el trabajo, aplicación de los valores y principios éticos, entre ellos el principio de beneficencia.

La palabra ética proviene del griego y tiene dos significados. El primero procede del término *ethos*, que quiere decir hábito o costumbre. Posteriormente se originó a partir de este la expresión *ethos*, que significa modo de ser o carácter. Aristóteles considera que ambos vocablos son inseparables, pues a partir de los hábitos y costumbres es que se desarrolla en el hombre un modo de ser o personalidad. Más tarde se tradujo del latín este concepto bajo la expresión *mos*, *moris* de donde surge la palabra moral que equivale únicamente a hábito o costumbre (54).

También las costumbres sociales se definen como aquellos comportamientos que la sociedad promueve como aceptables, los cuales están ubicados en el espacio y el tiempo; sin embargo, la ética trasciende el curso del tiempo.

La ética como tal es una sola, sin embargo en el terreno donde se concretan sus principios es en el plano personal, individual, familiar y social. A nivel social, la ética puede subdividirse entre otras ramas, por ejemplo, ética internacional, ética económica y ética profesional. En el caso de la ética profesional puede hablarse de

laética para las ciencias de la salud. Valdría la pena aclarar la etimología y el significado de la palabra profesión.

La palabra profesión deriva del latín, con la proposición *pro*, delante de, en público. Y con el verbo *fatear*, que significa manifestar, declarar, proclamar. De estos dos vocablos surge el sustantivo profesión, que remite a la persona que se dedica a cultivar un arte o que realiza el acto de saber expresarse ante los demás. Con base a ello, puede decirse que la profesión es beneficiosa para quien la ejerce, pero, al mismo tiempo está dirigida a otros que igualmente se verán beneficiados. En ese sentido, la profesión tiene como finalidad el bien común o el interés público. Nadie es profesional en primera instancia para sí mismo, pues toda profesión tiene una dimensión social, de servicio a la comunidad que se antepone a la dimensión personal (54). El individuo es interdependiente de su sociedad y por eso la realización de todas sus capacidades solo es posible en una sociedad capaz de propiciarlas.

Aclarado estos dos conceptos, procedamos al análisis de interés en este trabajo, en esta Subcategoría, las enfermeras, perciben que el componente ético de cuidar, aparte de cumplir los procedimientos técnicos del cuidado, también es el acercamiento, mirar, hablar con el paciente para tranquilizarlo, además es el trato respetuoso que le permita a ambos ser como son, lo que a la interpretación puede entenderse como *aceptarse sí mismo tal como es*, pero a la vez ese conocimiento de sí mismo le permite *aceptar a la persona que cuida, tal como es*. Como se puede ver en este discurso, parte del respeto que exige la comprensión del otro. Ponerse en su lugar, implica tratar de

comprender su posición. En el caso de la relación enfermera-paciente, no basta solamente con cumplirle el tratamiento, implica escucharlo con atención, sin el ánimo de cuestionar sus ideas, sino más bien abierto, inclusive aceptar la posibilidad de replantear las nuestras. De allí nace el respeto mutuo, el cual protege la dignidad de las personas, proporcionando seguridad y confianza. El respeto es espontáneo, surge de la costumbre que origina un modo propio de comportarse, nos lleva a aceptar nuestras diferencias personales.

Según Carper, la ética se refiere al componente moral del conocimiento de enfermería e influye en las decisiones que deben tomarse en el contexto de creciente dificultad del cuidado de la salud. Este componente ha despertado gran interés tanto en los docentes como en el personal de los servicios de enfermería ya que sugiere problemas con lo moralmente correcto o incorrecto en conexión con el cuidado, el tratamiento de las enfermedades y la promoción de la salud (53).

Más adelante, las enfermeras expresan: *yo con mis habilidades, mis destrezas, tengo que tener responsabilidad, estar comprometida, no es decirlo, sino expresarlo con mis acciones*, se intuye en este trozo textual que se refiere a su comportamiento ético durante el cuidado, en el entendido de responder por sus acciones, responder al llamado de los valores que deben ser asumidos, en el caso específico el valor del cuidado del enfermo en recuperar la salud para conservar el valor de la vida. La responsabilidad implica compromiso, participación activa en la asunción de valores, los valores incentivan la libertad creativa del hombre porque lo atraen hacia múltiples

formas de encuentro. Es así como la enfermera guiada por sus valores profesionales y personales está capacitada y es responsable del cuidado de la persona sana o enferma en los diferentes grupos atareos y contextos.

Responsabilidad es la cualidad que nos hace responder por nuestras acciones. Es importante en todos los aspectos de nuestra vida. La responsabilidad nos lleva a hacer lo que se espera de nosotros, muestra cuidado, dedicación, amor y hasta compasión.

Hans Jonas, considera que: “no basta el respeto a la ley moral si éste no viene acompañado del sentimiento por la responsabilidad que vincula este sujeto a este objeto y nos hará actuar por su causa”. En efecto la responsabilidad está en el poder que yo tengo de causar un daño, o un beneficio de todo aquello que se halla en el campo de mi acción. La responsabilidad significa que yo puedo responder por mis acciones y solamente se entiende en el sentido de interpretar la libertad como poder respetar o no respetar aquello que es valioso(55). Aquí vale la pena traer un trozo de lo expresado por la enfermera Liligar: *tengo que tener responsabilidad, estar comprometida, no es decirlo, sino expresarlo a través de mis acciones, mi comportamiento moral o sea como aplico yo los valores en el área de trabajo.* Se interpreta que la enfermera actúa guiada por los valores asumidos. Es decir, ella hace una valoración con respecto del estado de salud o enfermedad del paciente para realizar sus acciones con responsabilidad, con honestidad y compromiso. En el

cuidado de enfermería no caven los antivalores. Por ejemplo, la irresponsabilidad de no cumplir un tratamiento y no comunicar la causa por la cual no lo hizo, es una falta ética inaceptable, es una falta de respeto a la dignidad humana. Por ello es importante sentir amor a los valores que se han asumido y de los que se es responsable.

Sin embargo, afirma Jonas: quea esa especie de responsabilidad y de sentimiento de responsabilidad, y no a la formal y vacía de todo agente por su acto, es a la que nos referimos cuando hablamos de la ética, hoy tan necesaria y orientada al futuro. Si mi sentido de responsabilidad se fundamenta más en el cumplimiento del deber por temor al castigo, entonces no sería un verdadero compromiso(55).

El verdadero compromiso es siempre moral y por lo tanto voluntario porque está en función de mi aprecio y respeto de aquello de lo que soy responsable. Por ello la irresponsabilidad emana de la poca conciencia de aquello de lo que se es responsable por no considerarlo verdaderamente valioso. Lo contrario de la responsabilidad es la irresponsabilidad: yo no respondo por lo que hago porque no lo considero valioso.

Para Carper, la ética se refiere al componente moral del conocimiento en enfermería e influye en las decisiones que deben tomarse en el contexto del cuidado y de la salud. Se enfoca en aquellas materias de obligatoriedad o relacionadas con lo que debe hacerse. El conocimiento de la moralidad va mucho más allá del simple conocimiento de normas o códigos de ética y disciplinarios. Incluye todas las acciones voluntarias que están sujetas al juicio de corrección o incorrección, del bien o del mal,

incluyendo juicios de valor moral referentes a motivos, intenciones y rasgos de carácter(53).

En esa misma visión de lo que debe hacerse de la acción ética, para Graham. R, el ser humano, ya sea que realice un acto moral, inmoral o amoral siempre van a estar presentes cuatro elementos que conformarán el hecho ético; la razón, la libertad, el deber y la voluntad. La razón por cuanto el ser humano es un ser racional, provisto de inteligencia, con la capacidad de hacer juicios de valor sobre lo que capta del mundo que le rodea. La libertad en el sentido de que es capaz de elegir lo que realiza, en el entendido que el quehacer humano es libre dentro de ciertas condiciones legales, éticas y culturales. El deber por cuanto el ser humano adquiere obligaciones, responsabilidades, compromisos en el momento oportuno. La voluntad en tanto que mueve al ser humano a hacer o no una cosa (56). Estos cuatro elementos van a estar interrelacionados entre sí, ya que la inteligencia marcha junto a la voluntad, actuamos con libertad a través del deber, logrando ordenar las relaciones del ser humano entre sí y el conjunto de normas que la sociedad debe utilizar para alcanzar sus fines.

Los principios y los valores que componen la ética del cuidado lo comparten algunos autores estudiosos del cuidado, lo cual sustenta lo expresado por las enfermeras del estudio, tales como el compromiso, responsabilidad, esperanza y confianza, lo que nos permite afirmar que el cuidado es por sí solo ético. En enfermería el cuidado es una acción que engloba comportamientos y actitudes que se expresan en los principios

arriba citados. Equivale a entender el cuidado como la ética de enfermería, o mejor dicho, la dimensión práctica de la ética (45).

Sin embargo, es importante resaltar que la ética es relativa. Debido a que cada ser humano puede actuar, prescribir y establecer sus propias reglas morales. Igualmente esto se aplica a cada sociedad y a los países donde cada uno tiene un propio código moral de acuerdo con la realidad en que se desenvuelve.

En ese sentido, la ética en enfermería pretende la adecuación de esos principios éticos que se establecen en la sociedad y en el ámbito de los profesionales del área de la salud, debido a que están ampliamente ligados a las características de la profesión.

La ética aplicada a enfermería viene a promover una visión clara de la realidad humana, que logre calzar con los anhelos del ser humano; no es un método que le dice a la persona como vivir mejor, ni que mira solo sus necesidades físicas, sino que toma en cuenta todas aquellas circunstancias en las cuales se desenvuelve la persona, incluyendo sus necesidades vitales, espirituales y anímicas(55). Lo anterior, es precisamente lo que persigue la nueva ética en enfermería, al rechazar todo lo que tiene que ver con el paternalismo y aprovechar la esencia de hacer el bien sin causar daño y basándose principalmente en la autonomía de cada individuo.

Las enfermeras de esta investigación mencionan el *respeto* como una cualidad, del comportamiento ético de la enfermera, consideran que el respeto a la dignidad

humana, se refieren al respeto a guardar el pudor del paciente, sin embargo el discurso se puede interpretar como aceptar a la persona tal como es, *el respeto que me permita a mí ser yo y dejar ser a los demás, como parte del autoestima*, es no hacer al otro lo que no me gustaría que me hicieran a mí, dicho en otras palabras: donde empieza mi derecho, termina el de los demás. Para ellos como cuidadores es respetar al ser humano en todas sus dimensiones: respeto a la persona en forma individual, como en el caso de la paciente que está en trabajo de parto, considerado un respeto universal y el respeto a la dignidad humana que encierra un derecho de todos los seres humanos, es un principio de enfermería y por eso la enfermera se acostumbra a trabajar así. Denota respeto a la condición humana de la persona cuidada, que ella reconoce, pero exige se le reconozca a ella como ser humano.

La autoestima es la concepción afectiva que tenemos sobre nuestra propia persona, partiendo de nuestro conocimiento del propio auto concepto, es decir, saber quiénes somos, cuanto nos queremos y cuanto nos valoramos. Es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. En la medida en que nosotros nos queremos y nos valoramos, en esa medida podemos querer y valorar a los demás.

Desde el punto de vista filosófico, la ética implica una reflexión teórica sobre cualquier moral, una revisión racional y crítica sobre la validez de la conducta humana. En tal caso, la ética al ser una justificación racional de la moral, remite a que

los ideales o valores proceden a partir de la propia deliberación del hombre. La ética es una filosofía de la moral si se entiende la filosofía como un conjunto de conocimientos racionalmente establecidos.

### **Cualidades del desempeño estético de la enfermera en el arte de cuidar**

Cuando se pregunto a las enfermeras que cualidades estéticas percibes tú en el desempeño del arte de cuidar, respondieron de esta manera:

*Disposición para el enfermo, somos seres humanos que tratamos con seres humanos, debemos dar amor, que haya un compromiso (Juren) que yo realice un procedimiento, no significa que lo haga como me dé la gana, yo tengo que hacerlo con estética, tener arte, con el equipo bien presentado, con amabilidad, sentirlo(Liligar)la comunicación, el amor por lo que se hace, saber por qué lo hacemos, con amor, con respeto, con solidaridad, que sepa que cuenta conmigo(Taló)respeto hacia el dolor,comunicarse con el equipo de salud y conversar con el paciente para brindarle apoyo, empatía o sea ponerme en el lugar de esa persona (Lugon)*

Para las enfermeras el desempeño estético consiste en tener disposición para atender el enfermo como ser humano y como debe ser, con amor y compromiso, no actuar como autómatas, además realizar los procedimientos con estética y con arte, saber porque lo hacen, incluye la buena presentación del equipo, trato amable, con amor, respeto, solidaridad, comunicación y conversar con el paciente, ofrecerle apoyo, sentir y mostrar empatía para que sepa que cuenta con ella.

En la narrativa se puede interpretar que las enfermeras más que referirse a los procedimientos técnicos, abundan en palabras como amor, sentir, solidaridad, apoyo empática, respeto, comunicación, conversación entre otras, esto puede englobarse en un conjunto de las diferentes maneras de expresión de los sentimientos, de la enfermera, de sus creencias, de cómo ellas perciben el mundo del cuidado. La creación estética de enfermería se hace visible a través de sus acciones de cuidado, las actitudes, la sensibilidad humana y las interacciones que desarrolla en respuesta a las personas cuidadas.

En esta perspectiva, Carper, afirma, la estética de enfermería es la forma en que se expresan los conocimientos de enfermería. Es el “arte” o el “corazón” de enfermería. A diferencia del conocimiento científico, que se adquiere mediante la investigación, la estética abarca los sentimientos adquiridos por la experiencia subjetiva. Gracias a este arte, la enfermera expresa lo humanitario de su labor, la estética comprende creencias, actitudes y valores (4). Estas facetas permiten a la enfermera ser consciente de las perspectivas del paciente y estar atenta a los indicios verbales o de otro tipo que revelan su estado psicológico. Una enfermera muy hábil que sintoniza con los clientes dispone de un espectro más amplio de actuaciones para prestar asistencia eficaz y satisfactoria.

Según Carper, este patrón de conocimiento hace posible la transformación del encuentro inmediato enfermera-paciente en una percepción significativa en sí misma,

y le adjudica significado de manera que la percepción del significado se refleja en la acción tomada por la enfermera.

Para Duarte Jr, el arte es una forma de expresión cultural, de comunicación y de esa manera expresa sentimientos, el sentir es anterior al pensar, comprende aspectos perceptivos y emocionales. A sí mismo, antes de ser razón los seres humanos somos emoción, “una fuente que nos lleva a conocer y expresar los sentimientos y entonces el arte, es la forma de nuestra conciencia aprender a través de la experiencia estética”(45). A través del arte, expresamos de diferentes maneras cómo nos sentimos en el mundo, lo que el lenguaje no puede conceptuar.

La ciencia de enfermería es conceptualizada como practica, eso suministra las bases para las reglas del arte de enfermería, estas reglas deben poseerla las enfermeras como hábitos de trabajo. Pongamos un ejemplo, en la concreción de la práctica, las enfermeras centradas en el arte de cuidar usan los principios científicos de asepsia cuando cambiamos el apósito, si ellas no poseen este conocimiento como un hábito, no podrán ser consideradas centradas en el arte. Si las enfermeras ignoran los principios científicos de la asepsia y antisepsia, colocarán a sus pacientes innecesariamente en riesgo y pueden fracasar en alcanzar sus objetivos particulares. Cuando los principios de la práctica son conocidos en forma científica, la enfermera estará preparada para cuidar centrada en el arte. En conclusión, el arte de cuidar está basado en la aplicación habilidosa y humanística del conocimiento científico.

La experiencia y la intuición son elementos importantes que engloban el conocimiento personal en enfermería, que de acuerdo con Carper, son esenciales para el cuidado. La dimensión estética del cuidar se refiere a los sentidos y valores que fundamentan la acción en un contexto inter-relacional de modo que haya coherencia y armonía entre el sentir, el pensar y el hacer. Las enfermeras el desempeño estético, expresan el arte de cuidar está en tener: *disposición para el enfermo, la comunicación, el amor por lo que se hace, saber por qué lo hacemos, con respeto, con solidaridad, que sepa que cuenta conmigo, conversar con el paciente para brindarle apoyo, empatía o sea ponerme en el lugar de esa persona.* Se interpreta en esta narrativa que el desempeño estético en el arte de cuidar, ellas le dan sentido a sus acciones y propician el encuentro auténtico con el enfermo, dándole importancia más que al cumplimiento de procedimientos a la parte afectiva, a la empatía, puesto que es capaz de colocarse en su lugar, siente amor por lo que hace y porque lo hace. Se intuye que de esa manera al conversar con el paciente con disposición y confianza para la escuchar su historia de vida, puede brindarle apoyo, ya que el paciente siente que cuenta con alguien a quien le interesa su problema, siente que no está solo, eso le da un ropaje estético y creativo al arte de cuidar, pues en ese encuentro hay expresión de sentimientos tanto del paciente como de la enfermera que afloran en la conversación en confianza pero además, confidencial.

La característica estética del cuidado se revela en la percepción de las acciones de la cuidadora, en opinión de Torralba. R, el cuidar es un arte porque integra técnica,

intuición y sensibilidad. La acción humana de cuidar adquiere su sentido estético en términos de belleza, además de bondad, o sea, a priori es una acción buena y bella. La acción de cuidar es buena porque es una acción responsable y tiene como objetivo el bienestar del otro, su desenvolvimiento y su plenitud de forma integral; por otro lado, la acción de cuidar es bella porque es una acción armoniosa y equilibrada (45).

Por su parte Watson y Chinn dicen: el arte captura, expresa y recrea el espíritu humano y la vida en todas sus formas. El arte de enfermería incluye la disponibilidad en recibir al otro ser, en comprender su experiencia y en expresar eso, permitiéndole que el otro también exprese sus sentimientos. Ello es vivido y co-creado en el momento de cuidar (57). Se concluye que las diferentes formas de expresar el arte de cuidar las enfermeras es una forma de facilitar la comunicación entre la cuidadora y la persona cuidada permitiéndole conocer mejor a los pacientes, estos a su vez sienten mayor confianza para exponer su historia de vida, sus creencias, sentimientos, rituales y experiencias de cuidado y expresar la forma como les gustaría ser cuidado.

### **Cualidades de desempeño del conocimiento personal en el arte de cuidar**

Cuando se pregunto a las enfermeras que cualidades de desempeño del conocimiento personal percibes tú en el arte de cuidar, respondieron de esta manera:

*Como me comporto, mi forma de ser como enfermera, mi posición,, una persona con disposición de tiempo para escuchar y dejar hablar al paciente, mi forma de actuar, una enfermera ordinaria no inspira confianza, tenemos que considerar que existe un ser que debo*

*saber convivir con él, no es nada más el aprecio y amabilidad, sino que necesita respeto y apoyo, hacer las cosas bien, para que el otro se sienta bien y yo también porque lo estoy cuidando (Liligar) A mi parecer debería haber más tiempo de dedicación al paciente, quien es nuestra responsabilidad, que sepa que estoy de guardia que cuenta con un acercamiento, porque cuando uno está como paciente necesita sentir que cuenta con la enfermera (Juren)*

En el discurso se aprecia que resalta su forma de comportamiento, como se presenta ante la persona en situación de enfermo, es el interés de un encuentro del yo individual y concreto con el paciente. Antes de iniciar la interpretación de esta Subcategoría es bueno aclarar que las cualidades de conocimiento empírico podemos expresarlas de manera neutra, pero las cualidades de conocimiento estético y ético es complejo si no existe un manejo experto del patrón de conocimiento personal por parte de la enfermera. Tal como lo expresa Liligar: *mi forma de ser como enfermera, predisposición para escuchar y dejar hablar al paciente, considerar que existe un ser con el que debo saber convivir con él, que necesita respeto y apoyo*. Se interpreta en este verbo que la enfermera se refiere al conocimiento de sí mismo y su relación con los demás puesto que aduce a su forma de ser, escuchar y dejar hablar al paciente, por lo tanto es consciente del valor de la libertad del hombre por cuanto se permite expresar sus valores y creencias así como considerar válidas las del paciente, en este sentido expresa: *debo saber convivir con él*. Si enfermería se entiende como un proceso interpersonal que requiere interacciones y relaciones entre el paciente y la enfermera, no cabe duda que la enfermera se conciba como un ser terapéutico, razón

por la que debe conocerse interiormente. Eso hace pensar que el “uso terapéutico de sí mismo” envuelve una relación en la cual requiere conocerse y conocer al paciente porque el “ser” se crea en relación con otros (57). Liligar como enfermera experta y de experiencia también se está refiriendo a su auto concepto personal, el cual se define como la opinión personal de sí mismo como resultado de la interrelación personal con otras personas importantes, en el caso que nos alude, la persona cuidada. Este tipo de conocimiento permite a las enfermeras tratar a los pacientes como personas y no como objetos. Por lo general, las enfermeras que poseen una conciencia y un conocimiento muy desarrollados sobre sí mismas tienen un mejor auto concepto y sintonizan más con sus clientes (4). El conocimiento de sí mismo implica la relación con los demás, pero esa relación está basada entre las personas, más que entre las funciones que desempeña.

La enfermera como persona interactúa constantemente con el ambiente personal; como profesional interactúa con el medio profesional. Como el ser humano desarrolla primero el yo personal, ese conjunto de comportamientos organizados forman las bases que conducen a una profesión. En tal sentido, el yo personal ejerce una gran influencia en el yo profesional.

Otras cualidades verbalizadas por las enfermeras son el *respeto*, *el apoyo* y *la responsabilidad*. El respeto como sentimiento de valoración de sí mismo o de otras personas, en enfermería es un principio en la relación enfermera-paciente que implica que el usuario experimente su derecho a existir como persona, la enfermera

debe mostrar una actitud receptiva que valore los sentimientos, opinión, individualidad y carácter único del usuario. El respeto tal como es percibido por las enfermeras se interpreta como un incentivo a la autoestima del paciente, en el sentido de que se sienta bien atendido, a gusto, satisfecho porque es tratado como una persona de derechos y deberes. El respeto es el interés no posesivo y la afirmación de las otras personas como individuos independientes, el respeto genera autoestima y autoimagen. En la relación enfermera-paciente, se muestra respeto cuando hay igualdad, reciprocidad y se comparte el pensamiento sobre los aspectos positivos y los problemas (40). Las cualidades del ser y del hacer de la enfermera, hace referencia al desempeño del personal de enfermería identificado por el paciente, en rasgos que describen una enfermera atenta y segura de sí misma. En su ser debe tener habilidad para las comunicaciones verbales y no verbales, transmitir aceptación, cordialidad, mostrándose libre de prejuicios.

Las relaciones de colaboración exigen que la enfermera y el paciente compartan en forma mutua la responsabilidad en la relación de ayuda. Las enfermeras también brindan apoyo a las personas y a la población como un todo. Por ese motivo, las enfermeras deben ser conscientes de que el apoyo que reciben las personas y comunidades afectan el bienestar de las personas y el de la comunidad que las sustenta.

La responsabilidad se refiere a la capacidad de responder a alguien por algo que hemos hecho. Significa dar una explicación a uno mismo, al usuario, a la institución

empleadora y a la profesión de enfermería. Para ser responsable, tiene que saber de qué se hace responsable y para ello la profesión tiene que establecer normas profesionales y tratar de imponerlas. La profesión debe responsabilizarse ante el público, además el usuario tiene el derecho de recibir la mejor calidad posible de atención, fundada en una sólida base de conocimientos y proporcionada por personas capaces de aplicar esos conocimientos, aplicando juicios y razonamientos acertados y un sistema de valores claro y conveniente. La enfermera tiene que ser capaz de demostrar sin lugar a dudas los principios y conceptos en los que se basa la práctica, así como demostrar la capacidad de introducir un método para resolver problemas que tenga por objeto el empleo de estos principios y conceptos. La enfermera debe ser responsable ante sí misma por sus propios actos, tanto dentro como fuera del trabajo.

