

## EL CUIDADO: NECESIDAD DE INVESTIGAR EN ENFERMERIA

### THE NECESSITY TO INVESTIGATE IN NURSING: THE CARE

OLIVIA SANHUEZA ALVARADO\*

#### RESUMEN

Este artículo brinda la posibilidad de reflexionar respecto del campo de acción propio de enfermería, es decir, el Cuidado de Enfermería y sobre cuál es nuestra contribución a la sociedad como profesionales del área de la salud. Junto con ello plantea la necesidad de investigar sobre este tema, que constituye la esencia de enfermería.

**Palabras claves:** Cuidado, Enfermería.

#### ABSTRACT

This article offers the possibility to meditate regarding the nursing proper field, that is nursing care and, about our contribution to the society as professional's health area. In addition, the necessity to investigate on this subject, that constitutes the essence of nursing, is proposed.

**Keywords:** Care, Nursing.

#### INTRODUCCIÓN

Considerando que el enfoque principal del artículo está orientado hacia la necesidad de investigar acerca del cuidado, es que se comenzará haciendo un análisis del constructo: historia, concepto, teorías y modelos relacionados, junto con algunas aplicaciones realizadas, así como la íntima relación entre este concepto y los de salud y/o enfermedad, para finalmente motivar su investigación como constructo propio de enfermería.

La enfermería nace ligada a la magia y a la religión, muy similar a los inicios de la

medicina, cuando en los curanderos se dejaba la responsabilidad de curar a los enfermos, ya que la enfermedad en las comunidades primitivas era vista como causada por fenómenos sobrenaturales. En ese entonces el cuidado de enfermos se realizaba en instituciones religiosas, donde llegaban los enfermos a morir, y este cuidado era ejercido principalmente por mujeres, mujeres de mala reputación, esclavos, etc. La historia de la enfermería profesional tiene su inicio siglos más tarde, en Inglaterra, en la segunda mitad del siglo XIX, con Florence Nightingale. Ya en esa época, los hospitales se habían transformado, de un lugar de asistencia y

\*Enfermera, Dra. en Enfermería, Profesora Asociada, Departamento de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile. Email: osanhue@udec.cl

reclusión de enfermos, a un medio de intervención sobre éstos, produciéndose cambios en el sistema de poder al interior de ellos. De estar centrado en la comunidad religiosa, pasa ahora a un poder médico. Los hospitales se transformaron entonces, para dar lugar al cambio del modelo, pasando del cuidado del enfermo a uno de intervención médica, en donde el médico asume la responsabilidad principal en la organización hospitalaria, como, por ejemplo, dónde construir, cómo distribuir los espacios, la toma de decisiones sobre el control de la alimentación, el aire, la temperatura y de todos los factores que eran objeto de la intervención médica en esa época. Florence, en ese ambiente, a mediados del siglo XIX (1860), crea y es la principal responsable por la fundación de una escuela destinada a formar personas para la práctica de enfermería, cuyo saber estaba orientado al *cuidado* de enfermería, enfocando al ser humano en su interacción con el medio ambiente. Desde esa perspectiva, el cuidado de enfermería se destacaba por sus bases humanísticas, como también por la articulación entre arte, ciencia y espiritualidad. Desde la propuesta de Florence Nightingale, el discurso en enfermería se construye alrededor de la noción de cuidado y a fines de la década de los sesenta comienzan a aparecer en enfermería teorías que, apoyadas en distintas concepciones del individuo, del medio, de la salud y de la enfermedad, proponían diversas maneras de asumir el cuidado.

El constructo cuidado ha sido descrito como el centro o esencia de enfermería (Morse y col., 1990) y se lo ha identificado como un paradigma único de enfermería. Según Collière (In: Castrillon, 1997) cuidar, en general, "es un acto individual y cotidiano que cada cual se da a sí mismo, cuando adquiere autonomía, con el objetivo de mantener la vida".

## SALUD Y ENFERMEDAD

Comprender términos como salud y enfer-

medad permite entender las diferentes orientaciones que a lo largo de la historia han marcado la práctica de la enfermería y han ayudado a formular su definición y, en la actualidad, facilitan la estructura para el desarrollo presente y futuro de la base académica de enfermería. Sin embargo, definirlos no es una tarea fácil.

Las distintas concepciones de estos términos a lo largo de la historia han influido indudablemente en la forma de concebir los diferentes roles de las profesiones de la salud, en especial los de medicina y enfermería, tanto en su formación profesional como en la formulación de las políticas de salud de cada sociedad.