Podemos concluir al decir que el conocimiento personal de enfermería es un proceso dinámico de llegar a convertirse en un ser total y así mismo poder valorar al otro como un todo. Es la base de las expresiones de autenticidad, de ser genuino, lo que a su vez es esencial para una relación de cuidado con una meta de bienestar en mente. Este conocimiento conduce a la discusión sobre las formas de intervenciones con los pacientes, el respeto por sus características individuales y mantener la responsabilidad profesional por el bienestar del otro. En lo que se refiere a la ética y a los valores, la enfermera puede y es alentada a contemplar su propio sistema de valores a descubrirlos y a analizar la relación con su práctica y con otros aspectos de su vida. Aprende sobre los diferentes sistemas de valores de las demás personas y como sus

códigos éticos personales se complementan con los de profesión. Se trata de un proceso que dura toda la vida, en el cual participa el individuo y otras personas que se entrelazan con la preparación de la enfermera como profesional.

Según Carper, cada patrón de conocimiento puede ser concebido como necesario para lograr el dominio en la profesión, pero ninguno de ellos por sí solo debe ser considerado suficiente, ni tampoco son mutuamente excluyentes. La enseñanza y el aprendizaje de un patrón no implican rechazar o descuidar ninguno de los otros(7). El cuidar de otros, requiere logros de las ciencias de enfermería, es decir, el conocimiento de hechos empíricos sistemáticamente organizados en explicaciones teóricas con respecto al fenómeno de la salud y la enfermedad. Pero la imaginación creativa también juega su parte en la sintaxis del descubrimiento en las ciencias, así como en el desarrollo de la capacidad de imaginar las consecuencias de tomar alternativas morales. El conocimiento personal es esencial para las decisiones éticas en cuanto a que la acción moral presupone madurez y libertad personal. Si las metas de enfermería han de ser más que el cumplimiento de las normas no examinadas, si lo que “debería” hacerse no debe ser determinado simplemente sobre la base de lo es posible, entonces la obligación de cuidar de otro ser humano implica el convertirse en otro tipo de persona y no simplemente hacer otro tipo de cosas (7). Si el diseño de cuidado en enfermería ha de ser más que rutinario o mecánico, la capacidad de percibir e interpretar las experiencias subjetivas de otros y proyectar de manera

imaginativa los efectos de las acciones de enfermería en sus vidas se vuelve una destreza necesaria.

### CATEGORÍA 3: EL CUIDADO QUE PERCIBEN LOS USUARIOS

De esta categoría surgieron tres (3) subcategorías como unidades temáticas

#### **Cuidado en equipo, inmediato y oportuno**

Por lo general el cuidado en equipo y oportuno es otorgar atención médica y cuidado de enfermería al usuario, al momento, conforme a los conocimientos profesionales y principios éticos, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas, con igual satisfacción de los prestadores de servicios y de la institución.

Cuando se les pregunto a los usuarios ¿Cómo percibe ud, el cuidado que recibe en este hospital?

Los datos en bruto muestran, según la percepción de los usuarios, reflejan que el cuidado que reciben en el hospital, para ellos consiste en que desde que llegaron al hospital, los médicos le atendieron y las enfermeras estaban en todo momento pendientes y ocupándose de ellos, así lo expresaron:

*Desde que llegue allá abajo en la sala de parto donde están los doctores que me atendieron, y aquí hasta los momentos, muy bien los cuidados, están pendiente de uno, aquí la atención es muy Chévere no me puedo quejar (Brillyd),... yo lo veo bien, están pendiente de todo, a la hora que nos toca, a mi me toca el medicamento cada 8 horas, llegan a la hora, me lo ponen explicando que y*

*porque me lo están poniendo(Ana), me atienden bien, son atentas con los medicamentos que nos tocan, los míos son tomados, pero a ella que tuvo una complicación, están pendiente por la infección, cada ratola chequean (Ginet)*

Según percepción de los informantes, el cuidado que reciben en el hospital podía categorizarse como cuidado en equipo, inmediato y oportuno, consiste en que cuando fueron en busca de ayuda al hospital, desde el primer momento fueron atendidos en seguida del malestar que tenían, en un caso, trabajo de parto, en otro caso, a la hora del tratamiento son muy atentas, no le hicieron esperar, tal como lo expresa esta frase: *me atendieron, aquí la atención es muy chévere, no me puedo quejar.*

El nombre de esta Subcategoría indica la aceptación de supuestos, que según la OMS(8), existe un “equipo” o grupo, cuyos miembros colaboran en el cuidado y mejoramiento de la salud; el equipo está conformado por trabajadores de la salud, tales como médicos, enfermeras, educadores sanitarios, trabajadores sociales, ingenieros y estadísticos, cuyos esfuerzos es prestar servicios en el campo de la salud y cada miembro del grupo comparte, por igual, tanto privilegios como responsabilidades. De conformidad con estos supuestos, cada miembro del equipo asume con responsabilidad su rol, de allí que los usuarios perciben la atención como cuidado en equipo, inmediato y oportuno. De tal manera que a la pregunta: ¿Cómo te has sentido? Responde: *mejor, si, por el cuidado de todos*, de donde se concluye que los miembros del equipo sanitario asumen y comparten sus responsabilidades con el paciente. Significa en este caso del cuidar como invitar al paciente a transferir su responsabilidad y ansiedad al médico o a la enfermera, es convidarlo a dejarse ayudar,

que no significa forzar al paciente a confiar en el profesional (45). Esta forma de cuidares sin coacción y no debe confundirse con el paternalismo, donde no se convida al paciente a participar.

En otra de sus expresiones: *están pendiente de todo*, significa estar vigilante, sentirse acompañado, apoyado, en confianza y por lo tanto, el paciente se siente atendido, satisfecho, tranquilo y con esperanzas de superar su problema. Según Suazo, la enfermera es la persona que establece las relaciones afectivas y de esperanza más estrechas con los pacientes, por ello, el cuidado se desarrolla en el ámbito de lo interpersonal e implica expresiones de compasión, aceptación, empatía y respeto(58). El cuidado incluye atención y dedicación basada en la confianza.

Sin embargo, formados aun para la competencia profesional y para dar atención suficiente y eficiente, con frecuencia en la institución estudiada se encuentran sin recursos para manejar las técnicas y las dificultades relacionales y personales. Son muchos los programas formativos de profesiones sanitarias y socio-sanitarias que descuidan la dimensión más humana de la profesión.

Trabajar en equipo requiere no solo de la competencia profesional y buena disposición, sino formación específica para ello, particularmente para manejar los conflictos y para escucharse. Una buena escucha puede llegar más allá de las demandas hechas e incluso satisfacer otras necesidades más profundas. A través de la escucha estimulamos a hablar y compartir información delicada, ayudamos a clarificar, promovemos la satisfacción, la confianza y el respeto, suscitamos el deseo de querer

escucharnos, apaciguamos emociones y promovemos un clima propicio para el diálogo (59). La escucha sana, porque da espacio al otro para abrirse con confianza y libertad, reduce la angustia y le permite al paciente sentirse aliviado, comprendido y afirmado. Allí donde no se produce la escucha, es fácil que alguien padezca los efectos negativos que su ausencia produce.

La medicina es entendida como el arte de curar, la enfermería como disciplina con una diferenciación conceptual y práctica, es entendida como el arte de cuidar. Cuidar y curar no deben ser comprendidos procesos paralelos, sino complementarios y armónicos (45). Ambas disciplinas son complementarias, porque no se puede curar a nadie sin cuidado, ni se cuida a nadie para no curarlo. Al trabajar en equipo cada profesional conoce y asume su rol, en cualquiera institución de salud trabajan mancomunadamente en beneficio del paciente, de allí que el usuario reconoce y se siente satisfecho de la forma como lo han atendido y refiere sentirse mejor por la atención de todos.

No podemos cerrar este aparte sin mencionar el aspecto de la comunicación en equipo. La comunicación comprende un plano cognoscitivo: el recibir y emitir mensajes a través de un determinado medio. Por ejemplo, en el caso de un servicio de cardiología, la comunicación comprende tener informaciones, y proporcionarlas, sobre avances en cardiocirugía o cuidados intensivos. Son importantes los mensajes, modulados armoniosamente, sobre el contexto administrativo, los adelantos científicos, las relaciones con la población, la productividad global y parcial.

Existe también una comunicación afectiva constante entre los miembros del equipo, y con los jefes, con la dirección del hospital, con los otros servicios. Esas relaciones, de afecto, simpatía, competencia, extrañeza, desvalorización, admiración, son fuentes de disfunciones o de hiperdesarrollo en las interacciones intra e interequipos; el desarrollo de un hospital moderno obliga a considerarlas como parte de la evaluación del avance en la tarea.

La relación afectiva entre la auxiliar y el enfermo puede ser básica para que a éste le resulte provechosa la estancia hospitalaria. La atmósfera afectiva en una intervención quirúrgica influye en la lucidez y oportunidad de decisiones de urgencia.

Cuando la comunicación cognoscitiva-afectiva se hace estable, se pasa a hablar de vínculos, los cuales deben evaluarse sobre la base de la corrección y oportunidad de los mensajes, y en lo que se refiere a sustancialidades afectivas. Estos vínculos no permanecen estacionarios; maduran, se hacen rígidos y se deterioran. Corresponde a una política de comunicaciones dentro de un equipo el desarrollo de las relaciones entorno a la reciprocidad. La comunicación bien lograda es el gran motor del desarrollo en equipos tan diversos.

No es fácil concebir un equipo donde no existan problemas, porque flaquea o se hipertrofia alguna de las dimensiones del trabajo médico. Por ejemplo, en un acto quirúrgico hay necesidad de seguir pautas fijas e instrucciones de autoridad, pero al mismo tiempo es esencial escuchar sin presiones, flexiblemente, las confidencias de

los enfermos omiembros del equipo. Se trata de un área de frecuentes conflictos en que se acentúa esta vertiente básica de propensión al conflicto por la conocida presencia de una fuerte proporción de personalidades autoritarias en el medio de médicos y enfermeras, y por las diferencias en líneas de autoridad administrativas, científicas y gremiales.

Se concluye de esta interpretación una especie de cuidado integral por las acciones de todos los profesionales y pone de manifiesto las ventajas del trabajo en equipo. Se enfatiza en la importancia de la comunicación y del saber escuchar en el equipo y entre equipos.

Se destaca que todo trabajo en equipo presupone la existencia de varias dimensiones, organización, dinámica y productividad. Se sustenta que es esencial la identificación de cada miembro del equipo, su sentido de pertenencia y membrecía de la institución, la labor de todo el grupo de salud, lo que lleva a un grado de "realización personal" que en última instancia es el objetivo central de contribuir al logro de la meta, el cuidado de la salud para la recuperación del enfermo. El trabajo en equipo es considerado importante, no obstante difícil. Es percibido como una manera de dividir responsabilidades y de alcanzar más rápidamente la recuperación y la salud del paciente. Esta visión se justifica, por cada profesional tener una percepción diferente de la situación, es la "unión" de las diferentes percepciones lo que facilita la comprensión del todo, permitiendo vislumbrar al paciente en su totalidad. Se requiere adaptación con la finalidad de evitar obstáculos y nuevamente recomenzar. El trabajo

en equipo es considerado como una fuente de aprendizaje, por permitir el contacto con otras experiencias a través del diálogo profesional y de las discusiones de casos.

### **La preocupación por la situación humana del usuario**

Pre-ocupación significa ocupación anticipada de una cosa, impresión de una cosa en el ánimo que lo ocupa por entero. Cuidado, desvelo, previsión de alguna contingencia adversa(60). Cuando se le preguntó a los pacientes, como percibe ud. el cuidado que recibe de las enfermeras de este hospital? Esto fue lo que respondieron:

*Todas me tratan igual, cuando cambian de turno, siempre me dicen ¿Cómo amaneciste? ¿cómo pasaste la noche? ¿cómo te sientes hoy? ¿Estás de buen ánimo? Y eso me reconforta porque sientes que si te van a ayudar(Luis M)... ellas se preocupan, una enfermera se dio cuenta que estaba mal, me paraba, me mareaba, ella insistió tanto que me hicieron un examen de hematología y me salió que la tenía muy bajita y me mandaron a transferir sangre, gracias a ella, esa enfermera más que todo insistió y me he sentido mucho mejor, me puedo sentar, me pare, me bañe, me siento mejor, pero si todo muy bueno,(Brillyd) yo lo veo bien, están pendiente de todo, a mi me tratan chévere, están pendiente que no me duela la, vía, sí está tapada me la quitan, me ponen otra, (Ana) la mayoría de las enfermeras que nos han atendido son personas mayores, se ve que tienen experiencia Ginet)*

Para los informantes la percepción del cuidado de la enfermera, consiste en que las enfermeras se inquietan por su estado de salud, se preocupan por la situación, la enfermera esta allí pendiente de lo que me toca y de los exámenes, la elocuencia de sus expresiones definen el nombre de esta subcategoría como código en vivo nacido

de sus propias palabras: *una enfermera se dio cuenta que estaba mal, ella insistió tanto que me hicieron un examen de hematología, me mandaron a transferir sangre, gracias a ella me he sentido mucho mejor.* A nuestra interpretación, el ideal del arte de cuidar incluye sentimientos de propósito y de capacidad de hacer y ese ideal de la preocupación por los demás, lo perciben los usuarios como: *están pendiente de todo.* Para Griffin “la preocupación por los demás es fundamental para un ideal servicio, no es suficiente en sí mismo para formar el propósito profesional, aunque es cuestionable, si alguien podría ser enfermera profesional, sin poseer un entusiasmo auténtico y si no se preocupara por los demás”

En este caso, se observa un paciente reconociendo el conocimiento y la pericia en el trabajo artístico de la enfermera, que como todo arte, envuelve sensibilidad, empatía y competencia, además percibe la preocupación de la enfermera por su situación humana, el paciente, *está* en situación de enfermo, se intuye que la preocupación abarca su ser y su estar, vale decir, el *ser está* enfermo.

La situación humana, es un modo de estar, siempre distinto, es la capacidad de relacionarse en cada caso con su entorno, con los demás y consigo mismo. Además, la situación, es un concepto relativo, puede cambiar y de ser cuidadora pasar a ser cuidado, porque el ser humano, es un ser dinámico e inestable y su situación varía continuamente.

Bien lo dice Jaspers “La existencia empírica es un ser en situación, cambiar de situación o crear situaciones es casi todo el quehacer del hombre”(61).La enfermera en su quehacer cotidiano le es fácil encontrarse con cambios de situaciones y muestra la preocupación por la situación humana de cada paciente, cuando entra a la sala de hospitalizados, al lado de la cama de cada enfermo, se interroga por su ser y por su estar.

Las preguntas que la enfermera se hace por la situación humana pueden ser estas:

¿Cómo está? ¿Cómo se encuentra?, ¿Cómo se siente? ¿Por qué llego al hospital? ¿Ya lo vio el médico? ¿Le indicó tratamiento? ¿Vino su familia a verlo?. Son preguntas que la enfermera (o) hace a diario para comprender la situación humana de la persona que cuida; preguntas que una y otra vez debe volver a formularse, porque cada paciente es una situación humana distinta y tiene necesidades personales.

La preocupación por el otro, es cómo se ve, como se siente, como está él, en su actual situación de enfermo. Se entiende entonces, que el “estar” en situación, es un concepto espacial y relativo y de ser una situación individual, pasa a ser una situación universal, porque en cualquier momento determinado la viven todos los seres humanos; por esta razón, el ser humano en situación es el primer rasgo de la condición humana. De manera que toca el fondo de la intimidad del ser al encontrarse que su situación personal, aparentemente única e irrepetible, es la situación de todos los seres humanos en un momento determinado de su vida.

Al proporcionar el cuidado diario las enfermeras (os) en su interacción con la persona cuidada y su familia le enseñan y orientan hacia el cuidado de la salud, en esa interacción, perciben sus necesidades físicas, emocionales y espirituales que necesitan la acción de ayuda o apoyo emocional y espiritual, usando como medio la comunicación en la relación enfermera-paciente. Las acciones cotidianas permiten a la enfermera ver al enfermo como un ser humano holístico. Es decir, ver al enfermo más allá de su realidad física, ver lo que está “detrás” de él, lo que está en su subjetividad, verlo en su corporeidad(18).

Gracias a la preocupación por los demás, los seres humanos adoptan actitudes y llevan a cabo acciones que demuestran su interdependencia; nadie está aislado y cada uno es consciente de una fundamental alteridad. El obrar del profesional de enfermería en el contexto de cuidado debe aproximarse a una práctica transformadora con una visión más atenta, amplia, comprometida y en actitud de diálogo, porque cuidar es más que un acto, es una actitud. Por lo tanto abarca más que un momento de atención, de celo y de desvelo, representa una actitud de ocupación, de preocupación, de responsabilidad y de involucramiento afectivo con el otro (1).Preocuparse implica un compromiso que trasciende la emoción, y que se traduce en una acción que sobrepasa el campo de enfermería, médico y humanitario, son lugares donde el término "*cuidado*" se usa desde hace mucho tiempo. La preocupación por el otro se añade a la racionalidad para definir el comportamiento.La preocupación es lo opuesto

a la *indiferencia*, y se basa en la comunicación y en una asociación de intercambios recíproco entre enfermera-paciente.

### **Sintiéndome cuidado: una experiencia vivida**

Cuando se le pregunto al paciente desde su percepción, que significa para ud. el arte del cuidado de la enfermera, esto fue lo que respondió:

*Yo creo que la enfermería no es de medicamentos, la enfermería es un acompañamiento porque si no todo es “entiérrele las pastillas” y eso no es, es un acompañamiento que se le hace a una persona que está enferma, es más difícil manejar la enfermedad del alma que la enfermedad física. Ellas al verme llorando sacaban tiempo y se iban a hablar con uno, a animarlo, ahí me sentía cuidado, sentía que tenía una persona a mi lado, sentía tranquilidad, hay personas que tienen ese carisma, ese sentido de madre. Yo tengo esta herida en el pie, la jefe me hizo la limpieza, ahí me sentía bien porque ella sabía, tenía conocimiento de todo y ella le explica a las auxiliares, a las nuevas, entonces yo dije: estoy con la más dura acá, que me la haga ella, uno siente la calidad humana de esa persona, siente que ella se esmera por uno porque le nace, ahí es donde nace una vocación, el conocimiento es importante, aparte de la sonrisa (Luis M)*

Las expresiones del sentir del paciente cuando está cuidado son muy elocuentes, lo que da la oportunidad designar la subcategoría con un código en vivo: **Sintiéndome cuidado: una experiencia vivida**, sin mucha vacilación expresa su experiencia vivida, percibe que el cuidado no es solamente dar los medicamentos, “entiérrele las

*pastillas*”, entiende que el cuidado como arte, conlleva otras cualidades humanas, como el acompañamiento de la enfermera en su situación de enfermo. Es justo y comprensible a todas luces, pues el paciente en el tiempo de hospitalización se encuentra además de enfermo, separado en su ser y en su estar de su mundo de objetos, de su hogar, de su familia, extraña su ambiente comunitario y necesita sentir que no está solo en su sufrimiento, necesita de alguien que le dé importancia a su problema de salud. Es de entender de esta interpretación lo que afirma un estudioso del cuidado: “el cuidado solamente surge cuando la existencia de alguien tiene importancia para mí, paso entonces a dedicarme a él, me dispongo a participar de su destino, de sus búsquedas, de sus sufrimientos y sucesos, en fin de su vida”(1).

Se observa en el discurso del paciente que su percepción es de cuidado integral, de acompañamiento, de estar juntos. La palabra acompañar en sí mismo indica una actitud, una concepción de cuidado o de relación con el enfermo...no es indicarle el camino o enseñarle la dirección, es caminar a su lado respetando su libertad de decidir su camino a su propio paso.

Para Delisle Lepiere, una enfermera canadiense, acompañar quiere decir “caminar unidos”, avanzar con otra persona a su ritmo y ayudarla en lo que es y como es. Es también comprender el misterio del otro. La profesión de enfermería se identifica como cuidar y cuidar significa estar con la persona enferma y velar por su persona(45).

Cuando el paciente dice: *enfermería es un acompañamiento, que se le hace a una persona que está enferma*, refleja la expresión que el paciente en su *estar* y en su *ser*, se siente solo, indefenso, esto es comprensible, porque el ambiente hospitalario es extraño para él, porque ha cambiado y se ha separado de su mundo de objetos, incluyendo lo máspreciado, su familia y su hogar. El acompañamiento consiste en proveer ayuda discreta en cada uno de sus estados evolutivos, de forma que la persona jamás se entregue a la soledad, ni se hunda en el desespero, sino que sea capaz de superar sus experiencias dolorosas. En ese sentido, lo expresado por el paciente muestra su necesidad de compañía, más aún lo enfatiza en esta frase: *es más difícil manejar la enfermedad del alma que la enfermedad física*. Su verbo denota angustia, siente temor, soledad en su ser y en su estar, probablemente lo que más desea es encontrar una persona que lo escuche, que le de amor y lo comprenda para compartir su pena interior. Acompañar a personas afectadas por la enfermedad, dedicar tiempo y atenciones a estas personas, que probablemente no puedan correspondernos, no es otra cosa que un ejercicio práctico de la compasión. Dice Osho, las heridas internas pueden salir a la superficie de muchas maneras. Pueden convertirse en enfermedades físicas, en enfermedades mentales, pero en lo más profundo, el hombre sufre por falta de amor. Así como el alimento es necesario para el cuerpo, el amor es necesario para el alma. Todo aquello que está enfermo en el ser humano se debe a la ausencia de amor (62). De manera que dar amor es sanador y siendo la compasión la forma más pura de amor, entonces la compasión es compartir, es terapéutica.

El acompañamiento desinteresado del sujeto compadecido es un ejemplo de ética del cuidado. La compasión entendida como compañía, calor humano, afecto práctico y personalizado. La especial importancia de la compañía deriva de que, en la realidad, concebimos la vida entre humanos como una larga e ininterrumpida conversación de unos con otros, de uno consigo mismo, de los otros con uno. Negar la comunicación a alguien es una forma de hostilidad. Por el contrario, acompañar, conversar con esa persona por fastidioso que llegue a ser, hacerlo no tiene otro significado que el de comunicar que nos importa su vida, que simpatizamos con sus deseos y temores, que comprendemos su situación humana, pues aunque quizás todavía no sea la nuestra, sabemos que muy probablemente lo será en algún momento, debido a lo cambiante de nuestra condición humana. Compañía, conversación y compasión componen un espacio moral continuo que nos es otro que la conciencia de nuestra fragilidad, finitud y naturaleza ética semejante.

La comunidad que nos hace humanos, es la de los sujetos capaces de compadecerse y dignos de compasión. De allí que el acto artístico de cuidar, significa hacer lo que se debe hacer, en el momento preciso, logrando que el paciente y la enfermera tengan certeza de la bondad de la intervención. Lo primero que se identifica, es que el arte de cuidar enfermería requiere de la habilidad de comprender los significados en las relaciones o encuentros con el paciente, de interpretar sus gestos verbales y no verbales.

En el mismo relato, el paciente dice sentirse cuidado cuando: *Ellas al verme llorando sacaban tiempo y se iban a hablar con uno, a animarlo, ahí me sentía cuidado, sentía una persona a mi lado, sentía tranquilidad, hay personas que tienen ese carisma, ese sentido de madre.* La hospitalización es un evento muy atemorizante para algunas personas, pues la enfermedad es una amenaza, el sentirse enfermo significa una ruptura con el mundo. El paciente vive una experiencia que se caracteriza por la vulnerabilidad, la persona siente que sus capacidades diarias fallan, ve limitaciones con el medio que le rodea. Aquí se interpreta la percepción del cuidado de enfermera en su rol maternal del que nos hablan muchos teóricos de enfermería. La frase del paciente: *hay personas que tienen ese carisma, ese sentido de madre,* expresa la necesidad de amor del hombre, como diría Unamuno, el hombre de carne y hueso, el hombre ansía ser amado, ansía ser compadecido. El hombre quiere que se sientan y se compartan sus penas, sus dolores. El amor de la mujer, sobre todo, ... es siempre en su fondo compasivo, es maternal... por eso su amor es más amoroso y más puro que el del hombre y más valiente y más largo, el amor maternal es compasión al débil, al desvalido, en la mujer todo amor es maternal (63). Agrega Unamuno, la compasión es pues, la esencia del amor espiritual humano, del amor que tiene conciencia de serlo, del amor que no es puramente animal, en fin de una persona racional, el amor compadece y compadece más cuanto más ama.

Nótese que todos los informantes de enfermería son mujeres cinco (5) lo cual es una digna demostración de que la profesión de enfermería, es una disciplina

predominantemente femenina. Significa y se percibe que son los propios sentimientos femeninos que la impulsan a sentir el gusto de servir a los demás, el amor maternal de su condición de mujer, como algo que está dado en su dote hormonal y en su condición humana femenina que se conjugan para decir y hacer de la sensibilidad y de la vocación de servicio las primeras condiciones para ser enfermera y cuidar.

Continuando con la interpretación de la percepción del paciente al **sentirse cuidado**, vale la pena traer a la vista un trabajo realizado por Bittes, cuyos resultados revelaron que los pacientes perciben el cuidado como una conjugación de procedimientos técnicos y sentimientos (comportamientos) con amor y cariño, siendo muy significativos la ejecución en el momento necesario. Sentirse cuidado refleja sentimientos y emociones positivas.

Estos resultados coinciden en mucho con la narrativa del paciente Luis.M, quien además de considerar a la enfermería como un acompañamiento en la enfermedad, reconoce también la seguridad que él siente, confiado en la pericia técnica, procedimientos y en los conocimientos de la enfermera profesional, así se expresa: *Yo tengo esta herida en el pie, la jefe me hizo la limpieza, ahí me sentía bien porque ella sabía, tenía conocimiento de todo...entonces yo dije: estoy con la más dura acá, que me la haga ella, uno siente la calidad humana de esa persona.* Aquí, podemos decir con Torralba(45), cuidar es un arte porque encierra técnica, intuición y sensibilidad.

La mayoría de los pacientes esperan recibir un tratamiento cariñoso, quieren sentirse seguros y confiados, además de ser considerados seres humanos y atendidos por un equipo de salud que se desempeñe en sus funciones con conocimiento y habilidad. De allí la importancia que el cuidador, en este caso, la enfermera debe reunir en equilibrio, técnica, intuición y sensibilidad para hacer de la práctica del cuidado, el arte de su profesión. Digo como analista, en *equilibrio*, porque una enfermera puede ser muy efectista y demostrar mucha eficiencia en sus técnicas, y ser muy seria e indiferente en el trato con el paciente, o puede ser muy delicada, sonriente y afectiva, pero carecer de experiencia, de conocimiento y habilidades técnicas. Ambas situaciones pueden producir en el paciente sentimientos de inseguridad, insatisfacción y amenaza. Ante esta dualidad Waldow señala: para que el cuidado ocurra en su plenitud la cuidadora debe expresar conocimiento y experiencia en las actividades técnicas, en la prestación de información y educación con el paciente y su familia. Eso debe conciliar expresiones de interés, consideración, respeto y sensibilidad, demostradas por palabras, en el tono de voz, la postura y el tacto (57). Esa es la verdadera expresión del arte y la ciencia de cuidado: conjugación de conocimiento, de habilidades manuales, de intuición, de experiencia y de expresión de sensibilidad.

Se interpreta además, en la narrativa del paciente el reconocimiento de la sensibilidad de la enfermera, *uno siente que ella se esmera por uno porque le nace, ahí es donde nace una vocación*. La sensibilidad es la propensión natural del ser humano a dejarse llevar de los afectos de la ternura y la compasión.

Concluimos en presencia de esta subcategoría, que el paciente destaca su significación del arte de cuidar, en su experiencia vivida, por la calidad humana y la sensibilidad con que fue acogido por las enfermeras del servicio. Los sentimientos positivos del pacientees la resultante de la interacción enfermera – paciente, sentirse apoyado, acogido, atendido, cuidado, sentirse afectado, crecer como ser humano. De acuerdo con Watson(27), el ejercicio profesional de la enfermería se soporta en diez elementos asistenciales, dos de ellos son la “Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos”, y el “Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás”.El apoyo percibido por el paciente en la interacción de cuidado con el personal de enfermería a través de un trato cordial y amistoso, con calor humano, seguridad y confianza, que deriva en sentimientos de bienestar y comodidad para el paciente. Este apoyo emocional corresponde al elemento asistencial de Watson “Desarrollo de una relación de ayuda–confianza”.

También ese modo de sentirse cuidado del paciente, se puede sustentar con el modo biogénico de ser con el otro, descrito por Halldórsdóttir, que promueve el sentimiento de confianza en los pacientes y conduce al desarrollo de una relación de proximidad entre el paciente y la enfermera. Para el autor, este es el verdadero modo humano de ser, siendo representado por el amor restaurador. Este tipo de cuidado envuelve donación a través de la relación abierta y receptiva, mantiene la individualidad, el respeto, y reafirma su dignidad (57). Al relatar el paciente su experiencia, percibe la enfermería como un acompañamiento, como un consuelo porque las enfermerasal

verlo llorar buscaban el tiempo para hablar con él: “*sentía que tenía una persona a mi lado*”, puede compararse el significado que el paciente le da al sentirse cuidado, con esta frase: en el hospital hay alguien conmigo y no que trabaja en mí. La importancia que dieron los pacientes a la relación cercana con la enfermera, significa la prioridad de la interacción recíproca descrita por Peplau y Travelbee: cuando los pacientes se hospitalizan por un estado patológico que requieren cuidados para recuperar la homeostasia morfo fisiológica y para satisfacer necesidades sociales y espirituales(47).

En el cuidado de enfermería cada interacción es diferente; porque la persona fija es la enfermera, pero cada paciente experimenta el mundo y su cuidado según su experiencia vivida. La percepción del paciente, la identificación de conductas que ellos perciben de sentirse cuidados, ayuda a comprender lo que los pacientes esperan de sus cuidadores.

La persona cuidada valora la efectividad y la eficiencia como la enfermera hace su tarea, pero está claro que también valoran la dimensión afectiva de los cuidados. De ello, se insiste que la relación con el paciente es el eje del cuidado y exige la formación científica y la sabiduría del enfermero experto que domine la ciencia y el arte del cuidado.

**CATEGORÍA 4: COMUNICACIÓN EN EL CUIDADO SEGÚN PERCEPCIÓN DEL USUARIO**

De esta categoría surgieron dos Subcategorías:

### **La comunicación interpersonal percibida por el usuario**

Comunicación en general, es estar en contacto unas personas con otras, de tratar unas con otras. La comunicación humana se ha definido como la “generación y transmisión de significado”. Se trata de una interacción dinámica entre dos o más personas en la que se intercambian metas, ideas, creencias y valores, sentimientos y “sentimientos acerca de los sentimientos”. Muy de nuestro interés es la comunicación interpersonal, la cual es la forma de comunicación más importante para el hombre. Desde pequeños comenzamos a formar parte de ella, las primeras relaciones que establecemos son de tipo afectivo (cuidadores) al inicio de nuestras vidas no tenemos un lenguaje estructurado, la comunicación no verbal nos permite establecer estas primeras relaciones de tipo interpersonal.

Desde la concepción de la comunicación humana, cuando se les pregunto a los usuarios, cómo perciben ustedes la comunicación en el cuidado de la enfermera en los tres turnos de trabajo, esto fue lo que respondieron:

*...la del lunes en la noche es muy buena, una señora bien dulcita ella, muy atenta, anoche (martes), la enfermera tenía carácter un poquito fuerte, viene pone su tratamiento y se va, uno le pregunta; entonces ella te dice tienes que esperar estoy sola, tengo 40pacientes, cuando vienen hacer su labor, al momento uno puede aprovechar de hablar con ellas (Brillyd) ellas se comunican cuando llegan a la guardia y lo reciben, a veces algunas me llaman por mi nombre, otras señor, algunas me explican cuando*

*me pinchan, otras muy poco, hay unas muy secas, no mas viene mira, ta ta, chaoy listo (Luis. M)... si están poniendo medicamentos, nos están explicando lo que nos están poniendo (Ginet)*

Estas respuestas, muestra formas diferentes en que las enfermeras se comunican con los pacientes, si observamos las frases expresadas por los usuarios, de hecho reflejan hitos de desatención que a todas luces exhiben deficiencias del **deber ser** en el arte de cuidar, sin muchos preámbulos el usuario lo expresa: *uno le pregunta; entonces ella te dice, tienes que esperar, estoy sola, tengo 40pacientes, cuando vienen hacer su labor, al momento uno puede aprovechar de hablar con ellas.* Realmente se interpreta en esta situación que la enfermera, no se ha detenido a escuchar, puesto que responde: *te tienes que esperar, estoy sola, tengo 40 pacientes.* Denota la respuesta que no hay tiempo para escuchar lo que el usuario quiere preguntar. Los problemas más grandes de la comunicación, no son que no se encuentre con quien hablar, sino más bien, que no se sabe escuchar. Saber escuchar requiere superar ciertas dificultades, la verdadera escucha tiene su origen en actitudes interiores, que no son innatas, sino que hay que formarlas para poderlas adquirir. Hungelmann, afirma que escuchar implica prestar atención a cada una de las palabras y al tono de la voz, y entrar en su entorno de referencia. Observando las expresiones y el lenguaje corporal del cliente, la enfermera puede encontrar indicios que le ayuden a atender al cliente, a encontrar las maneras de encontrar la paz, actuar o hacer lo que requiere la situación (64). El ser capaz de explicar su historia ayuda al cliente a romper la tensión de su malestar, porque una historia necesita de un oyente.

Los cuidados de enfermería no pueden realizarse en un contexto sin establecer relaciones con los pacientes, es decir, no es posible *cuidar con arte* sin formar vínculo alguno con los pacientes. Esta relación ha de ser un acto continuo, dinámico y oportuno, ha de ser un vínculo interpersonal permanente en el que el proceso de comunicación cara a cara esté siempre presente. La comunicación interpersonal incluye una relación de las personas entre sí, en este caso, relación enfermera-usuario. Sin embargo, en lo expresado por los informantes la relación se sobreentiende que no es dialógica, así lo dicen: *a veces algunas me llaman por mi nombre, otras señor, hay unas muy secas, no más viene mira, ta ta, chaoy listo*. Es obvio que estas formas de comunicación, no solamente afectan la estética del arte de cuidar de la enfermera, sino que también hemos observado en algunos contextos de cuidado, donde surgen situaciones inevitables, provocadas por el hacinamiento y la sobrecarga de trabajo mostrando un desequilibrio entre la oferta de enfermeras y la demanda de personas con necesidades de cuidado.

Cuando el paciente dice: *algunas me llaman por mi nombre, otras señor*, quiere decir que la enfermera y el paciente no se conocen explícitamente, hay poca confianza. Para cuidar de otro, es preciso conocer principalmente quien es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles son sus necesidades y lo que conduce a su crecimiento, preciso saber cómo responder a sus necesidades y cuáles son mis propios poderes y limitaciones(36). Ese conocimiento tiene que ser general y específico, ambos conocimientos andan de las manos. Lo que conocemos de cuidar, lo

conocemos de diferentes maneras, conocemos algunas cosas explícitamente y otras implícitamente. Si conocemos algo explícitamente somos capaces de traducirlo en palabras, y al contrario, conocer algo implícito es ser incapaz de articularlo.

Es evidente que el cuidado como interacción descansa en el diálogo, en la comunicación y la interrelación entre la enfermera y el paciente o sus familiares. El proceso de cuidar es fundamentalmente un diálogo, pero no un diálogo en sentido intelectualista, es si un diálogo vital en el cual el elemento central es la experiencia el elemento conmovedor o, mejor siendo sensible. No es un diálogo de palabras, es si, de presencia. En el diálogo de presencia se produce un encuentro entre dos seres humanos que se disponen a hablar, a mirarse a los ojos, a aceptarse mutuamente (45). No obstante, ante lo observado y lo expresado por las enfermeras a solicitud de los usuarios, queda claro que una enfermera con 40 pacientes a su cuidado en un turno de trabajo, le es muy difícil por no decir imposible establecer un diálogo en la relación interpersonal, contrario a lo recomendado por la norma, que según Balderas (12), los criterios para cuidados parciales (hospitalización sin gravedad, recuperación) son de 3 a 4 enfermeras por cada turno.

Travelbee, define la enfermería como un proceso interpersonal y un servicio comprometido con los cambios y la influencia en otros, donde la enfermera es un profesional que asiste al paciente y a su familia en la prevención, el enfrentamiento de la enfermedad y el sufrimiento, que lo ayuda a encontrar significado a esta experiencia. La enfermera tiene esta capacidad por haber adquirido un caudal de conocimiento

especializado y preciso, tiene la percepción desarrollada a partir de su experiencia y comunicación con el paciente, estableciendo en sí mismo una relación persona a persona (47).

Por conocimiento y experiencia, los profesionales de enfermería sabemos que a partir del momento en que la enfermera entra en contacto con el paciente reconoce e identifica su problema, se inicia una relación con el individuo y con su familia, respetando siempre su individualidad, pues cada individuo debe ser visto como una persona biopsicosocial, espiritual y única, pues eso es un principio del cuidado, en virtud de lo cual, tendrá formas diferentes de interacción con la enfermera en la relación terapéutica.

Para Travelbee, la relación terapéutica es una relación persona a persona y es una meta a ser alcanzada, llegando al resultado final de una serie de interacciones planeadas entre dos seres humanos, enfermera-paciente, los cuales durante el caminar del cuidado desenvuelven la capacidad creciente de establecer relaciones interpersonales (47).

Todas las personas se comunican, pero los profesionales sanitarios modifican la comunicación normal para favorecer la salud de los pacientes, de esta manera, el arte se transforma en elementos y habilidades terapéuticas, debido al intento de uno de sus participantes en lograr un cambio positivo en el otro(4).

En la relación entre el profesional de la salud y el paciente, tan importante como el buen uso de la tecnología, es establecer una relación humana que lleve a confiar, a

aceptar la situación que se vive y a tener expectativas de sanación. La mayor parte de las interrelaciones entre los profesionales de la salud y los pacientes no atienden a la realidad del ser humano en su plenitud, de ahí el descontento generalizado de la mayoría de la población **(65)**.

Es de comprender que los profesionales de la salud pueden modificar las formas de comunicación a fin de favorecer el estado de bienestar del paciente, eso es parte del conocimiento estético del arte de cuidar de enfermería, sin embargo, la forma de expresión de la enfermera, *tienes que esperar, estoy sola, tengo 40pacientes*, lejos de producir bienestar, genera angustia e incertidumbre puesto que no se ha dado oportunidad para escuchar la inquietud del paciente, en esa respuesta la enfermera desconoce lo que el paciente quiere preguntar porque de inmediato le dice, *tienes que esperar, estoy sola*. Esta forma de responder, da a entender que la enfermera no se detuvo a escuchar las necesidades y expectativas del paciente. Queda claro que la enfermera está trabajando, no escuchado, porque para escuchar, hay que tener tiempo para detenerse a oír.

La escucha activa se basa no sólo en escuchar lo que la otra persona está diciendo directamente, sino también darse cuenta de cuáles son sus sentimientos, ideas o pensamientos que acompañan a aquello que está diciendo. Es muy posible que esto proporcione otra perspectiva a la hora de entender lo que te están comunicando y te ayude a reaccionar de una manera más adecuada. La teoría de los cuidados señala que éstos implican una interacción personal que es mucho más que dos personas

simplemente charlando(45). En una relación de cuidados, la enfermera establece confianza, abrirá líneas de comunicación y escuchara lo que el cliente tenga que decir. Escuchar es clave porque puede absorber toda la atención e interés de la enfermera, escuchar el significado de lo que dice el cliente le ayudará a crear una relación mutua.

Para establecer la escucha activa debes estar dispuesto a realizarla, debes prepararte interiormente para escuchar de verdad al otro. No puedes quedarte en la parte superficial del mensaje que te están transmitiendo; debes fijarte, por ejemplo, en el tono de voz de la persona, debes darte cuenta de lo que el otro quiere decir realmente, cuál es el mensaje subyacente que puede haber debajo de aquello que te está comunicando, cuáles son sus sentimientos y su modo de ver las cosas. También debes comunicarle al otro que le estás escuchando, por ejemplo, asintiendo con la cabeza, con una postura del cuerpo dirigida al otro, o mirando directamente a los ojos.

En el existencialismo, Jaspers ha consagrado especial atención a la comunicación, en este sentido expresa: “es la apertura del oyente interesada y responsablemente activa del hombre al otro”, la comunicación existencial tiene lugar entre seres que son *sí-mismos* y no representan a otros. Ser *sí-mismos* no es ser aisladamente, sino serlo con otros “sí- mismos” en libertad(61). Esta comunicación se establece entre personas que participan en una común ordenación del mundo y colaboran en tareas comunes que humanizan las relaciones entre individuos.

El ser humano se comunica de muchas maneras, una forma de relación entre los hombres es la que se establece en el ámbito de la existencia empírica(61). En ella, a cada cual le mueve su interés: mantener, mejorar y prolongar la vida. El otro no interesa más que si contribuye al propio interés, y en la medida en que contribuye; los individuos no importan por ellos mismos, son perfectamente insustituibles, “es como si él fuera yo y yo fuera él”.

### **Barreras de la comunicación en la percepción del usuario**

Cuando se les pregunto a los usuarios cuales son los inconvenientes que ustedes perciben para comunicarse con las enfermeras de este hospital, esto fue lo que expresaron:

*No, a ellas uno les pregunta, como ellas no le dicen nada a uno, uno les pregunta, pero no son así comunicativas. (Brillyd). Bueno, desde la puerta te gritan, estoy sola, si necesitan algo o tienen dolor me avisan allá, que sea temprano, me dicen y ya. No las ves mucho, entonces uno piensa esta jornada va ser dura, porque si no contamos con ayuda, que vamos hacer, hay otros pacientes que se ríen, pero yo me asusto (Luis. M) bueno, me llaman por mi nombre, pero yo no conozco sus nombres, están pendiente, siempre están corriendo (Ana)*

Los informantes perciben varias formas de comunicación según el comportamiento de cada enfermera, incluso las califican de diferentes maneras al percibirlas, Brillyd las califica de *poco comunicativas: a ellas uno le pregunta y no te dicen nada, viene pone el tratamiento y se va*. Estas expresiones a la interpretación se pueden asumir como barreras de la comunicación, puesto que una persona que no da

lugar a una pregunta de su interlocutor, mal puede pensarse que pueda entablar una comunicación interpersonal y menos identificarse, es mediante la palabra y la acción que los humanos entran en contacto.

Se induce que la relación con la enfermera no es dialógica porque no dispone de tiempo para la escucha, puesto que no expresa disposición, no se detiene, sino que pone el tratamiento y se va. Ante lo dicho, Sundeen afirma: “el hecho de que la enfermera sea incapaz de escuchar resulta devastador para crear una relación útil. Al escuchar se transmite el mensaje de ”usted tiene valor para mí” y “estoy interesada en usted”(40).

La comunicación terapéutica se caracteriza por estos comportamientos, por lo que la enfermera debe “escuchar activamente” para cumplir la meta de ayudar al usuario.

Las actividades terapéuticas exigen la capacidad de escuchar; al escuchar la enfermera profesional demuestra que es capaz de poner sus necesidades (cumplir sus tareas cotidianas) en un segundo plano con respecto a las necesidades del paciente. El comportamiento más perjudicial que puede presentar una enfermera es no escuchar, porque el mensaje que le transmite al usuario es: “usted no tiene valor para mí” o “usted no me interesa”, en una situación así, ocurre todo lo contrario a lo sugerido por Sundeen, podríamos decir, que la enfermera cumple las tareas de su trabajo y ya está, como lo hace el *animal laborans*. El laborar se da dentro del cíclico movimiento de la vida, propio del proceso biológico del organismo vivo; tiene un carácter provisorio,

de renovación permanente. El laborar está relacionado con el *consumir* (satisfacción de necesidades) y ambos están subordinados a la necesidad de *subsistir*(66).

H. Arendt, asegura para el “Animal Laborans” no existe el mundo. Vive concentrado, disfrutando y sufriendo, sus procesos biológicos. Para trabajar bien, el trabajador necesita amar o valorar aquello en lo que trabaja y de tal modo tiende a ser, un buen artesano.

El trabajo que nos gusta, es un placer, este concepto se apoya en el argumento aristotélico: “la felicidad consiste en realizar actividades, no la constituyen placeres producidos por las actividades. Las actividades concebidas como productoras de placer, son labor. Las actividades concebidas como constitutivas de la felicidad, son trabajo(6). El trabajar se caracteriza porque su final llega cuando el objeto está acabado, dispuesto a incorporarse al mundo de las cosas. Agrega H. Arendt, la transformación de lo natural comporta una violencia que contrasta con la padecida por el *homo laborans*, esfuerzo, cansancio, fatiga, repetición. El trabajo no tiene que darnos placeres, el trabajo que nos gusta, por el contrario es un placer. El placer consiste en hacer el trabajo, no en alguna consecuencia ni estado mental producido por el trabajo. El cuidado entra en esta categoría, porque el cuidado es un acto de amor, es un placer servir a los demás, es creador, el que trabaja en el área del cuidado de la salud tiene que sentir amor por su obra, el cuidado y tendrá razones para proceder de esta manera y no de otra, en términos de cualidades y de excelencia hacia las que apunta el producto acabado, el arte de cuidar.

Cuando un individuo está enfermo, normalmente tiene alguna historia que contar acerca del significado de su malestar. El cuidado del paciente permite a la enfermera ser partícipe de su historia de vida. Una enfermera tiene que ser capaz de prestar atención completa y concentrada en los clientes cuando cuentan sus historias. En palabras de un paciente (Frank), “*escuchar no debería ser simplemente una tarea, sino un regalo; de otra forma pierde su eficacia*”. Muchas veces, es difícil aprender a escuchar al cliente y muy fácil emplear más el tiempo en tareas cotidianas. Sin embargo, el tiempo que se toma para escuchar vale la pena, tanto por la información obtenida como por lo que refuerza la relación enfermera-paciente. “Dar el regalo de la escucha es apreciar el regalo de acoger la historia del cliente”. La acción y la actitud de escuchar enaltecen la identidad de la persona.

Para Hannah Arendt la acción es la única actividad privativa del ser humano. La acción y discurso van cogidas de la mano porque son con las palabras con las que damos significados a los hechos y a nuestras experiencias y porque mediante las palabras podemos compartir ideas y crear un espacio común donde dialogar y pensar(6). Todas las acciones necesitan un narrador. En la acción se revela la identidad de los seres humanos y podemos descubrir la pluralidad de todos ellos. Por lo tanto, mediante la acción el hombre puede comenzar de nuevo cada día. La acción posibilita, el perdón y el milagro.