La idea de enfermedad aparece inicialmente ligada a la mitología y a las creencias religiosas, vinculándosela al sufrimiento y la muerte. Se incluyen en ella representaciones que hacen parte de ideologías con profundas raíces religiosas, del desarrollo y medio ambientalistas, representaciones que se han reflejado en los modelos de formación de los profesionales de la salud. Dichos modelos han concebido la salud y la enfermedad como un proceso individual, biológico y natural.

El modelo flexneriano, por ejemplo, que se introdujo en Norteamérica a partir de 1910 y posteriormente se aplicó a las facultades de medicina de América Latina, afianzó, desde un punto de vista epistemológico, el paradigma positivista, caracterizado por la concepción del cuerpo humano como un conjunto de sistemas no relacionados. En él, los criterios de normalidad (o salud) y de lo patológico se apoyaban en el principio estadístico de la distribución normal. La enfermedad se trataba como un evento netamente natural: diagnóstico y terapia partían de la premisa de que ésta podía ser tratada como afección universal, independiente de las diferencias individuales y sociales. Tal paradigma permeó no sólo la enseñanza teórica de enfermería, sino también la realización de sus experiencias prácticas. El proceso histórico que vive enfermería más adelante evidenciará la opción por el modelo biomédico,

lo cual la lleva a alejarse de sus bases fundamentales, distanciándose y desvalorizando el cuidado, orientando la práctica hacia una labor predominantemente curativa –“modelo bío-médico o biologicista”– marginando la mirada del contexto social del enfermo, reduciendo el horizonte de formación a una concepción pragmática, que se circunscribe al tratamiento de éste, descuidando el pensamiento, el análisis y la síntesis de los procesos que determinan los eventos de salud y enfermedad.

En la actualidad, la enfermedad en el área de la medicina, como lo expresa Goic (2000), es entendida como *“una entidad clínica estructurada, caracterizada por una combinación de síntomas y signos que la definen y la diferencian de otras”*. Y a lo anterior agrega, *“existen otros elementos que debieran agregarse a una definición de enfermedad”*, apareciendo aquí algo nuevo en el lenguaje médico: *“existencialmente, el sujeto percibe la enfermedad como algo que le es ajeno y de lo cual quisiera desprenderse.... y (que) le impide realizar aquello que desea hacer, sea trabajar o recrearse”*. Este lenguaje, inédito, permite augurar una concepción más humanista del sujeto, en que se brinde importancia al ámbito espiritual y emocional de las personas que sufren enfermedades, antes que solamente en su aspecto biológico. No sólo como una máquina que se descompone por sistemas, sino como un ser integral que tiene sentimientos y necesidades de orden psicosociales, que requieren ser consideradas.

El concepto salud, por otro lado, a través de la historia aparece asociado con distintas ideas y ha sido concebido como un derecho humano básico, como fin y medio para alcanzar el desarrollo, como equilibrio dinámico con el medio ambiente; como “estado de completo bienestar físico, psicológico y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad”; o como un proceso en construcción que exige un continuo replanteamiento. El tener salud en nuestra sociedad es considerado un bien sumamente apreciado, a fin de poder realizar los distintos proyectos de vida, pero el cual es difícil obtener, dado las con-

cepciones mercantilistas que predominan en nuestra sociedad en cuanto al acceso a la salud. Cuando se deja de estar “con salud” y se presenta la enfermedad, se desea salir de este estado, es algo que molesta, mas esa concepción está relacionada directamente con los valores socio- culturales asignados al rol de enfermo en nuestra sociedad.

Desde la década de los 80, se hace más fuerte la tensión entre las tendencias biologicistas y sociales en el campo de la salud. Se difunden nuevas corrientes de pensamiento sanitario, se realizan eventos académicos diversos que introducen nuevos discursos y nuevos materiales bibliográficos. La enfermedad también se convierte en estímulo para luchar por el derecho a la salud, para desarrollar investigaciones y para buscar una mayor capacidad de prevención. Esta última tendencia se observa principalmente en la producción investigativa.

Hasta comienzos de la década de los 90, la salud no aparecía como objeto de reflexión que orientara la formación de los profesionales. Tampoco aparecen explícitas las ideas acerca del cuidado de enfermería.