Interpretando a Hannah Arendt, la enfermera más que ser, un *homo laborans* o un *homofaber*, tiene que ser un “hombre en acción”, porque la acción acompañada de la palabra es la única actividad que conecta al hombre en el mundo humano y el cuidado es

una actitud entre humanos, a su vez, la enfermera se identifica con el paciente con lo que dice y hace, es decir, comunicándose y haciendo sus acciones de cuidado. Dice la autora, el “Hombre de Acción” es el creador de la historia, parafraseando a la autora, esto fue lo que nuestra pionera Nigthingale nos dejó como legado, la historia de enfermería como profesión humanista.

En otros relatos los usuarios al referirse al personal de enfermería, la califican como personas expertas, lo cual puede asumirse como una valoración de la efectividad con que las enfermeras hacen sus tareas, pero está claro que los pacientes también valoran la dimensión afectiva y comunicacional del cuidado, esto es evidente cuando dicen: *desde la puerta te gritan, estoy sola, si necesitan algo o tienen dolor me avisan allá, que sea temprano, me dicen y ya.* Aquí la enfermera ha puesto una condición de límite, hay que comprender que la presencia de la enfermera debe ser espontánea para dar seguridad, cercanía y confianza al paciente, debe reconocer a la persona como ser único, todos los pacientes son ser único, la frase textual anterior de por sí deja al paciente sin esperanzas, el paciente percibe que no hay mucho tiempo para él, además, del distanciamiento dado por la estructura arquitectónica del hospital y si el paciente no puede deambular como hará para avisarle hasta la sala, pues el tiempo, la distancia y la actitud de la enfermera le dan poca oportunidad. La frase: *me dicen y ya,* es una limitante y constituye una barrera de la comunicación, su verbo expresa que no tiene tiempo para escuchar ni para dialogar y la esperanza del paciente se desvanece.

Según Travelbee, el trabajo de la enfermera solo será posible a partir del establecimiento de la comunicación. Comunicarse con otra persona puede ser una experiencia significativa o no tener ningún significado, dependiendo de cómo ella se desenvuelva. Lo fundamental para el éxito de la relación personal, es el compromiso de los envueltos en esa relación. Comprometerse significa trascender, interesarse por el bienestar de otra persona, ir más allá de lo esperado, en todas las dimensiones del ser humano. En cada encuentro con el paciente, la enfermera se vuelve más fuerte y competente, influenciando en su desenvolvimiento personal y profesional, a medida que ocurre la interacción con el paciente en la tentativa de resolver los problemas, y su práctica de enfermería se va haciendo más eficiente(47).

Sin embargo, en otro aparte de la entrevista un paciente percibe que en ese turno de trabajo no va a ser bien atendido puesto que la enfermera está sola y tiene mucho trabajo; *uno no las ve mucho, entonces uno piensa, esta jornada va ser dura, yo me asusto*. El paciente percibe que no ve mucho a la enfermera y por lo tanto sus esperanzas de cuidado son pocas en esa guardia, por eso, dice: *esta jornada va ser dura, yo me asusto*. La necesidad de comprender a quien se cuida debe ser significativa para el cuidador. El cuidador debe asumir una actitud de querer dar y recibir para facilitar el encuentro, su actitud debe ser libre, flexible, cálida, desprovista de comportamientos autoritarios, centrada en lo que acontece al otro, para ofrecerle compañía que genere confianza y seguridad, en vez de susto.

Los estudios sobre la percepción del usuario sobre el cuidado, han demostrado en investigaciones que es una estrategia importante para repensar la práctica del cuidado de la enfermera y de los servicios sanitarios con énfasis en la satisfacción del cliente.

Lo que los clientes experimentan en sus interacciones con los servicios sanitarios y los profesionales de la salud, y lo que crean de esa experiencia, determinará la forma en que utilizan los clientes la atención sanitaria y como pueden beneficiarse de ella. Se cree que cuando los clientes tienen la sensación de que los cuidadores están interesados en ellos como personas, tienen una mejor predisposición a seguir las recomendaciones y los planes terapéuticos. La enfermera debe concentrarse en establecer una relación que le permita comprender que es importante para el cliente.

Según la fenomenología, la percepción es una modalidad original de la conciencia, toda percepción se presenta dentro de cierto horizonte y en el mundo. En la percepción del paciente en este análisis, podemos concluir que en el mundo del cuidado, entre las barreras de la comunicación de este grupo se destacan: sobrecarga de trabajo, lo cual se evidencia en la propia expresión de la enfermera: *estoy sola, si necesitan algo, me dicen y ya*. Esa primera barrera se constituye en una fuente generadora de otras barreras como: contexto hacinado, lo cual tiene mucho que ver con el espacio, considerado como una condición para establecer una buena comunicación. Falta de tiempo para escuchar, generado también por la sobrecarga de trabajo. Decisión personal y profesional, la enfermera tiene autonomía y puede

decidir si trabaja como un robot mecánicamente o si trabaja como profesional, aceptando o no, esas condiciones.

## CATEGORÍA 5: RESIGNIFICAR EL CUIDADO: RECREAR SOBRE LO CREADO

De esta categoría surgieron tres (3) subcategorías

### **Reflexionando sobre las raíces del cuidado de enfermería**

Cuando se le pregunto a las enfermeras como percibes tú en el cuidado actual, el rol de la enfermera, esto fue lo que respondieron:

*La enfermera ha sido marginada por la sociedad, pienso que se debe a nuestro pasado histórico, la enfermera estaba sometida al médico, eso le ha hecho mucho daño, no nos sentimos profesionales independientes del médico, hemos creído que sin las indicaciones medicas no hacemos nada (Juren) la sociedad no la reconoce, piensa que todo el trabajo es del médico, a veces la misma enfermera no da lugar a que sobresalga, siempre está abocada al cumplimiento de las órdenes medicas, no se auto valora, nos ven como la persona que tiene que obedecer al médico, cuando el paciente se recupera, el primero en felicitares al médico, ignora que es la enfermera a través de sus cuidados y de la observación permanente va logrando sacar al paciente de situaciones difíciles. Antes uno le dedicaba más tiempo al paciente y luego los procedimientos, ahora es todo lo contrario y la parte humanística se deja de lado porque el tiempo no lo permite (Talo) yo tengo muchos años en enfermería, a nosotros se nos enfocaba mucho en el arte de enfermería, claro, no teníamos tanto*

*conocimiento científico como ahora, pero si  
teníamos la forma de abordar al paciente con  
respeto y como tenía que hacerlo (Liligar)*

En este discurso observamos dos aspectos importantes, cada uno desde la percepción de lo que podríamos llamar la concepción del mundo de las enfermeras y su percepción del cuidado actual, se refieren a la falta de reconocimiento social del cuidado enfermero, atribuido a la falta de autonomía, ligada a la dependencia del médico y por la dependencia técnica y tecnológica.

Comencemos por aclarar que la fundamentación teórica del ejercicio del cuidado, tiene raíces de naturaleza religiosa, así cuidar a un ser humano en circunstancias de vulnerabilidad según la visión judeo-cristiana, era encarada como un deber cuyo fin último lo constituía una práctica de caridad, donde el otro era considerado como hermano.

Ahora bien, en las expresiones las enfermeras del estudio, dejan ver muy claro una situación de insatisfacción, lo cual puede interpretarse como resentimiento social, no tanto por el estatus de auxiliar del médico, que muchas veces los propios médicos lo dicen y las enfermeras reafirman con obediencia complaciente, sino por el desconocimiento de su rol como actor social, cuyo trabajo no es reconocido, ni siquiera por el propio paciente que ha vivido la experiencia de la continuidad del cuidado de la enfermera, 24 horas diarias, durante su hospitalización.

Cuando las informantes expresan: *La enfermera ha sido marginada por la sociedad, pienso que se debe a nuestro pasado histórico, la enfermera estaba sometida al*

*médico, eso le ha hecho mucho daño.* Claro que ha lesionado el auto concepto personal y profesional de las enfermeras, habida cuenta de que esta carrera, por ser una profesión no exclusivamente de mujeres, pero sí de preferencia femenina, arrastra a lo largo de su historia marcas antropológicas de tipo religiosas, de servidumbre, de mujer sacrificada, lo cual produce en ella sentimientos de inferioridad frente a otros profesionales de la salud. Hay autores que afirman que cuando esto ocurre se está hablando de la propagada invisibilidad de la enfermera, a lo cual se impone señalar algunos mitos que se unen e inciden en función de las identificadas prácticas del cuidar de la mujer.

Un aspecto se refiere a la característica femenina de fecundidad y la capacidad de generar y amamantar. Otro es el aspecto de influencia religiosa en que la práctica era hecha por religiosas, vírgenes y viudas sujetas a reglas conventuales que prescriben conductas de “mujer consagrada”(5). Además, cuando la iglesia sufre una reforma y las religiosas son expulsadas de las instituciones y los hospitales que acogían a los enfermos, viejos, pobres, incapacitados e indigentes, estos pasan a ser atendidos por personas de dudosa conducta y sin nivel educativo: prostitutas, alcohólicas y marginales. La identificación de las prácticas con la de cuidar la mujer enfermera-auxiliar del médico que según Colliere va desde principios del siglo XX hasta finales de 1960(57).

El desconocimiento ocurre en el interior de la profesión y se extiende en el imaginario colectivo de la sociedad, como consecuencia influencia en el proceso de

construcción de la identidad profesional, apuntalando la desunión gremial. Dentro de este conjunto de factores, queda atrapado el cuidado de la enfermera que asume el papel fundamental en el proceso, por ser el objeto material de enfermería, pero como hemos dicho, este ha sido históricamente asociado a una función femenina de prestación de servicio de naturaleza servil, de menos valor. Tal vez por esta razón, aún con todos los conocimientos recibidos hasta hoy, la enfermería tiende a desenvolverse de forma subordinada frente a otras profesiones, principalmente la medicina o como una acción complementaria auxiliar, tal como lo expresan: *no nos sentimos profesionales independientes, hemos creído que sin las indicaciones medicas no hacemos nada*, reforzando ellas mismas su insatisfacción personal y profesional.

Estos puntos de vista de la enfermera, se interpretan como la impresión de que impera la imposición de una sumisión interprofesional e institucional que le resta a sus acciones la autonomía de su identidad profesional, exhibiendo en cierta forma, acciones controladas y vigiladas, y no sus acciones independientes con sentido e intencionadas, basadas en los fundamentos teóricos de la profesión y dotadas del significado que la enfermera le atribuye al cuidado como un fin y el valor asignado a la dignidad humana de la persona cuidada.

El cuidado implica la comprensión del ser humano en su proceso de vivir, en sus derechos, en su especificidad, en su integridad. Orientarse por el cuidado en ese sentido, es romper con la deformación excesivamente basada en la hegemonía

biomédica, en el autoritarismo de las relaciones, en el poder construido a partir de un saber que silencia a otros y cosifica los sujetos.

Una profesión es autónoma si se regula por sí mismo y si establece normas para sus miembros. Para ser autónomo un grupo profesional tiene que garantizar la autoridad legal que describa el ámbito de sus prácticas, que defina sus funciones y papeles particulares y que establezca sus objetivos y responsabilidades al distribuir sus servicios(4).

La enfermera basada en sus conocimientos profesionales y principios de enfermería, tiene funciones independientes que le otorgan autonomía profesional, lo que debe hacer, es hacerlas valer con autoridad moral.

No podemos dejar de lado un análisis desde el punto de vista sociológico donde el saber y la experiencia de las enfermeras es poco valorada en el equipo de salud, posiblemente ello obedece a una tradición cultural que se ha mantenido en la historia, caracterizado por formas de mantener la jerarquía del género masculino impuesto en las sociedades humanas. Por esa razón, en las investigaciones de enfermería no se puede obviar la influencia del género, por el hecho que enfermería es una profesión, no exclusivamente femenina, pero sí de predominancia de las mujeres y aunque es cierto que éstas han logrado muchos derechos, no es menos cierto, que éste tipo de jerarquía valoriza un tipo de saber cargado de racionalidad instrumental, identificado en el medio hospitalario como el saber médico, en detrimento de otros saberes más relacionados a la interacción del vivir cotidiano, como es el trabajo de las enfermeras

que por razones lógicas se da en espacio y tiempo compartido (cuerpo del paciente y hospital).

Esto da muestras de cierta limitación y dependencia, identificado con el saber femenino de las enfermeras; cuestión esta última a todas luces fuera de todo orden lógico, toda vez que el saber en tanto que saber, no tiene género y menos en las disciplinas de la salud.

El saber o el conocimiento es como el agua: incoloro, inodoro e insípido y no tiene límites, lo descrito, da la impresión que el saber médico incorpora un conocimiento tecnológico-científico y masculino por excelencia; mientras que el saber de la enfermera (o) adiciona un saber difuso, poco científico, y sobre todo, calificado de saber femenino. Esto permanece como representaciones en el imaginario colectivo de las organizaciones de salud y de la sociedad, lo cual deja ver que hay un orden jerárquico, tanto de género, como de saberes, en el cual aparece la figura de la enfermera (o) con su saber y hacer femenino, contrapuesto al saber médico con su hacer masculino.

El quehacer médico se asocia al desarrollo de la autoridad racional ligada al dominio de un campo de conocimientos y la práctica con el de la irracionalidad, deformación autoritaria por instrumentalización del poder y prestigio que tienden a dar la profesión.

De allí, que mientras la masculinidad se define por el poder, la condición femenina se define por ausencia de poder. Desde el punto de vista filosófico, el poder masculino

“es un principio de trascendencia, de poder sobre las cosas, sobre la naturaleza y por supuesto sobre la mujer. Este, es el origen de la inmanencia de la mujer, que no es otra cosa, sino el reverso de la trascendencia del hombre” (67).

Continuando con el análisis de esta subcategoría, sabemos que históricamentetoda la construcción del rol de la enfermera se ha basado en la pertenencia a una doble filiación: la filiación religiosa matrilineal y la filiación medica patrilineal, ambas han estado integradas a redes institucionales que han condicionado totalmente el aprendizaje del rol(5). Sometidas a estas dos filiaciones en el ejercicio de su práctica, se ha producido entre las enfermeras un distanciamiento de su filiación religiosa y una aproximación a la práctica médica por vía de la técnica, lo cual podemos observar en sus propias palabras: *antes uno le dedicaba más tiempo al paciente y luego los procedimientos, ahora es todo lo contrario y la parte humanística se deja de lado porque el tiempo no lo permite. A la interpretación esto es cierto, pero no lógico, puesto que la experiencia nos dice que los procedimientos con tecnología sofisticada a veces requieren más tiempo de la enfermera en chequeos, observaciones y mediciones, que el dedicado al paciente como persona.* Nietzsche, define tecnologías de cuidado como: “Todas las técnicas, procedimientos, conocimientos utilizados por la enfermera (o) en el cuidado(68). Como profesionales comprometidos con el cuidado, hoy día es necesario construir una relación con el ser humano atendido, usando múltiples opciones tecnológicas para enfrentarlos diferentes problemas de salud.

También se afirma que según los lugares de ejercicio y el tipo de servicios, la influencia de la formación continuada, la preocupación por volver a encontrar las raíces de su práctica profesional y el deseo de volver a dar sentido a los cuidados del enfermo, muchas enfermeras han buscado diferentes vías para distanciarse de la influencia médica**(57)**.

El principal objetivo de la tecnología es aumentar la eficiencia de la actividad humana en las más variadas esferas y para eso la tecnología produce los más variados objetos para atender las necesidades de la demanda, la perfección de los objetos más durables al paso que mejora la producción al reducir el tiempo y el costo de ciertos objetos. El trabajo tecnológico es intencional y racional envuelve un raciocinio teórico y práctico, conocimiento sistemático y especializado y los resultados solo pueden ser alcanzados mediante un planeamiento eficiente y uso cuidadoso de las herramientas **(68)**.

Discutir hoy sobre tecnología, no es solo pensar en equipamiento; incluye procesos concretos de experiencias cotidianas y de investigación de actividades producidas y controladas por los seres humanos. Peromirando solo hacia la tecnología la persona no podrá nunca desarrollar una sabiduría espiritual.

Cuando pensamos en asistencia viene a nuestra mente la aplicación de tecnologías para el bienestar físico y mental de las personas. Usamos el raciocinio lógico de que la ciencia produce conocimiento sobre la salud, la tecnología transforma ese

conocimiento en saberes e instrumentos y los profesionales de la salud aplican esos saberes e instrumentos y, pronto producen salud.

Sin embargo, Ayres y otros afirman: cuando asistimos la salud de otras personas, estando en condición de profesionales, nuestra presencia frente a otros se resume al papel de simples aplicadores de conocimiento, percibamos o no, esta debe responder a las preguntas, esto es bueno para mí, como debo ser, es bueno para la vida. La tecnología, entonces, no es solo aplicación de ciencia, no es simplemente un modo de hacer, es también una decisión que los profesionales de la salud deben repensar al utilizarla, a partir de ahí controlan medicaciones, escogiendo dentro de ciertas posibilidades lo que deben querer, ser y hacer (69), debemos de disponer de todo lo que tenemos para defender la vida como poseedores de la mejor tecnología en salud, que nos abastece el ser de nuestro saber, de nuestro conocimiento para no quedarnos con la idea de que la tecnología es sinónimo de equipamiento tecnológico. Dice Bermejo, a mi juicio la técnica es un medio, que más que des-humanizar puede humanizar, en función de cómo se utilice. Así lo creía Ortega: “el hombre empieza cuando empieza la técnica. No hay hombre sin técnica. Quien deshumaniza la técnica, por tanto, es el ser humano(59).

En la práctica, nos encontramos en numerosas ocasiones, sobre todo en las unidades de cuidados intensivos, el enfermo y el profesional de la salud “unidos” solamente por aparatos, tubos y demás instrumentos terapéuticos. En consecuencia paulatinamente se ha ido depositando la confianza en los medicamentos e

instrumentos accesorios de diagnóstico o tratamiento en lugar de en la persona. En esta situación son dos los peligros más graves de la técnica: el reduccionismo y la tecnolatría(59). Esta teoría reafirma lo que dicen y hacen los informantes: le dedican más tiempo a los procedimientos y la parte humanística se deja de lado, es precisamente lo que le asigna importancia al propósito de esta investigación: construir un aporte teórico-explicativo que re signifique el arte de cuidar: volver a sus raíces.

### **Lo que hacemos todos los días como un robot**

Cuando se le pregunto a las enfermeras podrías decirme según tu percepción, que elementos del cuidado rescatarías, agregarías, eliminarías o cambiarías tú, esto fue lo que respondieron:

*Bueno, lo que hacemos todos los días como un robot, llegamos, verificamos el tratamiento, si hay que hacer pedido, controlamos los signos y al paciente lo obviamos, yo eliminaría la rutina, alejarme de la bendita rutina, todavía se puede ver enfermeras rutinizadas, con frialdad y mal humor, ello hace que la enfermera sea mal vista (Talo) de repente, la misma rutina, me pongo a pensar si la rutina es lo que te tiene así, entonces para que haces especialidad, con especialidad llegas a la misma rutina, debemos eliminar el automatismo, la desunión entre colegas pensando dañar la imagen de la enfermera fulana, pero a la hora de la verdad es la imagen de todas las enfermeras la que se daña (Juren) no, porque lo haces todo mecánicamente, ya no tienes tiempo para charlar con ellos, ni de informarle, si ellos quieren preguntar algo, le dices ya va, y de verdad no te da tiempo, tu trabajas a lo loco (Marsa)*

En este discurso se evidencia que todas las enfermeras según supercepción están de acuerdo con los elementos del cuidado que deben eliminar o cambiar, entre ellos: la rutina, el automatismo, el mecanicismo, la falta de tiempo, trabajar a lo loco y particularmente Juren percibe la desunión entre las colegas que daña la imagen de las enfermeras en general.

Realmente en este discurso se observa que las enfermeras actualmente están cuidando en condiciones de adversidad, podríamos decir deshumanizadas, en un ambiente de trabajo conflictivo, de inconformidad, algo que se puede interpretar de insatisfacción en el trabajo.

Según diccionario ilustrado de la lengua española (60), rutina significa costumbre inveterada o hábito de hacer las cosas por mera práctica y sin detenerse a razonarlas. Tal como los informantes lo dicen: *lo que hacemos todos los días como un robot, lo hace todo mecánicamente, no te da tiempo, trabajas a lo loco*, las palabras empleadas para describir su acción del cuidado tienen una gran similitud con la palabra rutina, por ejemplo, mecánicamente viene de mecánico y mecánico según diccionario (60), es el que maneja y arregla maquinas y loco, el que ha perdido la razón o poco juicioso, poco razonable.

En la misma vía, un robot es una entidad virtual o mecánica artificial. En la práctica, esto es por lo general un sistema electromecánico que, por su apariencia o sus movimientos, ofrece la sensación de tener un propósito propio. La independencia

creada en sus movimientos hace que sus acciones sean la razón de un estudio razonable y profundo en el área de la ciencia y tecnología. La palabra robot puede referirse tanto a mecanismos físicos como a sistemas virtuales de software. Sin embargo, todos sabemos que a un robot puede hacer muchas cosas, pero, carece de sensibilidad, sentimientos y calor humano, algo indispensable para dar cuidado humano, estas son cualidades que solo puede dar la mano del hombre. En palabras de Boff (1), un computador y un robot no tienen condiciones de cuidar del medio ambiente, de llorar por las desgracias de los otros y de regocijarse con las alegrías del amigo. En otras palabras, un computador no tiene corazón. Solo nosotros los humanos podemos sentarnos a la mesa con el amigo frustrado, colocarle la mano en el hombro, tomarnos un café y darle esperanzas. Nosotros los humanos construimos el mundo a partir de lazos afectivos. Tomamos tiempo para dedicarnos a las personas. La categoría cuidado recoge todo ese modo de ser, muestra como funcionamos en cuanto a seres humanos.

Ahora bien, si una acción como la del cuidado se hace de manera rutinaria, en forma mecánica y a lo loco, quiere decir que el agente de la acción no dispone de tiempo para pensar o razonar, algo muy contradictorio con lo que filosóficamente significa el cuidado, como sabemos es una cuestión de actitud, de interacción entre el cuidador y la persona cuidada, de celo, de desvelo, de preocupación, de pensamientos y sentimientos, lo cual involucra cerebro y corazón. Para cuidar hay que disponer de tiempo y espacio. Estas son categorías fundamentales en el acto de cuidar.

El arte de cuidar presupone tiempo, un tiempo de dedicación, una continuidad temporal. No solamente es importante *como* cuidar, sino también *cuando* y *donde*. El *cómo* se refiere a las técnicas específicas del cuidado que deben aplicarse adecuadamente según edad y patología de la persona enferma. El *donde* se refiere al espacio donde se desenvuelve la acción de cuidar. El espacio es fundamental para preservar la intimidad de la persona (45). Finalmente, el *cuándo* se refiere al tiempo de realización del cuidado.

De lo dicho por el autor, se intuye que la experiencia de cuidado que viven las enfermeras no da lugar a cuidar en condiciones idóneas, por lo tanto es de esperar que de esa situación resultan insatisfechos tanto el cuidador como la persona cuidada, como lo expresan los datos en bruto: *y de verdad no te da tiempo, tu trabajas a lo loco*, y ya hemos dicho que, quien realiza una actividad de esa manera y en esas categorías de tiempo y espacio incongruentes con lo requerido para el arte de cuidar, es poco razonable.

En lo referido a esas categorías, el arte de cuidar como cualquier arte, requiere tiempo y dedicación y una constancia temporal en la aplicación de las técnicas, de allí que se interpreta que es imposible construir una obra de arte aceleradamente. Cuidar de alguien no es un acto instantáneo, sino que se desenvuelve a lo largo de una cadena de instantes, de encuentros, de miradas, en una palabra, de interacción humana. El tiempo de cuidar no se determina a priori, pues depende en esencia de la persona enferma y de su corporeidad. La aplicación acelerada de acciones de cuidado,

repercute en la salud de la persona y en la conciencia profesional y personal del cuidador.

Torrealba I Roselló (45), afirma que el *cómo* adquiere un peso determinante y el *cuándo* y el *donde* quedan relegados a un segundo plano. En la actualidad, se pondera más la cantidad de cuidado que la calidad de la aplicación de los mismos. El cuidar requiere, además de tiempo, un espacio idóneo. No es posible cuidar a un enfermo en un espacio caótico o ruidoso, en un escenario violentado por interferencias de todo tipo. Agrega la autora, que el hogar por definición, es un espacio humano, pues se trata de un espacio en el cual el ser humano se encuentra completamente acogido. No es de extrañar que el nacer y el morir, en la cultura tradicional se desenvuelvan en el hogar materno, en un espacio familiar. Así mismo el arte de morir también se relaciona con las categorías de espacio y tiempo. Hay un momento y un lugar para morir que no se pueden predecir.

El desenvolvimiento de enfermería supone el ejercicio de elaborar creativamente el pasado o sea la herencia histórica y por otro lado, integrar las novedades del presente para resignificar el cuidado. Según Torrealba I Roselló (45), la transformación paradigmática de enfermería no debe significar la ruptura radical con el pasado, en relación con los modelos antiguos, cuya máxima exponente es Florence Nightingale, sin embargo requiere una recreación de la disciplina en cuatro núcleos temáticos de reflexión: la persona, la salud, la sociedad y el cuidado. Como en efecto, en el futuro de enfermería el desenvolvimiento teórico y práctico de tales categorías será

fundamental. Muy apegados al pensamiento de la autora, este trabajo tiene como interés recrear sobre lo creado en base a los resultados del mismo, con el propósito de construir un aporte teórico para fortalecer la práctica profesional del arte de cuidar.

El cuidado para la enfermera debe ser una actividad cotidiana, lo cotidiano es un campo de eventos que son conocidos y más precisamente, “convividos” como tales por los sujetos, lo cotidiano es lo vivido y las experiencias vividas son las significativas.

La rutina es el hábito de hacer las cosas por mera práctica y sin detenerse a razonarlas. Desde el punto de vista sociológico, lo cotidiano puede ser identificado como el orden de las situaciones y acciones repetidas. En las rutinas el actor reitera o representa de oficio un camino ya modelado en su dirección y sus opciones. Sin embargo, la sola reiteración no puede dar con la frontera de lo cotidiano. Ciertas situaciones por más que repetidas, pueden ser vividas de modo extra cotidiano.

De hecho, en la medida que hablamos de una enfermera profesional, su rutina no puede confundirse con la aplicación mecánica de su cuidado a todos los pacientes. Cada vez debe actuar y debe dar cuidado cotidiano, puesto que cada paciente es un caso individual y a menudo debe actuar como por primera vez. La interacción con el paciente es cada vez una interpretación que debe ser vivida como tal por la enfermera. Lo “rutinario”, solo equivale a lo cotidiano en la medida que indique algo más que la

“repetición”. Debe estar provisto de una particular modalidad de la vivencia. Así podemos decir que rutinario es lo que la enfermera vive como rutinaria.

El sistema del yo determina las características personales de esa persona, que le permiten desempeñar funciones profesionales más o menos exitosas. Simms y Lindberg (40), mencionan cualidades de individuos que tienen éxito en el desempeño de las funciones que realizan a lo largo de su vida, estas cualidades son el resultado directo del desarrollo del auto concepto personal: 1-La voluntad de correr riesgos es el resultado de un auto concepto positivo que refleja la capacidad de creer en los demás y su confianza en asumir responsabilidades y dirigir la iniciativa hacia la modificación del yo y del ambiente que lo rodea. 2- El sentido de la oportunidad es la consecuencia de un auto concepto positivo que revela la habilidad de anticipar las necesidades propias y ajenas, así como la capacidad de prepararse para el futuro.

3- La capacidad de amar es el resultado de un auto concepto positivo que refleja la aptitud de experimentar emociones alegres o tristes, compartir sus experiencias con los demás y participar en la vida de otros. 4-El establecimiento de amistad, parentesco y apoyo es el resultado de un auto concepto positivo que refleja la capacidad de establecer redes de contacto afectivo con amigos, familia y otros sistemas de apoyo.

Los autores confirman que el yo profesional es un reflejo directo del auto concepto personal. “La responsabilidad por nuestros propios actos sobre todo ante los demás florecerá en un ambiente que fomentará el crecimiento del yo y la independencia”. La

comprensión del yo y el verlo de una manera positiva dan por resultado, inevitablemente, auto conceptos profesionales más productivos. Los auto conceptos negativos representan obstáculos para el funcionamiento de las funciones independiente eficaz, esencial para la buena ejecución de las funciones profesionales.

Para concluir me permito dejar como reflexión lo sugerido por Simms y Lindberg(40), el tipo de profesional que llegue a ser una persona, en nuestro caso, la enfermera, depende de su propio sistema. El sistema del yo profesional surge del yo personal. El concepto que tiene uno de sí mismo “es el resultado de las relaciones interpersonales previas” y afecta las propias relaciones futuras. “La opinión que tiene una persona de sí misma controla los papeles que será capaz de asumir”.

Cuidar llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida. La profesión de enfermería exige una vocación específica que implica ejercer nuestro trabajo con espíritu de servicio sin admitir la mediocridad, sin admitir las cosas mal hechas; debemos estar convencidos de la nobleza de nuestro trabajo. No debemos detenernos siempre en lo fácil sino buscar y enfrentar siempre lo difícil. Nuestra vocación no debe admitir nunca la rutina en la tarea diaria y no debe haber dos días iguales en el quehacer asistencial, docente e investigativo.

### **Algunos elementos de rescate del cuidado**

Cuando se les pregunto a las enfermeras según tu percepción que elementos del arte de cuidar rescatarías y cuales agregarías, esto fue lo que respondieron:

*Yo rescataría la comunicación con el paciente y agregaría más amor por lo que hacemos, recuperar hábitos y buenas costumbres (Talo) dar más amor a nuestra profesión, que haya un compromiso (juren) no es el escritorio, la papelería, tenemos que rescatar el respeto por el ser humano, póngase en su lugar, acuéstese en una camilla, cierre los ojos por un momento, como le gustaría que lo trataran (Liligar) una persona más gentil, amable, la forma de ser de la enfermera, que esté dispuesta todo el tiempo, más personal, no hay personal suficiente, para tantos pacientes (Marsa) más respeto hacia el enfermo, si eres enfermera de atención directa ponerte en ese rol (Lugon)*

El relato de las enfermeras denota que perciben y admiten ciertas deficiencias, por lo que consideran deben ser rescatados algunos elementos del cuidado: como la comunicación con el paciente, que deben agregar más amor a la acción de cuidar, es decir, sentir amor por lo que hacen, por la profesión, sentir respeto por el paciente y colocarse en su lugar, aducen en el discurso que el cuidado no es solamente de papelería y escritorio, la enfermera debe ser una persona gentil, amable y con disposición de tiempo para el paciente, además aluden que el personal no es suficiente, causa por la cual la enfermera de atención directa no puede ocupar su rol con eficiencia.

En concreto en el discurso se plantean cuatro ideas fundamentales a rescatar: comunicación, respeto por el paciente, amor a la profesión, disposición de la enfermera y escasas de personal. Rescatar es recobrar el tiempo o la ocasión perdidos, en el caso que nos ocupa las enfermeras basadas en sus experiencias vividas del cuidado cotidiano, expresan su preocupación por los elementos del cuidado que podríamos decir se han perdido o cambiado y que con conciencia profesional podemos rescatar en el ámbito del cuidado de la salud.

Como profesional de enfermería, considero que el principal reto está en establecer redes de comunicación que permitan las relaciones interpersonales genuinamente humanas, no solo con el paciente, sino también con el equipo y la gerencia de enfermería para dar a conocer sus insatisfacciones por las condiciones en el ambiente de trabajo, pues una persona insatisfecha no puede rendir en el trabajo y menos aún hacer un trabajo de calidad. Ponen gran énfasis en el rescate del respeto a la dignidad de la persona. La persona no puede ser utilizada como mero instrumento de trabajo para cumplir tareas en beneficio de particulares, referido a la institución como organismo empleador y como prestador de servicios de salud; implica, el respeto tanto del paciente como de la enfermera, en su autonomía y sus decisiones.

Respeto significa consideración y reconocimiento del valor de una persona o de una cosa. En el ámbito del cuidado, el valor respeto es indispensable, ocupa el valor de una herramienta de trabajo.

La palabra respeto proviene del latín *respectus* y significa “*atención*” o “*consideración*”. De acuerdo al diccionario de la Real Academia Española, el respeto está relacionado con la veneración o el acatamiento que se hace a alguien. El respeto incluye miramiento, consideración y deferencia. El respeto es un valor que permite que el hombre pueda reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades del prójimo y sus derechos. Es decir, el respeto es el reconocimiento del valor propio y de los derechos de los individuos y de la sociedad.

El respeto no sólo se manifiesta hacia la actuación de las personas o hacia las leyes, también se expresa hacia la autoridad. El respeto permite que la sociedad viva en paz, en una sana convivencia en base a normas e instituciones. Implica reconocer en sí y en los demás los derechos y las obligaciones, por eso suele resumirse en la frase “no hagas a los demás lo que no quieres que te hagan a ti”.

Por el contrario, la falta de respeto genera violencia y enfrentamientos. Cuando dicha falta corresponde a la violación de una norma o de una ley, incluso es castigada a nivel formal. Este castigo puede ser una multa económica o hasta el encarcelamiento. En nuestro caso, la falta de respeto al paciente como lo han expresado los informantes, está en contradicción con la ética profesional y con los derechos del enfermo.

Desde el punto de vista filosófico, uno de los filósofos que mayor influencia ha ejercido sobre el concepto de respeto en el mundo de la academia ha sido Immanuel

Kant. En su filosofía moral, este pensador sostiene que los seres humanos deben ser respetados porque son un fin en sí mismos. Al ser un fin en sí mismos poseen un valor intrínseco y absoluto. Por este motivo es que los seres humanos tenemos este valor tan especial, llamado por Kant la "dignidad"**(70)**. Si realmente queremos rescatar y hacer un propósito y voluntad de enmienda para recobrar el tiempo o la ocasión perdidos, debemos hacer una reflexión a fondo desde el punto de vista filosófico como la ciencia que enseña el significado de la vida. Kant, es el primero en vertebrar conceptos y prácticas, ya presentes en la tradición ética y en la vida cotidiana, sobre la base del respeto. El análisis del respeto contiene toda la ética kantiana y, en concreto, la que hace referencia al trato con el otro. En el respeto, un querer, una voluntad personal, se impone un límite, reconociendo otro querer, otra voluntad. La cosa es objeto de mi deseo, está en mis medios; la persona es fin en sí, no es medio, es límite a mi deseo. El otro se presenta, en la reflexión kantiana, como límite práctico ético; el otro es un otro que vale y existe frente a mí. La fuerza del análisis kantiano es haber ligado el problema de la *persona* al de la *obligación* y el de la obligación al de la *razón práctica*. El reconocimiento de la existencia de otro es correlativo de la doble instancia del *deber ser* y de la racionalidad en tanto que práctica. Lo que es digno de respeto por parte mía en el otro es lo que Kant denomina, *humanidad*. Gracias a que soy un *ser de respeto*, en el doble sentido de respetar y ser respetado, estoy situado en el campo de las personas, de la humanidad**(70)**.

He traído este pensamiento Kantiano al análisis porque considero que abarca gran parte de lo que nos compete a las enfermeras como agentes de cambio, no solo en el sentido de cambiar conductas o hábitos en el paciente, sino del cambio en nosotras mismas como enfermeras que sabemos que el cuidado se concibe como encuentro en interacción del yo con el otro, en el doble sentido de respetar y ser respetado. La enfermera en su rol de cuidadora, ha de estar consciente que el respeto empieza por ella misma como persona, porque lo que se respeta en primer lugar es la persona, en concreto, su dignidad como fin en sí. y el paciente no está en segundo lugar, al contrario, siempre estará en primer lugar, solo que al respetarse ella misma se enfrenta con la frontera del otro y encuentra un límite, en las fronteras siempre hay un límite: donde termina mi derecho, empieza el de los demás, o no hagas a otro lo que no te gustaría te hicieran a ti. Muy atinado es complementar este análisis con la postura de Torrealba (45). Es necesario cuidar en todas sus dimensiones, de esta forma vamos a velar y ayudar realmente a la persona enferma. No olvidando que “El cuidar de seres humanos es distinto del cuidar objeto, es un sujeto dotado de dignidad, abierto a la libertad y celoso de su intimidad, es una realidad que no se deja conceptualizar, no se deja agarrar, porque es, en esencia inabarcable”.

Si atendemos a la dimensión de la felicidad, presente en la ética de Kant, al mismo tiempo que respondemos mejor de la experiencia moral, tal y como se nos presenta, podremos considerar el respeto no sólo en su dimensión limitativa y restrictiva, sino también en su dimensión de cercanía y cuidado del otro. Respetar no es, no-hacer,

sino hacer; una ética del respeto conduce a una ética solidaria de intervención y solicitud, y de hecho ya lo es. Si esto no fuese así, el origen del respeto sería sólo el miedo (respeto por miedo), y sería un sentimiento de temor basado en una obligación no asumida en libertad, o bien, la simpatía con el otro(70).

El respeto a la persona significa el reconocimiento a la dignidad humana, es decir, un ser social y colectivo que merece que las demás personas de la comunidad donde se desenvuelve le respeten su libertad y sus derechos, en el caso de este trabajo, las enfermeras reconocen las deficiencias en el modo en que se comportan con el enfermo y con ellas mismas y lo manifiestan como elemento perturbador de su trabajo que desean rescatar o mejorar, para dar cuidado como el *deber ser*.

Al decir de Bermejo (71). La conciencia de que la persona enferma no es siempre tratada con la dignidad que le es inherente la encontramos siempre que se producen procesos de despersonalización en las relaciones, siempre que las necesidades no son satisfechas *a la medida del hombre*, siempre que la tecnología anula o reemplaza la insustituible importancia del encuentro interpersonal; siempre que los criterios economicistas impiden que los valores más genuinos humanos estén en el centro de los programas y servicios que tienden a prevenir, curar, cuidar o proteger en la dependencia.

En el campo de enfermería las visiones filosóficas del cuidar, separan la visión de ser humano biologicista, objeto de estudio en los servicios clínicos, por un ser

humano considerado sujeto, o persona. Filósofas, como Jean Watson, postulan que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no debe ser solo un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente.

La importancia de considerar al ser humano como sujeto, como un ser biosicosocial, como un ente único e irrepetible, le otorga al cuidado humano una base de calidad única y auténtica, en que la enfermera va a estar llamada a ayudar a la personas no solo para restablecer el equilibrio biológico y la curación, sino además a considerar la armonía de este ser con su mente, cuerpo y alma(27).En la concepción de Watson, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como co-partícipe en las transacciones de cuidados humanos.

Continuando con el análisis de la narrativa de los informantes tal como lo dicen:*agregaría más amor por lo que hacemos, recuperar hábitos y buenas costumbres, dar más amor a nuestra profesión, que haya un compromiso.* Este análisis se dirige hacia una reflexión filosófica del amor, en este sentido, Gevaert nos dice que un elemento de realización interpersonal lo constituye el amor de, y a los demás, la dimensión interpersonal de la existencia se ilustra, tanto en el amor que un ser humano recibe de los demás, como en el amor que él da a otros. El amor es siempre una abertura al otro, es una convivencia y comunión con el otro(52).

El amor que se recibe de los demás constituye un factor para el desarrollo y el equilibrio de la persona, a través de un trato como persona, como centro de dignidad, bondad, de valor insustituible y único de creatividad. Deesto podríamos hacer un símil a la relación interpersonal que debería establecer la enfermera con el paciente, debido a que la relación interpersonal tiene valor en sí mismo, independientemente de su utilidad en la transformación del mundo.

En ese sentido, la enfermera debe comprender que la relación interpersonal con el paciente conlleva a la realización profesional y de trascendencia, de comprender esto, no tendría dudas en adoptarla en su real dimensión como herramienta para elevar y fortalecer su condición humana y la de sus semejantes.

El compromiso de formación del recurso humano en enfermería para estos tiempos requiere de una visión de futuro de la ciencia de la Enfermería, en su dimensión humanizadora y en su dimensión científica; lo cual encajaría respecto de los nuevos tiempos en los que se debe tener en cuenta la realidad, las esferas culturales que respondan a la trascendencia de la naturaleza con el trabajo basado en el amor y que invitan a una constante reflexión en el camino **(22)**.

La teoría de Watson invita a cambiar la actuación frente al paciente para volver a las raíces del cuidado, que es delicado y frágil; invita a ser creativos; a tener amor a la profesión; a vivir el momento del cuidado transpersonal. A crear una experiencia de aprendizaje desde el arte, nuevas modalidades terapéuticas, hacer visible lo invisible

de Enfermería, hacer las pausas. Integrar cuidado y amor. Convergencia de Enfermería, el arte, espiritualidad y el cuidado. La situación actual del sistema de salud exige buscar nuevas estrategias. Teniendo en cuenta todos los elementos descritos, y con un sistema de salud deshumanizante, para los docentes no puede pasar inadvertida la formación de valores, la aplicación de estos paradigmas que promueven cambios en los estudiantes y en el mismo docente para un mejor cuidado de enfermería.

Según Marturana, lo que es especialmente humano no es el amor, sino lo que hacemos con amor en cuanto humanos; y es nuestra manera particular de vivir juntos como seres sociales en lenguaje, sin amor no somos seres sociales.

Para Gevaert el amor es un fenómeno biológico, al llegar a un nivel humano él se revela como la gran fuerza de agregación, de simpatía, de solidaridad. Las personas se unen y se recrean por el lenguaje amoroso y sentimientos de pertenencia a un mismo destino y a una misma caminata histórica. Sin el cuidado esencial el encauce del amor no ocurre, no se conserva, no se expande ni permite la consorciación entre los seres. Sin el cuidado no hay atmósfera que propicie el florecimiento de aquello que verdaderamente humaniza: el sentimiento profundo y la búsqueda del amor(52).

Las relaciones interpersonales que se dan entre la enfermera y el paciente en el proceso de atención son muy complejas y están influenciadas por múltiples situaciones y factores, entre ellos: los conocimientos, valores, principios y creencias

propias de la cada una de las personas. Por esto, los cuidados de enfermería suponen una confrontación positiva y activa entre la enfermera, el equipo de salud y los pacientes, que requiere del cumplimiento de una serie de características, tales como: honestidad en el actuar, inspirar confianza y respeto a la individualidad, las cuales contribuyen en la atención de los pacientes para la recuperación de la salud.

La enfermera es la persona que establece las relaciones afectivas y de esperanza más estrechas con los pacientes, por ello, el cuidado se desarrolla en el ámbito de lo interpersonal e implica concretizaciones de compasión, aceptación, empatía y respeto.

Junto con el progreso en los conocimientos biomédicos sobre el origen, el desarrollo, el cuidado y la naturaleza de la vida humana, se han perfeccionado técnicas, ha habido avances científicos y tecnológicos, que bombardean el quehacer del profesional de enfermería olvidando, en algunos momentos, que la esencia de éste no es otra cosa que el respeto a la vida y el cuidado del ser humano.

La Enfermería necesita una revolución humanística que la vuelva a centrar en su función *cuidadora*, en la atención y apoyo al paciente, además, si dicha revolución no se produce, los pacientes podrían demandar los servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios. Un reconocimiento del valor del cuidado humano en Enfermería surge desde siempre y enriquece el cuidado actual. La enfermera puede realizar acciones hacia un paciente sin sentido de tarea por cumplir

o de obligación moral siendo una enfermera ética. Pero puede ser falso decir que ella ha cuidado al paciente si tenemos en cuenta que el valor del cuidado humano y del cuidar implica un nivel más alto: el espíritu de la persona.

## CAPITULO V

### PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

#### **Metodología y categorías de asiento del aporte teórico**

En este capítulo se presenta una síntesis del aporte teórico como resultado de una investigación de campo, que fue el inicio de todo el proceso de sistematización que en un primer momento se trabajó de forma exploratoria y empírica y en un segundo momento fue analítica e interpretativa del sustrato teórico, filosófico e histórico que soporta el fenómeno: el arte de cuidar: un retorno a sus raíces. Experiencias de acciones muy significativas en el contexto de la investigación, me indujeron como investigadora a indagar sobre procesos de sistematización para organizar y proponer la estrategia metodológica de la Teoría Fundamentada en los Datos (TFD) para organizar la generación de conocimiento de elementos del cuidado que se pueden rescatar, mejorar, eliminar o agregar para darles re significación.

Los enfoques empírico- analíticos para la sistematización de información, se caracterizan por una intencionalidad de construcción de conocimientos, de carácter disciplinar o sobre la intervención profesional, en un contexto predominantemente académico” (72).

**Propósito:** Construir un aporte teórico explicativo para enfermería que contribuya a re significar la práctica del arte cuidar, como el objeto material de Enfermería.

**Método:** El aporte teórico explicativo, es producto de un estudio cualitativo exploratorio apoyado en las premisas de la Teoría Fundamentada en los Datos. Participaron en el estudio nueve (9) informantes: cinco (5) enfermeras que trabajan en las áreas de cirugía, medicina y ginecoobstetricia y cuatro (4) pacientes, de un hospital situado al norte de la ciudad de Valencia, en el período de agosto a diciembre de 2010. Los datos fueron recolectados por la técnica de entrevista en profundidad.

#### **En busca del significado del fenómeno.**

Para encontrar el significado del fenómeno en estudio, partimos de una pregunta troncal: ¿Qué significado le atribuyen las enfermeras y los pacientes al arte de cuidar? A partir de esta pregunta procuramos indagar para comprender el significado que le asignan desde su percepción las enfermeras y los pacientes al arte de cuidar, para ello partimos de una metodología que nos permitiera organizar los datos.

#### **Vía metodológica para la comprensión del significado del fenómeno**

Comenzamos por el muestreo teórico, el cual comprende la etapa en que el investigador decide cual es la información a buscar, cuales son los informantes, donde encontrarlos para inicial las entrevistas.

Ocurrido esto, tiene que revisar las entrevistas para ver qué temas importantes están emergiendo para orientar la saturación teórica, la cual ocurre cuando los análisis adicionales no aportan nada nuevo a la categoría (42). Para alcanzar la saturación teórica hicimos las entrevistas en dos grupos: un primer grupo formado por cinco (5) enfermeras con las mismas preguntas para observar y analizar la respuesta (discurso) en la comparación constante, buscando las diferencias y semejanzas de cada una para categorizarla y subcategorizarlas en temas, para su interpretación y discusión.

El segundo grupo constituido por cuatro (4) pacientes, entrevistados con la misma formalidad, con la diferencia del lenguaje de la pregunta adaptado al nivel de comprensión del paciente como vía hacia los intereses del investigador a efectos de comparar y contrastar el significado de acuerdo a su percepción.