Las discusiones teóricas sobre la enfermedad que se llevan a cabo en el ámbito universitario o eventos científicos, no ejercen ningún impacto en los servicios de salud, pues éstos continúan “aferrados al modelo biológico diseñado a partir de la triada ecológica –agente, huésped y medio ambiente– de Leavell y Clark, o en las versiones ampliadas por Blum y Lalonde” (Castrillón, 1997), que tratan sobre la interacción de factores del ambiente, del comportamiento, de la herencia y de los servicios de salud.

La crítica a la formación del personal de salud centrada en la enfermedad, ha generado la construcción de una nueva cultura en salud, en donde la enfermedad también se convierte en estímulo para luchar por el tener salud, y para buscar una mayor capacidad de prevención.

Emerge así un nuevo paradigma, el paradigma holístico. El holismo (de holos: todo) engloba la idea de conjunto, no solamente la esfera física, sino que *“las más altas manifes-*

*taciones del espíritu humano*", Waldow (1995).

En los actuales programas de post grado de enfermería se observa la tendencia a entender la salud desde un punto de vista holístico, como resultado de buenas condiciones de vida, de bienestar y de felicidad, considerándola de una forma integradora, incluyendo aspectos que están presentes en la esfera psicológica, sociológica, espiritual, ambiental, de seguridad, interpersonal, de auto-estima, de auto-realización y biológicas.

También Goic (2000) expresa algo semejante en su definición de salud: sana es *"una persona que, en ausencia de apoyo medicamentoso, goza de un grado suficiente de bienestar físico, psicológico y social, que le permite desarrollar sus labores habituales, propias de su edad y rol, con agrado, sin sufrimiento, angustia, ni conflicto con los demás"*. Definición que si fuera aplicada en los servicios hospitalarios y consultorios para determinar estado de salud, ciertamente haría aumentar las tasas de morbilidad del país.

Hoy por hoy, en el ámbito de la salud, ha empezado a ganar terreno y a generar debate palabras tales como: calidad de vida, ser humano integral, bienestar propio, perspectiva holística del ser humano, etc., todas ellas relacionadas a una nueva definición de salud. También este término con tales connotaciones está presente en todas las teorías aceptadas sobre la enfermería, junto a las definiciones de: persona, ambiente y enfermería. Toda definición, sin embargo, será útil si ayuda a establecer una dirección clara para la práctica de enfermería, ayuda a definir la disciplina, orienta la investigación y desarrolla el conocimiento de la especialidad.

Una definición de salud totalizadora, que puede servir a enfermería por su sentido integral, es la que entregan Del Rey Calvo (1998): *"Salud global es aquella serie de factores interrelacionados que confluyen (armoniosamente) en la persona, con su cuerpo y con su espíritu, que piensa y siente, que establece una serie de comunicaciones, que se orienta con su cultura y sus creencias, dentro del contexto social en que se desarrolla"*.

## CUIDADO EN ENFERMERÍA

Desde el comienzo de la vida los cuidados existen. Los seres humanos, como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados, porque cuidar es un acto de vida, que tiene –como lo expresa Collière (1993)– *"como objetivo, por encima de todo, permitir que la vida continúe, y de ese modo... luchar contra la muerte de la especie"*.

Es decir, los cuidados no fueron propios de un oficio y aún menos de una profesión. Eran los actos de cualquier persona que ayuda a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida. Estas tareas se organizaban alrededor de las necesidades fundamentales: alimentarse, protegerse de la intemperie, defender el territorio y los recursos. La organización de estas tareas da origen, simultáneamente a la división sexual del trabajo. Lo anterior se da debido a que eran las mujeres quienes daban los cuidados: cuidaban de los niños, servían de parteras, cuidaban a los ancianos; los hombres cazaban. A medida que los grupos ratificaban sus prácticas de cuidado habituales, erigiéndolas en ritos, encargaron primero al chamán y luego al sacerdote, la tarea de garantizar estos ritos. Este papel mediador entre el orden físico y el del más allá se fue transformando conforme el avance de la historia, a un ritmo lento, para dar lugar ulteriormente al nacimiento de la medicina. Goic (2000) refiere que la medicina se originó en *"la necesidad de que un ser humano ayudara a otro aquejado de una dolencia"*. En esta cosmovisión, las enfermedades se debían a causas sobrenaturales, a la introducción de cuerpos y espíritus extraños o la pérdida del alma. El médico primitivo, descendiente de sacerdotes y clérigos, era un simple mediador que oraba, rogaba o imploraba a las divinidades.