**Las categorías que surgieron a partir de las entrevistas de las enfermeras fueron:**

Categoría 1: EL ARTE DE CUIDAR DESDE LA PERCEPCIÓN DE LA ENFERMERA:

Categoría 2: CUALIDADES DEL ARTE DE CUIDAR, SEGÚN PERCEPCIÓN DE LA ENFERMERA,

**Las categorías que surgieron a partir de las entrevistas de los pacientes fueron:**

Categoría 3: EL CUIDADO QUE PERCIBEN LOS USUARIOS.

Categoría 4: COMUNICACIÓN EN EL CUIDADO SEGÚN PERCEPCIÓN DEL USUARIO.

**Otra Categoría surgida de las preguntas para las enfermeras fue:**

Categoría 5: RESIGNIFICAR EL CUIDADO: RECREAR SOBRE LO CREADO

El estudio fue guiado por los fundamentos teórico-metodológicos de la Teoría Fundamentada en los Datos (TFD) la cual es una metodología de investigación basada en la formación ordenada de una teoría a partir de los datos encontrados en la investigación. La teoría, las categorías e hipótesis deben ser claras de manera que puedan ser verificadas, además deben ser comprensibles y tener aplicación prácticas (42). Un aporte teórico que llene esos requisitos debe ser adaptable a la situación que estamos estudiando y funcional para ponerla en uso. La adaptabilidad quiere decir que las categorías deben ser emergentes y no forzadas, o sea, deben ser la expresión abstracta de los datos. El atributo de funcionalidad es que la teoría sea significativamente relevante capaz de explicar, predecir e interpretar el fenómeno que estamos estudiando.

La estrategia metodológica para descubrir el aporte teórico fundamentado en los datos es el análisis comparativo, por medio de este proceso se pueden generar dos

tipos de teorías: sustantiva y formal. En nuestro caso, el aporte teórico es sustantivo por desarrollarse en un área de investigación sociológica, empírica y sustantiva como el cuidado de pacientes **(73)**.

Los elementos de este aporte teórico generado por medio del análisis comparativo y por la sensibilidad teórica del investigador son las categorías y sus propiedades conceptuales y las relaciones entre estas. Construir una teoría apoyada en la teoría fundamentada en los datos, significa reducir datos de muchos casos a conceptos, convirtiéndolos en un conjunto de afirmaciones que explican en sentido general lo que está aconteciendo **(43)**. La categoría central representa el tema central de investigación y tiene el poder de integrar la teoría con las siguientes características: todas las categorías deben relacionarse con ella, debe aparecer con frecuencia en los datos, la explicación a partir de la relación entre las categorías debe ser lógica y consistente **(73)**. A medida que el concepto de la categoría central se refina por medio de su integración a otros conceptos, la teoría crece en profundidad y poder explicativo, por último el concepto debe ser capaz de explicar las variaciones y aun cuando varíen las condiciones la explicación se mantiene ajustada **(74)**.

En la etapa final de la generación de teoría fundamentada en los datos, la integración corresponde a la articulación de los componentes de la teoría. Las categorías y las propiedades son ordenadas por similitudes, conexiones y ordenamiento conceptuales.

Así mismo las categorías relevantes que emergieron de los datos permanecerán reflejadas en el análisis conceptual (75).

### **Presentación del aporte teórico**

El aporte teórico-explicativo fue delimitado partir del fenómeno central: **El arte de cuidar: un retorno a sus raíces**, determinado por cinco (5) categorías: El arte de cuidar desde la percepción de enfermera. Cualidades del arte de cuidar, según percepción de la enfermera. El cuidado que perciben los usuarios. La comunicación en el cuidado desde la percepción del usuario y Re significar el cuidado: recrear sobre lo creado.

Se organizaron las categorías para que en el debate y la discusión condujera a buscar las relaciones de las propiedades de y entre las categorías y de estas con el fenómeno como asiento del aporte teórico con la posibilidad de accionar e interaccionar en el proceso de cuidar, entre la institución, el personal, profesionales actuales y futuros, paciente y familia articulando las acciones entre sí como grupo social, ya que una acción conjunta siempre sufre un proceso de formación aún cuando pueda ser una acción repetida o establecida.

Partiendo de la pregunta troncal: ¿Qué significado le atribuyen las enfermeras y los pacientes al arte de cuidar?

Se interpreta en los discursos que las enfermeras perciben que el arte de cuidar como un proceso dinámico, integral y de actitud humanitaria que se contradice con la práctica actual en un contexto viciado, lo cual desean cambiar, porque hay casos en que se sienten insatisfechas por falta de reconocimiento social y la forma como están cuidando. En esa situación, quieren rescatar e incrementar (*agregar*) elementos presentes, o sea, crear algo nuevo a partir de aquello que ya existe en la realidad. En esa perspectiva, lo nuevo lo idealizan a partir de lo viejo, con conciencia crítica de la realidad y voluntad con capacidad para configurar nuevos modos de cuidado, pues la creatividad en la recreación de lo ya producido es un elemento importante en la posibilidad de aprovechar el conocimiento universal (76). Hecho que tiene que ver con la característica de transferibilidad de la metodología cualitativa.

De acuerdo a las orientaciones filosóficas del Interaccionismo Simbólico, gran parte de las acciones sociales, particularmente en una sociedad organizada, como en el caso de las instituciones de salud, existen patrones recurrentes de acción conjunta. Las personas tienen un entendimiento de cómo obrar y de cómo las otras personas pueden obrar, ellas comparten significados comunes y preestablecidos de lo esperado en la acción de los participantes, y cada participante es apto para guiar su comportamiento hacia esos significados (41)

### **Fundamentos teórico- filosóficos**

La explicación del aporte teórico integrado, está representado por los principales referentes teóricos, filosóficos del cuidado humano que sustentan la interpretación de estos resultados, reflejados en las entrevistas. Algunos de ellos son los siguientes:

Boff. Heidegger. Mayeroff. Nightingale. Watson. Leininger, Collière. Travelbee. Henderson. Maslow. Glaser y Strauss. Strauss y Corbin, Charmaz.

El modelo de cuidado de enfermería de Nightingale está basado en la interrelación paciente-entorno. Sus principios consisten en adecuar el medio ambiente para que la naturaleza actuara en la recuperación del paciente. Las enfermeras debían proveer al ambiente ventilación, luz, calor, agua, dieta, limpieza, silencio y el hospital debía tener servicios de cocina, farmacia, alcantarillado y lavandería (2,3). Ella no compite con los médicos, sino que guarda estricta obediencia a su saber en relación a las prescripciones médicas, pero usa el poder político-económico para implementar los cambios hospitalarios.

Es así como en la categoría 1, EL ARTE DE CUIDAR DESDE LA PERCEPCIÓN DE LA ENFERMERA, expresaron:

*Yo considero que el arte de cuidar es el conocimiento y la forma de hacer las cosas, como debe ser, el arte es que uno sienta lo que quiere hacer para que la persona sienta que lo estoy haciendo con amor (liligar) Para mí el arte de cuidar es proporcionar apoyo a una persona de manera empática, significa ponerse en el lugar de la otra persona, no hacer lo que no quisiera que me hagan a mí (Juren) ,ayudar al paciente en la satisfacción de sus necesidades básicas, alimentación, hidratación,*

*respiración e higiene, escuchar y hablar con el paciente, acompañarlo en el proceso de recuperar su salud, enseñarle para que pueda hacerlo por sí mismo (Talo)*

Nightingale afirmo, “La destreza practica indica cómo hacerlo. La formación y la experiencia son necesaria para saber cómo observar y que observar; como pensar y que pensar” (2). A pesar de su vocación y gran amor por la enfermería, no se queda en el amor para consolar la miseria, ni en la contemplación del sufrimiento, aplica la teoría causal de las enfermedades, no se queda en el porqué de la mortalidad, sino que hace cambios, modifica la estructura arquitectónica del hospital para que el cuidado de la enfermera cure a los enfermos. Calificó la enfermería como “la más bella de las artes” y la enfermera en ese afán ha creado y ha hecho de su destreza práctica del cuidado, el arte de su profesión, el arte de cuidar.

En la teoría de Boff, el cuidado significa desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato. Estamos ante una actitud fundamental donde la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud. Por su propia naturaleza, el cuidado encierra dos significados básicos ligados entre sí (1). El primero, la solicitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro. Y, segundo, de preocupación y de inquietud, porque la persona cuidada se siente envuelta y afectivamente ligada al otro.

La teoría de las necesidades humanas propone los conceptos de que el cuidado está centrado en satisfacer las necesidades humanas. Virginia Henderson, aplica conceptos de la teoría de la psicología humanística, formulada por Abraham Maslow, quien define las necesidades humanas como unidades de motivación personal,

organizadas en jerarquía dispuesta en una pirámide de cinco (5) niveles: Fisiológicas Básicas, Seguridad, Afiliación, Autoestima y Autorrealización.

Henderson, basada en estos supuestos teóricos aboga por la satisfacción de necesidades para lograr el auto cuidado y define la enfermería en términos funcionales: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible" (4), la autora identifica catorce (14) necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Ante la Categoría 2: CUALIDADES DEL ARTE DE CUIDAR, SEGÚN PERCEPCIÓN DE LA ENFERMERA. En las Cualidades del desempeño empírico, ético, estético y personal en el arte de cuidar expresaron:

*las técnicas que yo aplique, lo debo hacer con conocimiento científico, hacer las cosas bien hechas, que se vea que es un enfermero que está haciendo el procedimiento, hacerlo con estética, tener arte, el equipo bien presentado, con amabilidad, sentirlo (Liligar)... individualizar al paciente, ayudarlo a realizar las necesidades que él no puede hacer, averiguar todo: religión, cultura, costumbres, usos, responder a la confianza que nos han depositado por los conocimientos, acompañarlo (Taló) respeto al paciente, a su condición de enfermo, respetar su pudor, no me pases caballeros, la señora está en trabajo de parto, la están examinando (Lugon) tener responsabilidad, no decirlo, sino expresarlo con mis acciones, como aplico los valores en el área de trabajo, principios éticos como el*

*principio de beneficencia o no maleficencia, no hacerle daño a la gente(liligar) somos seres humanos que tratamos con seres humanos, dar amor, que haya un compromiso (Juren)la comunicación, el amor por lo que se hace, saber por qué lo hacemos, con solidaridad, que sepa que cuenta conmigo(Taló)*

Se interpreta que las enfermeras se refieren a las cualidades cognoscitivas que deben poseer para abordar los procedimientos técnicos del cuidado, es decir, los conocimientos de la ciencia de enfermería que ellas poseen y que a la vez lo definen como el deber ser, significa, saber para hacer.

Carper, identifico cuatro patrones de conocimiento derivados del análisis y de estructura del conocimiento de enfermería. Los cuatro patrones se distinguen de acuerdo con el tipo lógico de su significado y se han designado como: empírico, la ciencia de enfermería, estético, el arte de enfermería, conocimiento personal y ético, el conocimiento moral de enfermería (4).

El patrón de conocimientos científicos abarca los hechos y la información necesarios para desempeñar tareas técnicas, es decir, los principios de destreza, los pasos técnicos y los conocimientos sobre el equipo. Ahora bien, como la enfermería se desenvuelve en el contexto de una relación recíproca entre la enfermera y el paciente, los conocimientos sobre la comunicación y las relaciones interpersonales forman parte de los conocimientos científicos. La enfermera debe conocer la naturaleza de una relación de ayuda y la manera de utilizar las técnicas verbales y no verbales para comunicarse con el paciente, con la familia y con los miembros del equipo de salud (4).

El conocimiento científico también abarca el conocimiento de las diferentes formas en que los factores socioculturales y del desarrollo afectan la conducta del paciente, por ejemplo debe saber cómo pueden influir en un paciente las ideas religiosas y culturales a la hora de cooperar en un plan terapéutico. Para enfermería, la cultura es un concepto muy significativo, y por esa razón, ella lo asume como un valor. Para la enfermera el conocimiento de la cultura es muy significativo para cuidar y educar en materia de salud, en la cultura se cultiva el modo de vida de la gente, por lo cual enfermería fundamenta el cuidado individual, basada en el conocimiento de la cultura, referido al respeto de los hábitos, costumbres y creencias de la persona cuidada.

Leininger, define la enfermería como una “ciencia y arte humanístico aprendido que se encuentra en las conductas de cuidados, funciones y procesos personalizados, dirigidos a promover y mantener las conductas de salud o recuperarse de enfermedad. Las conductas tienen significado físico, psicocultural y social o tienen significado para los que son atendidos generalmente por una enfermera profesional o por una enfermera con similares competencias de rol” (4).

Para Carper, la ética se refiere al componente moral del conocimiento de enfermería e influye en las decisiones que deben tomarse en el contexto de creciente dificultad del cuidado de la salud. Es de gran interés tanto en los docentes como en el personal de los servicios de enfermería ya que sugiere problemas con lo moralmente correcto o

incorrecto en conexión con el cuidado, el tratamiento de las enfermedades y la promoción de la salud **(53)**.

Hans Jonas, considera que: “no basta el respeto a la ley moral si éste no viene acompañado del sentimiento por la responsabilidad que vincula este sujeto a este objeto y nos hará actuar por su causa”. En efecto la responsabilidad está en el poder que yo tengo de causar un daño, o un beneficio de todo aquello que se halla en el campo de mi acción. La responsabilidad significa que yo puedo responder por mis acciones y solamente se entiende en el sentido de interpretar la libertad como poder respetar o no respetar aquello que es valioso **(55)**.

Se interpreta que la enfermera actúa guiada por los valores asumidos. Ella hace una valoración con respecto del estado de salud o enfermedad del paciente para realizar sus acciones con responsabilidad, con honestidad y compromiso, en el cuidado de enfermería no caven los anti valores. La creación estética de enfermería se hace visible a través de sus acciones de cuidado, las actitudes, la sensibilidad humana y las interacciones que desarrolla en respuesta a las personas cuidadas.

Carper, afirma, la estética de enfermería es la forma en que se expresan los conocimientos de enfermería. Es el “arte” o el “corazón” de enfermería. A diferencia del conocimiento científico, que se adquiere mediante la investigación, la estética abarca los sentimientos adquiridos por la experiencia subjetiva. Gracias a este arte, la

enfermera expresa lo humanitario de su labor, la estética comprende creencias, actitudes y valores (4).

Para Watson y Chinn: el arte captura, expresa y recrea el espíritu humano y la vida en todas sus formas. El arte de enfermería incluye la disponibilidad en recibir al otro ser, en comprender su experiencia y en expresar eso, permitiéndole que el otro también exprese sus sentimientos. Ello es vivenciado y co-creado en el momento de cuidar (57).

Si enfermería se entiende como un proceso interpersonal que requiere interacciones y relaciones entre el paciente y la enfermera, no cabe duda que la enfermera se conciba como un ser terapéutico, razón por la que debe conocerse interiormente. Eso hace pensar que el “uso terapéutico de sí mismo” envuelve una relación en la cual requiere conocerse y conocer al paciente porque el “ser” se crea en relación con otros (57).

Por lo general, las enfermeras que poseen una conciencia y un conocimiento muy desarrollados sobre sí mismas tienen un mejor auto concepto y sintonizan más con sus clientes (4). El conocimiento de sí mismo implica la relación con los demás, pero esa relación esta basadas entre las personas, más que entre las funciones que desempeña.

La enfermera como persona interactúa constantemente con el ambiente personal; como profesional interactúa con el medio profesional. Como el ser humano

desarrolla primero el yo personal, ese conjunto de comportamientos organizados forman las bases que conducen a una profesión. En tal sentido, el yo personal ejerce una gran influencia en el yo profesional. El respeto tal como es percibido por las enfermeras se interpreta como un incentivo a la autoestima del paciente, en el sentido de que se sienta bien atendido, a gusto, satisfecho porque es tratado como una persona de derechos y deberes.

Según Carper, cada patrón de conocimiento puede ser concebido como necesario para lograr el dominio en la profesión, pero ninguno de ellos por sí solo debe ser considerado suficiente, ni tampoco son mutuamente excluyentes. La enseñanza y el aprendizaje de un patrón no implican rechazar o descuidar ninguno de los otros (7).

### Categoría 3: EL CUIDADO QUE PERCIBEN LOS USUARIOS

*Desde que llegue allá abajo en la sala de parto donde están los doctores que me atendieron, y aquí hasta los momentos, muy bien los cuidados, están pendiente de uno, (Brillyd) lo veo bien, a mi me toca el medicamento cada 8 horas, llegan a la hora, me lo ponen explicando que y porque me lo están poniendo (Ana) atienden bien, son atentas con los medicamentos, pendiente por la infección, cada rato la chequean (Ginet) Todas me tratan igual, cuando cambian de turno, siempre me dicen ¿Cómo amaneciste? ¿cómo pasaste la noche? ¿cómo te sientes hoy? ¿Estás de buen ánimo?, eso me reconforta porque sientes que te van a ayudar (Luis M) se preocupan, una enfermera se dio cuenta que estaba mal, me paraba, me mareaba, ella insistió tanto que me hicieron un examen de hematología y me salió muy bajita, me mandaron a transferir sangre, gracias a ella (Brillyd), Yo creo que la enfermería no es solo medicamentos, es un acompañamiento, porque si no, todo es “entiérrele las pastillas”, es un acompañamiento a una persona enferma, es más difícil manejar la enfermedad del alma que la física. Ellas al verme llorando sacaban tiempo para hablar, animarlo, ahí me sentía cuidado, sentía una persona a mi lado, sentía tranquilidad, hay personas con ese carisma, ese sentido de madre, tengo esta herida en el pie, la jefe me hizo la limpieza, ahí me sentía bien porque ella sabía, tenía*

*conocimiento y le explica a las auxiliares, yo dije: estoy con la más dura acá, siente la calidad humana de esa persona, se esmera por uno porque le nace, ahí es donde nace una vocación (L. Manuel)*

Por lo general el cuidado en equipo y oportuno es otorgar atención médica y cuidado de enfermería al usuario, al momento, conforme a los conocimientos profesionales y principios éticos, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas, con igual satisfacción de los prestadores de servicios y de la institución.

Según la OMS, existe un “equipo” o grupo, cuyos miembros colaboran en el cuidado y mejoramiento de la salud; el equipo está conformado por trabajadores de la salud, tales como médicos, enfermeras, educadores sanitarios, trabajadores sociales, ingenieros y estadísticos, sus esfuerzos es prestar servicios en el campo de la salud y cada miembro del grupo comparte, por igual, tanto privilegios como responsabilidades **(8)**.

*Están pendiente*, significa estar vigilante, sentirse acompañado, apoyado, en confianza y por lo tanto, el paciente se siente atendido, satisfecho, tranquilo y con esperanzas de superar su problema. Según Suazo, la enfermera es la persona que establece las relaciones afectivas y de esperanza más estrechas con los pacientes, por ello, el cuidado se desarrolla en el ámbito de lo interpersonal e implica expresiones de compasión, aceptación, empatía y respeto **(58)**. El cuidado incluye atención y dedicación basada en la confianza.

Se destaca que todo trabajo en equipo presupone la existencia de varias dimensiones, organización, dinámica y productividad. Se sustenta que es esencial la identificación de cada miembro del equipo, su sentido de pertenencia y membrecía de la institución, la labor de todo el grupo de salud, lo que lleva a un grado de "realización personal" que en última instancia es el objetivo central de contribuir al logro de la meta, el cuidado de la salud para la recuperación del enfermo.

Para los informantes la percepción del cuidado de la enfermera, consiste en que las enfermeras se inquietan por su estado de salud, se preocupan por la situación, la enfermera esta allí pendiente de todo.

Para Griffin “la preocupación por los demás es fundamental para un ideal servicio, no es suficiente en sí mismo para formar el propósito profesional, aunque es cuestionable, si alguien podría ser enfermera profesional, sin poseer un entusiasmo auténtico y si no se preocupara por los demás”.

En este caso, se observa un paciente reconociendo el conocimiento y la pericia en el trabajo artístico de la enfermera, que como todo arte, envuelve sensibilidad, empatía y competencia, además percibe la preocupación de la enfermera por su situación humana, el paciente, *está* en situación de enfermo, se intuye que la preocupación abarca su ser y su estar, vale decir, el *ser está* enfermo.

Las acciones cotidianas permiten a la enfermera ver al enfermo como un ser humano holístico. Es decir, ver al enfermo más allá de su realidad física, ver lo que

está “detrás” de él, lo que está en su subjetividad, verlo en su corporeidad **(18)**. Bien lo dice Jaspers “La existencia empírica es una situación, cambiar de situación o crear situaciones es casi todo el quehacer del hombre” (61). La enfermera en su quehacer cotidiano le es fácil encontrarse con cambios de situaciones y muestra la preocupación por la situación humana de cada paciente, cuando entra a la sala de hospitalizados, al lado de la cama de cada enfermo, se interroga por su ser y por su estar.

Según la teoría del cuidado humano, la enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. “Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”**(27)**.

Para Colliere, cuidar es un acto de vida, cuyo objetivo es primero y por encima de todo permitir que la vida continúe y se desarrolle, de esta forma luchar contra la muerte del individuo, del grupo y de la especie**(5)**. La evolución del cuidado enfermero está estrechamente ligada a la consideración del concepto de salud-enfermedad que ha caracterizado a cada momento histórico. Según la autora, el origen de las prácticas de cuidados está ligado a las intervenciones maternas que aseguraban la continuidad de la vida y de la especie. La alimentación, como necesidad básica que implica suplencia y ayuda por parte de la madre.

En el análisis e interpretación de la sub categoría Sintiéndome cuidado: una experiencia vivida, se ven reflejados y percibidos por los pacientes todos los momentos históricos del cuidado.

La primera de estas etapas, denominada «etapa doméstica del cuidado» por ser la mujer en cada hogar la encargada del mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio, comprende desde las primeras civilizaciones a la caída del Imperio Romano. *Hay personas que tienen ese carisma, ese sentido de madre.* El amor de la mujer, sobre todo,...es siempre en su fondo compasivo, es maternal... el amor maternal es compasión al débil, al desvalido, en la mujer todo amor es maternal. La compasión es pues, la esencia del amor espiritual humano, del amor que tiene conciencia de serlo, el amor compadece y compadece más cuanto más ama **(63)**.

La «etapa vocacional del cuidado», o segunda etapa de la evolución del cuidado enfermero, se encuadra en la historia desde el origen del pensamiento cristiano, hasta el final de la Edad Moderna, momento en que el concepto de salud-enfermedad adquiere un valor religioso *Se esmera por uno porque le nace, ahí es donde nace una vocación*“, el cuidado solamente surge cuando la existencia de alguien tiene importancia para mí, paso entonces a dedicarme a él, me dispongo a participar de su destino, de sus búsquedas, de sus sufrimientos y sucesos, en fin, de su vida”(1).

La tercera etapa, «etapa técnica del cuidado», que se desarrolla a lo largo del siglo XIX y gran parte del XX, surge como resultado del tipo de atención a la salud predominante en la época, centrada en la lucha contra la enfermedad, en la que el saber médico se enfoca a la persona como enfermo y las personas encargadas de prestar cuidados adquieren un papel de auxiliar del médico. *Esta herida en el pie, la jefe me hizo la limpieza, ahí me sentía bien porque ella sabía, tenía conocimiento le explica a las auxiliares.*

Finalmente, la «etapa profesional del cuidado», en la que la enfermería se consolida como disciplina y como profesión con una responsabilidad definida en el cuidado de la salud de la población, es la cuarta etapa en la evolución del cuidado enfermero, cronológicamente comprende las últimas décadas del siglo XX hasta nuestros días (5).