Con el nacimiento del hospital, el médico se centra en la enfermedad. La evolución de la asistencia médica y la costumbre dieron el nombre de "clínica" al arte médico, etimológicamente, el cuidado del enfermo en cama.

Posteriormente, la medicina asume defender la vida humana y curar la enfermedad. Tal como lo señala Mead (In: Goic, 2000), haciendo mención al Juramento Hipocrático: "Es la primera vez en nuestra tradición que se separa definitivamente el matar del curar. A través de todo el mundo arcaico, el médico y el brujo tendían a ser la misma persona...". Se deja así, definitivamente, en manos del médico la tarea de curar, para conservar la vida humana.

Enfermería –como ya fuera planteado– nace radicada principalmente en las comunidades religiosas, donde se realizaba el cuidado de los enfermos y donde éstos llegaban a morir, y este cuidado era ejercido principalmente por mujeres, mujeres de mala reputación, esclavos, etc. La historia de la enfermería pre-profesional es la historia de una práctica social que nace vinculada a las actividades domésticas, a merced del empirismo de madres de familia, de religiosas o de esclavos. El llamado período oscuro de enfermería (aproximadamente entre 1500 a 1860) ayudó a sedimentar una gran ambigüedad en lo que respecta al rol y las actividades propias del enfermero/a, implantando raíces en la enfermería moderna.

El primer intento de sistematización de la noción de cuidado en enfermería se ubica en el siglo XIX, con el trabajo de F. Nightingale (*Notas sobre enfermería*, publicado en 1859), donde se refiere a las técnicas para ofrecer comodidad, higiene y alimentación a los enfermos, reconociendo que no es un libro donde se enseñe el "arte de cuidar" sino solamente "dar algunas ideas a quien tiene a cargo la salud de otros" (Nightingale, 1990).

Las investigaciones realizadas en la década de los 50 en la Universidad de Washington aportaron los fundamentos para diseñar los primeros "planes de cuidado", basados en principios científicos.

Desde los años 60 surgió la preocupación por construir "modelos de enfermería" y por desarrollar un método a partir del "proceso de atención de enfermería". En esta época se decía que el concepto "atención" era un término integral y que implicaba algo más que

el concepto "cuidado". Si sólo nos atenemos a lo que señala el diccionario de la palabra "atención", donde se deja explícito que es la "acción de atender", y atender es "aplicar el entendimiento a un objeto", queda claro que el término atención es mucho menos integrador que el término cuidado.

En la actualidad se utiliza el concepto Proceso de Enfermería, que no delimita o circunscribe el ámbito de acción de los profesionales de enfermería. Expresiones como la "utilización de un marco de referencia que exponga el objetivo del servicio que se presta a los usuarios" se escucha cada vez más en referencia al campo de acción propio de enfermería. Todo ello constituye una preocupación contemporánea por delimitar el espacio del saber y acción sobre la práctica de enfermería.

A pesar de los esfuerzos por conceptualizar *cuidado*, éste se ha ejercido sin conciencia, dado que durante la formación universitaria se aprenden técnicas deshistorizadas y desarticuladas de una visión comprensiva del quehacer propio de enfermería. Además porque el modelo médico se ha tomado como único referente cognoscitivo; lo biológico como el centro de lo científico, y lo social sólo como adjetivo para calificar los eventos patológicos.

Debemos reconocer que el constructo *cuidado* refleja en gran medida lo que enfermeros y enfermeras pensamos debe ser el servicio prestado a la sociedad, siendo el apoyar, el confortar, el ayudar y ser solidarias con las personas que lo necesitan, sean sanas o enfermas, lo específico de nuestro papel. Este constructo es, en la actualidad, la idea que mejor nos interpreta y por lo cual muchos estudiantes siguen ingresando a enfermería, es decir, para "ayudar a la gente".

Esta imagen altruista constituye, como lo señalan Leddy y Pepper (1989), "un recurso no aprovechado que la enfermería podría convertir en poder legislativo para incrementar la autonomía legal".