Según Colliere, desde la división del trabajo, la mujer se convierte en cuidadora de los niños o enfermos, tomando el concepto de cuidar un amplio sentido: alimentar, proteger del frío y calor, movilización..., es decir, " Cuidar, velar, representa una serie de actos para asegurar la satisfacción de necesidades indispensables para la vida, con el objetivo de hacer retroceder a la muerte," *yo dije: estoy con la más dura acá, uno siente la calidad humana de esa persona*", utilizándose métodos para responder a las necesidades de los individuos.

#### Categoría 4: COMUNICACIÓN EN EL CUIDADO SEGÚN PERCEPCIÓN DEL USUARIO

*...la del lunes en la noche es muy buena, una señora dulcita, atenta, la de anoche (martes), la enfermera tenía carácter fuerte, viene pone su tratamiento y se va, uno le pregunta; entonces ella dice tienes que esperar estoy sola, tengo 40 pacientes (Brillyd) ellas se comunican cuando llegan a la guardia y lo reciben, algunas me llaman por mi nombre, otras señor, algunas me explican cuando me pinchan, otras muy poco, hay unas muy secas, viene mira, ta ta, chao y listo, uno les pregunta, pero no son comunicativas. Desde la puerta te gritan, estoy sola, si necesitan algo o tienen dolor me avisan allá, que sea temprano, me dicen y ya. No las ves mucho, uno piensa esta jornada va ser dura, porque si no contamos con ayuda, que vamos hacer, hay pacientes que se ríen, yo me asusto (Luis. M) bueno, me llaman por mi nombre, pero yo no conozco sus nombres, siempre están corriendo (Ana)*

Los problemas más grandes de la comunicación, no son que no se encuentre con quien hablar, sino más bien, que no se sabe escuchar. Saber escuchar requiere superar ciertas dificultades, la verdadera escucha tiene su origen en actitudes interiores, que no son innatas, sino que hay que formarlas para poderlas adquirir. Hungelmann, afirma que escuchar implica prestar atención a cada una de las palabras y al tono de la voz, y entrar en su entorno de referencia (64). Ser capaz de explicar su

historia ayuda al cliente a romper la tensión de su malestar, porque una historia necesita de un oyente.

Estas formas de comunicación, no solamente afectan la estética del arte de cuidar de la enfermera, sino que también hemos observado en algunos contextos de cuidado, donde surgen situaciones inevitables, provocadas por el hacinamiento y la sobrecarga de trabajo mostrando un desequilibrio entre la oferta de enfermeras y la demanda de personas con necesidades de cuidado.

Para cuidar de otro, es preciso conocer principalmente quien es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles son sus necesidades y lo que conduce a su crecimiento, preciso saber cómo responder a sus necesidades y cuáles son mis propios poderes y limitaciones **(36)**.

No obstante, ante lo observado y lo expresado por las enfermeras a solicitud de los usuarios, queda claro que una enfermera con 40 pacientes a su cuidado en un turno de trabajo, le es muy difícil por no decir imposible establecer un dialogo en la relación interpersonal, contrario a lo recomendado por la norma, que según Balderas **(12)**, los criterios para cuidados parciales (hospitalización sin gravedad, recuperación) son de 3 a 4 enfermeras por cada turno.

Para Travelbee, la relación terapéutica es una relación persona a persona y es una meta a ser alcanzada, llegando al resultado final de una serie de interacciones

planeadas entre dos seres humanos, enfermera-paciente, los cuales durante el caminar del cuidado desenvuelven la capacidad creciente de establecer relaciones interpersonales (47).

Todas las personas se comunican, pero los profesionales sanitarios modifican la comunicación normal para favorecer la salud de los pacientes, de esta manera, el arte se transforma en elementos y habilidades terapéuticas, debido al intento de uno de sus participantes en lograr un cambio positivo en el otro (4).

Estas expresiones a la interpretación se pueden asumir como barreras de la comunicación, puesto que una persona que no da lugar a una pregunta de su interlocutor, mal puede pensarse que pueda entablar una comunicación interpersonal y menos identificarse, es mediante la palabra y la acción que los humanos entran en contacto.

Sundeen afirma: “el hecho de que la enfermera sea incapaz de escuchar resulta devastador para crear una relación útil. Al escuchar se transmite el mensaje de ”usted tiene valor para mí” y “estoy interesada en usted” (40). La comunicación terapéutica se caracteriza por estos comportamientos, por lo que la enfermera debe “escuchar activamente” para cumplir la meta de ayudar al usuario.

Según Travelbee, el trabajo de la enfermera solo será posible a partir del establecimiento de la comunicación. Comunicarse con otra persona puede ser una

experiencia significativa o no tener ningún significado, dependiendo de cómo ella se desenvuelva. Lo fundamental para el éxito de la relación personal, es el compromiso de los envueltos en esa relación **(47)**.

Las actividades terapéuticas exigen la capacidad de escuchar; al escuchar la enfermera profesional demuestra que es capaz de poner sus necesidades (cumplir sus tareas cotidianas) en un segundo plano con respecto a las necesidades del paciente. El comportamiento más perjudicial que puede presentar una enfermera es no escuchar, porque el mensaje que le transmite al usuario es: “usted no tiene valor para mí” o “usted no me interesa”, en una situación así, ocurre todo lo contrario a lo sugerido por Sundeen, podríamos decir, que la enfermera cumple las tareas de su trabajo y ya está, como lo hace el *animal laborans*. El laborar está relacionado con el *consumir* (satisfacer necesidades) y ambos están subordinados a la necesidad de *subsistir* **(66)**.

H. Arendt, asegura para el “Animal Laborans” no existe el mundo. Vive concentrado, disfrutando y sufriendo, sus procesos biológicos. Para trabajar bien, el trabajador necesita amar o valorar aquello en lo que trabaja y de tal modo tiende a ser, un buen artesano.

El trabajo que nos gusta, es un placer, este concepto se apoya en el argumento aristotélico: “la felicidad consiste en realizar actividades, no la constituyen placeres producidos por las actividades. Las actividades concebidas como productoras de

placer, son labor. Las actividades concebidas como constitutivas de la felicidad, son trabajo (6).

En la percepción del paciente en este análisis, podemos concluir que en el mundo del cuidado, entre las barreras de la comunicación de este grupo se destacan: sobrecarga de trabajo, lo cual se evidencia en la propia expresión de la enfermera: *estoy sola, si necesitan algo, me dicen y ya*. Esa primera barrera se constituye en una fuente generadora de otras barreras como: contexto hacinado, lo cual tiene mucho que ver con el espacio, considerado como una condición para establecer una buena comunicación. Falta de tiempo para escuchar, generado también por la sobrecarga de trabajo. Decisión personal y profesional, la enfermera tiene autonomía y puede decidir si trabaja como un robot mecánicamente o si trabaja como profesional, aceptando o no, esas condiciones.

#### Categoría 5: RESIGNIFICAR EL CUIDADO: RECREAR SOBRE LO CREADO

*la enfermera ha sido marginada por la sociedad, pienso que se debe a nuestro pasado histórico, la enfermera estaba sometida al médico, eso ha hecho mucho daño, no nos sentimos profesionales independientes del médico, hemos creído que sin las indicaciones medicas no hacemos nada (juren) la misma enfermera, siempre está abocada al cumplimiento de las órdenes medicas, no se auto valora, nos ven como la persona que tiene que obedecer al médico. Antes le dedicaba más tiempo al paciente y luego los procedimientos, ahora es todo lo contrario y la parte humanística se deja de lado porque el tiempo no lo permite (Talo) antes nos enfocaba mucho el arte de enfermería, no teníamos tanto conocimiento científico, pero si la forma de abordar al paciente con respeto (Liligar) Lo que hacemos todos los días como un robot, llegamos, verificamos el tratamiento, hacer pedido, controlamos los signos y al paciente lo obviamos, yo eliminaría la rutina, todavía se ve enfermeras rutinizadas, con frialdad y mal humor, ello hace que la enfermera sea mal vista (Talo)de repente, la misma rutina, si la rutina es lo que te tiene así, para que*

*haces especialidad, llegas a la misma rutina, debemos eliminar el automatismo, la desunión entre colegas, pensando dañar a fulana, a la hora de la verdad es la imagen de las enfermeras la que daña (Juren) lo haces todo mecánicamente, no tienes tiempo para charlar con ellos, ni informarle, si preguntan algo, le dices ya va, y de verdad no te da tiempo, trabajas a lo loco (Marsa)*

Comencemos por aclarar que la fundamentación teórica del ejercicio del cuidado, tiene raíces de naturaleza religiosa, así cuidar a un ser humano en circunstancias de vulnerabilidad según la visión judeo-cristiana, era encarada como un deber cuyo fin último lo constituía una práctica de caridad, donde el otro era considerado como hermano.

Las expresiones de las enfermeras, dejan ver muy claro una situación de insatisfacción, lo cual puede interpretarse como resentimiento social, no tanto por el estatus de auxiliar del médico, que muchas veces los propios médicos lo dicen y las enfermeras reafirman con obediencia complaciente, sino por el desconocimiento de su rol como actor social, cuyo trabajo no es reconocido, ni siquiera por el propio paciente que ha vivido la experiencia de la continuidad del cuidado de la enfermera, 24 horas diarias, durante su hospitalización.

Un aspecto se refiere a la característica femenina de fecundidad y la capacidad de generar y amamantar. Otro es el aspecto de influencia religiosa en que la práctica era hecha por religiosas, vírgenes y viudas sujetas a reglas conventuales que prescriben conductas de “mujer consagrada” (5).

El cuidado implica la comprensión del ser humano en su proceso de vivir, en sus derechos, en su especificidad, en su integridad. Orientarse por el cuidado en ese sentido, es romper con la deformación excesivamente basada en la hegemonía biomédica, en el autoritarismo de las relaciones, en el poder construido a partir de un saber que silencia a otros y cosifica los sujetos.

Una profesión es autónoma si se regula por sí mismo y si establece normas para sus miembros. Para ser autónomo un grupo profesional tiene que garantizar la autoridad legal que describa el ámbito de sus prácticas, defina sus funciones y papeles particulares y establezca sus objetivos y responsabilidades al distribuir sus servicios (4).

En las investigaciones de enfermería no se puede obviar la influencia del género, por el hecho que enfermería es una profesión, no exclusivamente femenina, pero sí de predominancia de las mujeres y aunque es cierto que éstas han logrado muchos derechos, no es menos cierto, que éste tipo de jerarquía valoriza un tipo de saber cargado de racionalidad instrumental, identificado en el medio hospitalario como el saber médico, en detrimento de otros saberes más relacionados a la interacción del vivir cotidiano, como es el trabajo de las enfermeras que por razones lógicas se da en espacio y tiempo compartido (cuerpo del paciente y hospital).

El quehacer médico se asocia el desarrollo de la autoridad racional ligada al dominio de un campo de conocimientos y la práctica con el de la irracionalidad, deformación

autoritaria por instrumentalización del poder y prestigio que tienden a dar la profesión.

De allí, que mientras la masculinidad se define por el poder, la condición femenina se define por ausencia de poder. Desde el punto de vista filosófico, el poder masculino “es un principio de trascendencia, de poder sobre las cosas, sobre la naturaleza y por supuesto sobre la mujer. Este, es el origen de la inmanencia de la mujer, que no es otra cosa, sino el reverso de la trascendencia del hombre” (67).

La experiencia nos dice que los procedimientos con tecnología sofisticada a veces requieren más tiempo de la enfermera en chequeos, observaciones y mediciones, que el dedicado al paciente como persona. Nietzsche, define tecnologías de cuidado como: “Todas las técnicas, procedimientos, conocimientos utilizados por la enfermera (o) en el cuidado (68). Como profesionales comprometidos con el cuidado, hoy día es necesario construir una relación con el ser humano atendido, usando múltiples opciones tecnológicas para enfrentar los diferentes problemas de salud.

También se afirma que según los lugares de ejercicio y el tipo de servicios, la influencia de la formación continuada, la preocupación por volver a encontrar las raíces de su práctica profesional y el deseo de volver a dar sentido a los cuidados del enfermo, muchas enfermeras han buscado diferentes vías para distanciarse de la influencia médica(57).

Dice Bermejo, a mi juicio la técnica es un medio, que más que des-humanizar puede humanizar, en función de cómo se utilice. Así lo creía Ortega: “el hombre empieza cuando empieza la técnica. No hay hombre sin técnica. Quien deshumaniza la técnica, por tanto, es el ser humano. En esta situación son dos los peligros más graves de la técnica: el reduccionismo y la tecno latría (59). Esta teoría reafirma lo que dicen y hacen los informantes: *le dedican más tiempo a los procedimientos y la parte humanística se deja de lado*, es precisamente lo que le asigna importancia al propósito de esta investigación: construir un aporte teórico-explicativo que re signifique el arte de cuidar: volver a sus raíces.

Realmente en este discurso se observa que las enfermeras actualmente están cuidando en condiciones de adversidad, podríamos decir deshumanizadas, en un ambiente de trabajo conflictivo, de inconformidad, algo que se puede interpretar como insatisfacción en el trabajo.

Según diccionario ilustrado de la lengua española (60), rutina significa costumbre inveterada o hábito de hacer las cosas por mera práctica y sin detenerse a razonarlas.

Las palabras empleadas para describir su acción del cuidado tienen una gran similitud con la palabra rutina, por ejemplo, mecánicamente viene de mecánico y mecánico según diccionario (60), es el que maneja y arregla maquinas y loco, el que ha perdido la razón o poco juicioso, poco razonable.

La palabra robot puede referirse tanto a mecanismos físicos como a sistemas virtuales de software. Sin embargo, todos sabemos que a un robot puede hacer muchas cosas, pero, carece de sensibilidad humana, sentimientos y calor humano, algo indispensable para dar cuidado humano, estas son cualidades que solo puede dar la mano del hombre.

Un computador y un robot no tienen condiciones de cuidar del medio ambiente, de llorar por las desgracias de los otros y de regocijarse con las alegrías del amigo. En otras palabras, un computador no tiene corazón. Solo nosotros los humanos podemos sentarnos a la mesa con el amigo frustrado, colocarle la mano en el hombro, tomarnos un café y darle esperanza (1). Nosotros los humanos construimos el mundo a partir de lazos afectivos. Tomamos tiempo para dedicarnos a las personas. La categoría cuidado recoge todo ese modo de ser, muestra como funcionamos en cuanto a seres humanos.

Según Travelbee, el trabajo de la enfermera solo será posible a partir del establecimiento de la comunicación. Comunicarse con otra persona puede ser una experiencia significativa o no tener ningún significado, dependiendo de cómo ella se desenvuelva. Lo fundamental para el éxito de la relación personal, es el compromiso de los envueltos en esa relación. Comprometerse significa trascender, interesarse por el bienestar de otra persona, ir más allá de lo esperado, en todas las dimensiones del ser humano. En cada encuentro con el paciente, la enfermera se vuelve más

fuerte y competente, influenciando en su desenvolvimiento personal y profesional, a medida que ocurre la interacción con el paciente en la tentativa de resolver los problemas, y su práctica de enfermería se va haciendo más eficiente (47).

Gevaert nos dice que un elemento de realización interpersonal lo constituye el amor de, y a los demás, la dimensión interpersonal de la existencia se ilustra, tanto en el amor que un ser humano recibe de los demás, como en el amor que él da a otros. El amor es siempre una abertura al otro, es una convivencia y comunión con el otro (52).

Se dice que una persona se encuentra comprometida con algo, cuando cumple con sus obligaciones, con aquello que se ha propuesto o que le ha sido encomendado. Es decir que vive, planifica y reacciona de forma acertada para conseguir sacar adelante un proyecto, una familia, el trabajo, en este caso, el cuidado.

El respeto es un valor que permite que el hombre pueda reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades del prójimo y sus derechos. Es decir, el respeto es el reconocimiento del valor propio y de los derechos de los individuos y de la sociedad.

Para Bermejo, la conciencia de que la persona enferma no es siempre tratada con la dignidad que le es inherente la encontramos siempre que se producen procesos de despersonalización en las relaciones, siempre que las necesidades no son satisfechas *a la medida del hombre*, siempre que la tecnología anula o reemplaza la insustituible

importancia del encuentro interpersonal; siempre que los criterios economicistas impiden que los valores más genuinos humanos estén en el centro de los programas y servicios que tienden a prevenir, curar, cuidar o proteger en la dependencia (71).

La importancia de considerar al ser humano como sujeto, como un ser biosicosocial, como un ente único e irrepetible, le otorga al cuidado humano una base de calidad única y auténtica, en que la enfermera va a estar llamada a ayudar a la personas no solo para restablecer el equilibrio biológico y la curación, sino además a considerar la armonía de este ser con su mente, cuerpo y alma (27). En la concepción de Watson, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como co-partícipe en las transacciones de cuidados humanos.

### **ESTRATEGIAS DE RESIGNICACION DEL ARTE DE CUIDAR.**

El rol profesional de enfermería es el conjunto de comportamientos, habilidades, actitudes y valores que la sociedad espera de estos profesionales, centrándose en el cuidado de la vida humana en todas las etapas de la vida, sin dejar de lado la atención de la comunidad y de la familia (40).

La enfermera contemporánea ha asumido y sumado otras funciones a su rol, además de las dependientes de las órdenes médicas, ello ha llevado a la expansión de su rol,

lo cual está relacionado con el desarrollo tecno-científico actual, que ha impuesto la necesidad de la multidisciplinaria y de la interdisciplinariedad.

El rol asistencial de enfermería incluye aquellas actividades que preservan la dignidad del individuo y fortalecen su condición humana. El arte de cuidar implica conocimiento y sensibilidad respecto a lo sustancial e importante para el paciente.

En la enfermería contemporánea las acciones del arte de cuidar están concentrada en las funciones de cuidadora, comunicadora, educadora, defensora del paciente, agente de cambio, líder, directora e investigadora (4).

En la concreción de la práctica del arte de cuidar es frecuente que algunas funciones no se excluyan, más, es posible que algunas coincidan, un ejemplo sería, la enfermera puede actuar como defensora del paciente al tiempo que lo cuida, se comunica con él, le enseña o aconseja y actúa como agente de cambio y como líder.

#### **Acción cuidadora:**

El rol de cuidadora o asistencial es el rol de las relaciones humanas, donde el objetivo principal de la enfermera es lograr interpretar lo que es importante para la persona cuidada y ofrecer apoyo. El cuidado debe ser dirigido al hombre como un ser humano integral con necesidades propias o particulares, lo que significa que el cuidado debe ser individualizado mediante acciones interdependientes con otras disciplinas que permitan mejorar la calidad del cuidado, garantizando mejor calidad

de vida y permitiendo al usuario demandante de sus servicios el restablecimiento de su salud para el mantenimiento y continuidad de la vida.

La enfermera atiende al paciente apoyándole con actitudes y comportamientos que demuestren lo que le preocupa su bienestar y aceptándole como persona. La acción del arte de cuidar de la enfermera no puede reducirse a la técnica y al conocimiento científico, debe atender también el humor, el enojo, el cariño, la administración de medicamentos, la higiene y la enseñanza, tienen distintas consecuencias en un contexto cuidador frente a otro que no lo es (4).

**Acción comunicadora:**

La comunicación es una acción que da forma a las relaciones enfermera-paciente, entre la enfermera y las personas que la ayudan, entre las enfermeras entre sí y con el equipo de salud.

Facilitar todas las intervenciones planificadas para los pacientes, una vez realizadas se registrarlas en la historia del paciente, anotando todos los hallazgos, las técnicas realizadas y las respuestas del paciente.

Transmitir verbalmente los datos pertinentes en los informes que se dan en los cambios de turno, los traslados de pacientes a otras unidades del mismo hospital o hacia otros centros asistenciales, esta comunicación debe ser clara y precisa.

Establecer en el proceso de cuidar el dialogo que concretice la interacción personal, en cuyo encuentro se muestre el verdadero rostro, un dialogo no de palabras, sino de presencia autentica, es decir de persona a persona que se disponen a hablar, a mirarse, a escucharse, a aceptarse mutuamente, a enriquecerse y a crecer mutuamente.

Ejercer el arte de cuidar como una modalidad comunicativa, donde el lenguaje no verbal ocupe un papel central, consiste en que la enfermera se disponga a escuchar en silencio para mirar los gestos, la postura, en fin, la presencia en sí, para ser receptiva a las necesidades del paciente.

### **Acción educadora**

Impartir educación para la salud, haciendo hincapié en la promoción y mantenimiento de la salud más que en el tratamiento, para satisfacer la necesidad de información del paciente y sus familiares.

Asesorar con una visión de futuro al paciente y su familia a fin de prepararlos para cuando sea dado de alta de la estancia hospitalaria estén preparados para enfrentar la convalecencia en el hogar. En el caso de enfermedades crónicas amerita que el paciente y su familia conozcan la enfermedad y su tratamiento.

Asesoramiento con talante de comunicación terapéutica al paciente individual o en grupos, donde la enfermera debe ser un líder hábil, capaz de analizar la situación y observar los aprendizajes.

Disposición para el modelaje, la enfermeraeducadora debe ser capaz de enseñar los comportamientos deseados, debe ser sincera al tratar a las personas y demostrar interés y preocupación por el bienestar de los demás. Debe ser imaginativa, creativa, actitud flexible con gran sentido del humor, debe tener conocimiento de sí misma, educar con empatía y actuar con seguridad.

### **Acción defensora del paciente**

El profesional de enfermería como defensor del paciente promueve de manera activa los derechos del paciente, la autonomía y la libertad de elección. El profesional de enfermería habla a favor del paciente, media entre el paciente y otras personas y protege el derecho a su propia determinación. Los objetivos del profesional de enfermería como defensor son: Proporcionar educación al paciente y a la familia, asistencia y apoyo al paciente en la toma de decisiones, servir de agente de cambio en el sistema sanitario y participar en la formulación de normas sanitarias.

-El profesional de enfermería debe practicar la defensa basándose en la creencia de que los pacientes tienen derecho a elegir las opciones terapéuticas en función de su información sobre los resultados, con la posibilidad de rechazarlos o aceptarlos sin coacción. Debe aceptar también la decisión del paciente y respetarla, aunque difiera de la decisión que el profesional de enfermería pueda tomar.

-Conceder la importancia al fenómeno de reciprocidad, a sabiendas de que los dos elementos esenciales de la reciprocidad son respetar y compartir.

-Asegurarse bajo el fenómeno de reciprocidad (estar de acuerdo enfermera-paciente)de que se proporcionan al paciente apoyos técnicos e informativos y ayudarle a obtener acceso a los servicios de salud necesarios.

-Suponiendo que todos los usuarios tienen aspectos positivos y que la función de la enfermera defensora es ayudar al usuario a saberlos emplear, para alcanzar el más alto nivel de salud posible.

-Asumiendo la responsabilidad de garantizar que los pacientes reciban toda la información necesaria para tomar decisiones bien fundamentadas, la enfermera defensora debe apoyar al paciente en la toma de sus decisiones, facilitando su propio crecimiento y el de los demás, esclareciendo valores personales.

-Ejerciendo su papel de protectora del paciente, la enfermera está obligada a supervisar la calidad de los cuidados y debe intervenir cuando se observan conductas perjudiciales y cambiar una condición en el servicio de salud en el cual no se brinda al paciente la atención adecuada o cuando el ambiente presenta algún peligro.

Coordinando las relaciones entre los diversos trabajadores de la salud que brindan atención al paciente, porque la enfermera profesional es la que se ocupa de la respuesta global del paciente sobre su estado de salud, ella puede emplear las

responsabilidades de coordinación para asegurar que el paciente tenga acceso al servicio de asistencia y que los servicios se le ofrezcan en el momento y lugar oportuno a un costo razonable.

### **Acción de agente de cambio**

En su calidad de agente de cambio, la enfermera trabaja con el paciente para identificar que tipos de cambio se necesitan y cuando y como ayudar a realizar los cambios deseados para promover una mejor salud. La promoción del cambio constituye un elemento importante en el arte de cuidar de la enfermera, logrando integrar los principios y estrategias del cambio durante todo el proceso de enfermería.

En la fase de valoración del proceso, la enfermera hace la identificación de las características del paciente, incluyendo la actitud abierta y motivación para el cambio. Tomara en cuenta la cultura y el grupo social a los que pertenece el paciente, los cuales representan una importante fuente de información sobre posibles desviaciones, debe considerar la influencia familiar sobre el paciente y el medio ambiente.

Valoración del grado de congruencia en la relación enfermera-paciente, crear confianza para ser un agente de cambio eficiente. El principio de reciprocidad debe formar parte integral de esa relación. El paciente necesita saber lo que la enfermera espera de él y debe ser capaz de compartir sus propias expectativas con ella.

La enfermera como agente de cambio debe establecer relaciones que inspiren confianza, evitar actitudes defensivas y apoyar el proceso de cambio con respeto a los demás, capacidad de simpatizar y ser auténtica en la interacción.

La enfermera como agente de cambio debe mantener un equilibrio entre la dirección que imparte y el desarrollo de las capacidades del paciente y demás personas importantes para él, con el fin de fomentar la continuación del proceso. En esta fase unas estrategias importantes son la educación, la crítica constructiva, la retroalimentación positiva y la recompensa a los progresos logrados.

En todas las fases del proceso de enfermería es necesario tener un método de evaluación, para prever la posibilidad de que si el plan no funciona es preciso contar con la forma de revertir el proceso de cambio o poner en práctica nuevos planes.

### **Acción de líder**

Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto entre la enfermera-paciente proporciona un medio adecuado para influir y facilitar los comportamientos deseados en el paciente.

Negociación conjunta de las metas convenidas de mutuo acuerdo con el paciente, de las estrategias más apropiadas para cumplir las metas que promuevan el bienestar, así como la habilidad para influir en el paciente, con capacidad para facilitar el apoyo

mediante la relación terapéutica y la comunicación con los colegas y sistemas de apoyo.

La enfermera líder en su actuación ha de considerar las cuatro habilidades interpersonales y cognoscitivas: mantener relación de ayuda con el paciente, poseer conocimientos y habilidades necesarios para implementar las estrategias y adaptar su comportamiento en base a la respuesta del paciente o a la influencia del medio ambiente. Hacer uso de la autoridad legítima, pero no imponer su voluntad, al contrario, el empleo prudente de las recompensas es un incentivo para el paciente cumplir sus metas.

La aplicación de la reciprocidad a las relaciones entre los miembros del equipo de salud, así como entre el paciente y un miembro del equipo da la base para combinar aportaciones únicas de todos los participantes en beneficio del bienestar del paciente.

Fomentar el cambio de comportamiento en el paciente empleando adecuadamente la autoridad e influencia y no mediante la aplicación de la autoridad. La enfermera líder debe mantener una comunicación franca y abierta con los pacientes y colaboradores. El empleo calificado y ético de los comportamientos de liderazgo unidos a los procesos de enfermería y cambio hacen posible ayudar a los pacientes a lograr sus metas de salud.

**Acción de directora**

La enfermera directora ejerce sus acciones en el ambiente propio de la organización. Dirige los cuidados de los individuos, grupos, familias y comunidades. Puede delegar algunas actividades en sus subordinados y supervisa y evalúa su rendimiento. En sus funciones como gestora de otros empleados, clientes o servicios, la enfermera debe tener conocimiento sobre estructura y dinámica organizativa, autoridad y responsabilidad, proceso de grupo, liderazgo, teoría de cambios, defensa del usuario, delegación, inspección y evaluación.

**Acción de investigadora**

Todas las enfermeras deben seleccionar áreas de actuación que justifiquen la investigación y todas deben participar en actividades de investigación según su nivel de preparación, el puesto que ocupen y el alcance de su práctica.

La enfermera del área clínica debe: a) tener conciencia del proceso y del lenguaje de la investigación, b) ser sensible a los temas relacionados con la protección de los derechos de las personas, c) ser partícipe identificando problemas que requieran ser investigados, d) utilizar con sentido crítico los hallazgos de la investigación.

## REFLEXIONES DE CIERRE

-El estudio del arte de cuidar permitió comprender el significado que le asignan al arte de cuidar en su desempeño cotidiano un grupo de profesionales de enfermería y de pacientes, además de comprender el sentido global de la práctica del cuidado y su complejidad. Todo lo cual nos permite asumir y sentirnos protagonistas como agentes de cambio de los modos de cuidar de nuestra profesión.

-La investigación del cuidado de enfermería se enriquece con la producción del conocimiento, que la enfermera puede asumir y emplear para fortalecer el papel de cuidadora como acompañante en los procesos de desarrollo y crecimiento de la civilidad humana.

-Se destaca la importancia de la vía metodológica para la comprensión del significado del fenómeno: El arte de cuidar: un retorno a sus raíces, el uso de la Teoría Fundamentada en los Datos para producir el aporte teórico fundamentado en lo que la gente dice y hace a través del análisis comparativo. En este caso, se produjo un aporte teórico sustantivo por desarrollarse en un área de investigación sociológica, empírica y sustantiva del cuidado que ofrecen las enfermeras a pacientes del hospital Dr. Ángel Larralde de Valencia.

-Considerar la necesidad de reestructuración de los papeles dentro del sistema de salud en las áreas: 1) el trabajo en sí mismo, es decir, reconocer los conocimientos y

capacidades de juicios necesarios para la práctica profesional, 2) las condiciones de trabajo, incluyendo donde, cuando y como trabaja la enfermera y 3) lugar que ocupa el papel de la enfermera dentro de la organización de salud, teniendo en cuenta la posición de la enfermera en la estructura para tomar decisiones, 4) definición de las funciones, incluyendo descripción estricta de las acciones de la enfermera, de las que pueden ser delegadas a auxiliares y las que deben ser asignadas a otro tipo de personal, como técnicos en informática, administradores de hospitales, entre otros.

-Se constata que a medida que aumenta el cuerpo de conocimientos de las enfermeras, la ciencia y el arte de cuidar enfermería, se van acercando más, dando origen a una asistencia más humanizada y eficiente, mediados por la resignificación de elementos del cuidado producto de su propio hacer y decir.

-Los estudios de percepción del cuidado de enfermería por el paciente, refleja en esta investigación que además de percibir la destreza y la pericia técnicas de las enfermeras, también son capaces de percibir sus cualidades de sensibilidad humana, de líder del equipo y de acompañamiento en situaciones de crisis como lo expresan estos pacientes: *sentía una persona a mi lado, sentía tranquilidad, esta herida en el pie, la jefe me hizo la limpieza, ahí me sentía bien porque ella sabía, tenía conocimiento, siente la calidad humana de esa persona(L.Manuel) ella insistió tanto que me hicieron un examen de hematología y me salió muy bajita, me mandaron a transferir sangre, gracias a ella(Brillyd)*. Los resultados de este estudio coinciden con la teoría de Swanson para entender las conductas y procesos que

caracterizan los cuidados y con las investigaciones realizadas por Riemen, Mayer y Brown (1986). Los clientes del estudio indicaron que estaban mucho más satisfechos cuando percibían que las enfermeras les estaban cuidando.

-La técnica terapéutica más importante en el proceso de comunicación eficaz, es saber escuchar. Todas las actividades terapéuticas, exigen la capacidad de escuchar, la enfermera debe escuchar activamente para cumplir la meta de ayudar al paciente. Al escuchar, la enfermera demuestra que es capaz de poner sus necesidades en un segundo plano respecto de las necesidades del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1-BOFF. LEONARDO. **Saber Cuidar. Etica do Humano-Compaixáo pela Terra.**Brasil. Editora Vozes. 1999.
- 2-NIGHTINGALE.FLORENCE. **Notas sobre Enfermería.**Masson S.A.españa. Barcelona. 1990.
- 3-HAYWARD. J. **Historia de la Medicina.** Fondo de la Cultura Económica. Mexico.1956.
- 4-KOZIER y otros. **Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y prácticas.**Vol.1.McGraw-Hill.Ed. Interamericana. Madrid.España. 1998.
- 5-COLLIÈRE, Marie. **Promover la Vida.**Traductora: Loreto Rodríguez.Edígrafos. Ed.Interamericana McGraw-Hill.España 1999.
- 6- ARENDT. HANNAH. **La Condición Humana** Barcelona. España. Paidos.1996
- 7- CARPER, B. A. **Fundamental Patterns of knowing in nursing.**Adv Nurs sci. 1978.
- 8-ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.Caracas, Venezuela. 2006.
- 9-GIDDENS. A. Sociología. Alianza editorial. S. A. Madrid.2000.
- 10-LEININGER,M.**Culture care diversity and universality: a theory of nursing.**New York: Nacional League for Nursing Pres; 1991.
- 11-LASHERAS, J. A. y otros.**Historia de la Educación venezolana.** Universidad Central de Venezuela. 2da edición. Rectorado de la Facultad de Humanidades y Educación. Comisión de estudios de postgrado.Compiladora: NacaridRodríguez. Caracas, 1998.
- 12-BALDERAS PEDRERO MARÍA de la LUZ.**Administración de los Servicios de Enfermería.**México Mc. GRAW HILL. 2006
- 13-TOMEY, A. M. y ALLIGOOD, M.R. **Modelos y Teorías en Enfermería.** Elsevier. España.2007
- 14-LUND.DALE. **Mantener la Administración de Cuidados en el hogar: Una Teoría Fundamentada para proveer Cuidado en Tailandia sensible a la cultura del país.** Universidad de UTA. 2000

- 15-RIVEIRO LACERDA. M. **Tornándose profesional en un contexto domiciliario: vivencia del cuidado de enfermería.** Tesis doctoral en enfermería. U F S C. Área de concentración Filosofía de Enfermería. Brasil. 1999.
- 16-MULLER, L. MONTICELLI, M. REIBNITZ, K. MATOS, L. **Posibilidades de conocimiento y arte en la producción de inventos de enfermería.** Revista Texto & Contexto Enfermería. Vol. 5. Nº 1. Florianópolis. Brasil. 1996.
- 17-SANCHES. B. **La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica.** Investigación y Educación en Enfermería. Revista de la Facultad de Enfermería. Vol. XIX. Nº 2. Universidad de Antioquía. 2001.
- 18-ARENAS, Ny LORENZINI, A. **La Cotidianidad del Cuidado Humano: una vivencia de un grupo de cuidadores.** Asociación de profesores de la Universidad de Carabobo. Cosmográfica, C.A. Valencia 2011.
- 19- SANTOS ALVES, M.D y otros. Historia de Enfermería registrada en las artes plásticas: del siglo XVI al siglo XX. Revista Texto & Contexto Enfermería. Vol. 14. Nº 4. Florianópolis. Brasil. 2005
- 20-ZAMBRANO Y CISNEROS. **El cuidar de sí como valor en Enfermería.** Tesis doctoral. Biblioteca de la vida. Universidad de Carabobo. 2003
- 21-APPLETON. C. The gift of self: a paradigm for originating nursing as art. In: CHINN, P.L & WATSON, J. (orgs). Art & Aesthetics in nursing. Nova York: League for Nursing. 1994.
- 22-MEJÍA LOPERA. M. G. Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad. Index Enferm V. 17 n. 4 Granada oct.-dic. 2008
- 23-MORENO / MUÑOZ / ALVIS. **Experiencia de recibir un Cuidado de Enfermería Humanizado en un servicio de Hospitalización.** El arte y la Esencia del Cuidado. Grupode Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2002.
- 24- FERRATER.MORA. Diccionario de Filosofía. Tomo I. Ariel, S.A. Barcelona. 2004
- 25-GOMBRICH. E.H. **Historia del Arte.** Phaidon Press Limited. London. 2007
- 26-PRETTE M. C y DE GIORGIS. A. **Comprender el Arte y entender su lenguaje.** Susaeta Ediciones, S.A. Madrid. S .A.
- 27-WATSON. J. **Philosophy and Theory of Human Caring in Nursing.** In: Riehlsidca, Joan P. Conceptual Models for Nursing Practice. 3ed. San Mateo; Appleton Lange. 1988

- 28- HEINRICHWÖLFFLIN. **Conceptos Fundamentales de la Historia del Arte.** Espasa Calpe. S.A. Madrid, 2007.
- 29-PINTO .A, N. **Intersubjetividad, comunicación y cuidado.** Dimensiones del cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad nacional de Colombia. 1997.
- 30-HERNÁNDEZ-CONESA, J. y ESTEBAN-ALBERT, M. **Fundamentos de la Enfermería: Teoría y Método.**McGraw-Hill.Ed. Interamericana.España. 1999.
- 31- ORCAJO ANGEL. **Una Filosofía de la Historia. La historia reversible.** Dirección de medios y publicaciones. Valencia. Venezuela. 1998.
- 32-FILÓN DE ALEJANDRÍA. **Los terapeutas.**Edición bilingüe griego-español de Senén Vidal. Ediciones Sígueme Salamanca. 2005
- 33- LEOPARDI, M T. **Cuidado: acción terapéutica esencial.** Texto &Contexto enfermagem.UFSC. Brasil, 1997.
- 34-FOCAULT, M. **Historia de la sexualidad.El Cuidado de Sí.**Siglo XXI de España Editores, S.A.2005.
- 35-HEIDEGGER, M. **El Ser y el Tiempo.**Fondo de la cultura económica. España. 2001.
- 36-MAYEROFF, MILTON.**A Arte de Servir ao Próximo para Servir a Sí Mesmo.**Traductora: Cristina Carvalho Boselli. Editorial Record. Brasil. 1971.
- 37- RUSQUE. A.M. **De la Diversidad a la Unidad en Investigación cualitativa.** Caracas. Venezuela. Editores. Vadell Hermanos. FACES / U.C.V. 1996
- 38- TAYLOR / BOGDAN. **Introducción a los Métodos Cualitativos.** Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidos.1990.
- 39-MUCCHIELLI. ALEX.**Diccionario de Métodos Cualitativos en Ciencias Humanas y Sociales.** Madrid. España. Ed. Síntesis. Villehermoso. 2001
- 40-LEDDY, S y PEPPER, M. **Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional.**Copany. New York. U.S.A Lippincott.O.M.S. 1.989.
- 41- RITZER. GEORGE.**Teoría Sociológica Contemporánea** México, MCGRAW - HILL. 1993.
- 42-GLASER, B y STRAUSS, A. **The discovering of grounded theory.**New York: Aldine. 1967.

- 43-STRAUSS. A. y J. CORBIN. **Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory.** London. New Delhi. SAGEpublications.1996.
- 44-CHARMAZ, Kathy C. **Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis.** Thousand Oaks, CA: Sage, 2006
- 45-TORRALBA. I. ROSELLÓ, F. **Antropología del cuidar.** Ed.Vozes. Brasil, 2009.
- 46-SOURIAU, ÉTIENNE. **Diccionario Akal de Estética.**Akal, Madrid. 1998.
- 47-TRAVELBEE J. **Intervención de enfermería psiquiátrica: el proceso de la relación de persona a persona.**Washington. O. P.S. 1 979.
- 48-MASLOW. A. H. **A Theory of Human Motivation.** Originall yPublished in Psychological Review, 50. 1943.
- 49-POTTER. PERRY. **Fundamentos de Enfermería.** Editorial Harcourt, Madrid. España. 2001.
- 50-FERRATER MORA. **Diccionario de Filosofía.** Tomo II. Ariel, S.A. Barcelona. 2004
- 51- ROGERS. M E. **Nursing: A sciencie of unitary man.** En Riehl JP, Roy SC(eds): Conceptual Models for Nursing Practice. Nueva York. Appleton-Century-Crofts. 1980.
- 52- GEVAERT. J. **El problema del hombre.** Editorial Sigueme. Salamanca. España. 1976.
- 53- DURAN. M. **Enfermería desarrollo teórico e investigativo.**Unibiblos Universidad Nacional de Colombia. Santa Fe de Bogotá. 1998.
- 54- CAÑAS. QUIROS.R. **Ética general y Ética profesional.** Revista América. San José de Costa Rica, noviembre. 1998.
- 55-JONAS, HANS. **El principio de responsabilidad.** Herder Barcelona. 1995.
- 56-GRAHAM. RUMBOLD. **Ética en Enfermería.** Editorial McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. Tercera Edición. 2000.
- 57-WALDOW. R. **Cuidar expresión humanizadora de Enfermería.** Editora Vozes. Brasil.2006.

- 58-SUAZO, M. **La bioética en el desarrollo científico tecnológico del área de la salud: Enfermería y Ética del cuidado.** Ciencia y Sociedad. Instituto Tecnológico de Santo Domingo, República Dominicana. Enero- marzo, Vol. XXVI, No. 1: 7-15. 2001.
- 59-BERMEJO, J.C., **Apuntes de Relación de ayuda**, Sal Terrae (Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud), Santander 1998.
- 60-DICCIONARIO ILUSTRADO DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Editorial Ramón Sopena, S .A. Barcelona.
- 61-JASPERS.K.**La feilosófica**, Losada, Buenos Aires, 1968
- 62-OSHO. **Conciencia Femenina. Experiencia femenina.** Editorial EDAF. S.L. Madrid.2008.
- 63-UNAMUNO. M. **Obras selectas: del sentimiento trágico de la vida.**Editorial Espasa Calpe, S.A. Madrid. 1998.
- 64-HUNGELMANN. J. and others. **Focus on spiritual well-being: harmoniousinterconnectedness of mind-body-spirit-use of the.**IAREL spiritual well-being scale, Geriatr Nurs. 1996.
- 65-LOLAS. FERNANDO. **Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos.**OPS-OMS, Programa Regional deBioética, 2000.
- 66-NORO.J.E. **El trabajo: presente y futuro de un bien escaso.** Academia de ciencias Luventicus. Rosario. Argentina. 2003.
- 67-SIMONE DE BEAUVOIR. **El segundo sexo.**Ed. Macagno, Landa y Cia, Aráoz. Buenos aires.Argentina. 1962.
- 68-NIETSCHE. E. A. y LEOPARDI. M. T. **El saber de la enfermería como tecnología.** La producción de enfermeros brasileiros. Texto & contexto enfermería. Brasil. 2000.
- 69-AYRES. JRCM. Citado por Magda Santos y otros. **Tecnologías del cuidado en saludy enfermería y sus perspectivas filosóficas.** Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Universidad autónoma del Estado de México. 2006
- 70- KANT, IMMANUEL, **Fundamentación de la metafísica de las costumbres,**Espasa-Calpe, Madrid.1990

- 71-BERMEJO, J.C. **Qué es humanizar la salud. Por una asistencia sanitaria más humana.** Artes Gráficas. Gar. Vi.28270.Humanes. Madrid.2003.
- 72-QUIROZ Y MORGAN, M. **La Sistematización: un intento conceptual y una propuesta de operacionalización.** En **La Sistematización y el trabajo social.** Nuevos Cuadernos CELATS N° 11. Lima. 1987.
- 73- STRAUSS. A. **Qualitative analysis for social scientists.** Combridge[Cambridgeshire]. New York. University Press.1987.
- 74- GLASER, B. **Grounded Theory perspective III:Theoretical coding.**Mill Valley sociologyPress.Chicago. 2005.
- 75-GLASER, B.G. **Theoretical sensitivity: advances in the methodology of groundedtheory.** Mill Valley Sociology Press. 1978.
- 76-GARCÍA.G. CARMEN. **Producción y Transferencia de Paradigmas Teóricos en laInvestigación socio-educativa.** Fondo Editorial Tropykos. Caracas. Venezuela. 1987.

# ANEXOS

## ANEXO1: DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES

| PSEUDONIMO     | EDAD | SEXO | AREA CLINICA       | E STADO CIVIL |
|----------------|------|------|--------------------|---------------|
| <i>Brillyd</i> | 25   | F    | Medicina           | soltera       |
| <i>Ginet</i>   | 32   | F    | Gineco-obstetricia | casada        |
| <i>Ana</i>     | 30   | F    | Gineco-obstetricia | casada        |
| <i>Luis M</i>  | 50   | M    | Cirugía            | casado        |

## ANEXO2: DATOS GENERALES DE LAS ENFERMERAS

| PSEUDONIMO | EDAD | SEXO | TITULO     | AÑOS DE SERVICIO |
|------------|------|------|------------|------------------|
| Liligar    | 60   | F    | Magister   | 30               |
| Juren      | 50   | F    | Magister   | 25               |
| Marsa      | 40   | F    | Licenciada | 19               |
| Talo       | 43   | F    | Licenciada | 20               |
| Lugon      | 39   | F    | Licenciada | 12               |

## Anexo 3: Formato de codificación

| <b>CATEGORIAS</b>  | <b>SUBCATEGORIAS</b>  | <b>CODIGOS</b> |
|--|---|----------------|
| -El arte de cuidar desde la percepción de la enfermera           | -El arte de cuidar es conocimiento y la forma de hacer las cosas        | <b>ACFHC</b>   |
|  | -El cuidado individual basado en las necesidades.                       | <b>CIBEN</b>   |
| -Cualidades del arte de cuidar, según percepción de la enfermera | -El arte de cuidar desde la empatía                                     | <b>ACDEM</b>   |
|  | -Cualidades del desempeño empírico en el arte de cuidar                 | <b>CUDEM</b>   |
|  | -Cualidades de desempeño ético de la enfermera                          | <b>CUDET</b>   |
|  | -Cualidades de desempeño estético de la enfermera                       | <b>CDEST</b>   |
|  | -Cualidades de desempeño del conocimiento personal en el arte de cuidar | <b>CDCPE</b>   |
|  | -Cuidado en equipo inmediato y oportuno                                 | <b>CEIOP</b>   |
| -El cuidado que perciben los pacientes                           | -La preocupación por la situación humana del usuario                    | <b>PSHUM</b>   |
|  | -Sintiéndome cuidado: una experiencia vivida                            | <b>SCEXV</b>   |
|  | -La comunicación interpersonal percibida por el usuario.                | <b>CINPU</b>   |
| -Comunicación en el cuidado según percepción del usuario         | -Barreras de la comunicación en la percepción del usuario               | <b>BDCPU</b>   |
|  | -Reflexionando sobre las raíces del cuidado de enfermería               | <b>RSRCE</b>   |
| Re significar el cuidado: recrear sobre lo creado                | Lo que hacemos todos los días como un robot                             | <b>HTDCR</b>   |
|  | -Algunos elementos de rescate del cuidado                               | <b>AERCU</b>   |

Anexo 4:

**Consentimiento Informado**

**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:EL ARTE DE CUIDAR EN ENFERMERÍA: UN RETORNO A SUS RAICES**

**Yo:\_\_\_\_\_C.I.:\_\_\_\_\_**

**He leído la hoja de información que se me ha entregado.**

**He podido hacer preguntas sobre el estudio.**

**He recibido suficiente información sobre el estudio.**

**He hablado con la investigadora Rosa Reina**

**Comprendo que puedo retirarme del estudio:**

- 1. cuando quiera**
- 2. si tener que dar explicaciones**
- 3. sin que esto repercute en los cuidados que me presten**

**Presto libremente mi conformidad para participar en este trabajo de investigación.**

**Fecha: \_\_\_\_\_**

**Firma: \_\_\_\_\_**