¿Qué se entiende por cuidado en enfermería? En los hospitales, repletos de maqui-

narias, de documentos y de servicios diferentes, existe una gran necesidad por dar respuestas humanizadas, por escuchar, por tocar y permanecer al lado de personas que lo requieran, por comprenderlas, por demostrar empatía. En otras palabras, enfermería sería la profesión que estaría en condiciones de ejercer y dominar en este aspecto, es decir, de satisfacer la necesidad que existe de cuidado afectivo. En la realidad, en la manifestación de esas conductas, ello es declinado u obviado. Se señala insistentemente que los/las enfermeros/as son los profesionales capacitados para cuidar, y que sus cuidados deben incluir, además de la persona dependiente, a todo el grupo familiar. Más, los cuidados que otorgamos van casi siempre orientados a la ejecución de técnicas y procedimientos, y no a este cuidado que implica el área afectiva de las personas. Incluso, la realidad nos informa que la percepción del usuario sobre la imagen del enfermero/a está asociada de preferencia con aquel profesional que ejerce liderazgo en funciones administrativas (Vásquez, 1997). En suma, nos ven asumiendo principalmente los roles tecnificados del cuidado.

Cuidado, según el Diccionario de la Lengua Española, es la "solicitud y atención para hacer bien alguna cosa", lo que en definitiva expresa la intención y acción de hacer el bien.

Las representaciones y conceptos sobre el cuidado de enfermería tienen tendencias y matices diferentes, tanto en modelos propuestos teóricamente, como en las realizaciones prácticas de los profesionales de enfermería en los diversos espacios de trabajo.

Así, por ejemplo, Figueroa (In Valenzuela, 1995) refiere: "el cuidado de los individuos, las familias y los grupos comunitarios es lo medular de la enfermera y en su desempeño ésta es autónoma para decidir el curso de acción", y define cuidado como "el tratar las respuestas humanas que surgen en las personas en estado de salud y enfermedad, una vez que ellas han sido valoradas y diagnosticadas".

A pesar de los esfuerzos por clarificar cuidado, no se ha logrado llegar a un consenso y, en ese sentido, Morse y col. (1990), inten-

tando expandir y profundizar al respecto, han agrupado en cinco temas los conceptos más importantes del "cuidar/cuidado", todos los cuales representan diferentes dimensiones del *cuidado* en enfermería:

1. Como una condición humana innata, es decir, como el "modo básico de ser en el mundo", como una parte de la naturaleza humana y esencial a su existencia, siendo esta condición humana el gatillador de las acciones de enfermería;

2. Como un imperativo o idea moral, el cuidado sería considerado un "valor fundamental" en enfermería, manifestado como el compromiso de mantener la dignidad e integridad de las personas;

3. El cuidado considerado como afecto, según lo cual incluiría un sentimiento empático hacia la experiencia del paciente, donde el profesional tiene un interés genuino por lo que está vivenciando el individuo, lo que motivaría las acciones de enfermería.

4. Como interacción interpersonal, entre el usuario y el profesional de enfermería.

5. Como intervención, donde estaría representado el cuidado en su aspecto técnico.

Forsyth (1989) ha conceptualizado cuidado como "el medio o la herramienta usada por enfermería a través de un proceso fundamentado en la reverencia por la vida, el amor de sí mismo y de otros, y del interés por mejorar las condiciones del mundo". Esta definición se sustenta en la teoría de Jane Watson, quien presentó su visión del cuidado como un factor integrador en el desarrollo del curriculum de enfermería, en 1979, y que luego desarrollara en el libro Enfermería: Ciencia humana y cuidado humano, una teoría de enfermería.

Watson (1979) definió *cuidado* como "el ideal moral de la enfermería y cuyo fin es la protección, elevación y preservación de la dignidad humana" (In: Waldow, 1995) Enfermería sería, en ese sentido, la disciplina del cuidado, identificándola como ciencia humanista. Posee influencias de Nightingale, Henderson, Leininger, así como de Rogers, Erickson y Maslow.

Esta teoría ha sido aplicada con bastante éxito en la Facultad de Enfermería del Luther College, en Decorah, Iowa, donde están demostrando que la conducta del cuidar puede ser enseñada, "a través de un *curriculum basado en el cuidado*" (Forsyth, 1989), adaptando cinco atributos del cuidado, de los 10 planteados por Jane Watson. Es importante señalarlos, por el impacto que pudieran tener en la tarea de humanizar nuestra profesión. Están basadas en características personales que el profesional de enfermería debiera considerar profundizar, para poder expresarlas en conductas profesionales, a fin de otorgar un real cuidado. Lo básico en ellas es la relación directa existente entre el logro de un buen yo personal con el brindar un buen yo profesional. Se coincide con Watson en que el cuidado "emerge desde un sistema de valores humanistas y altruistas que ayudan a tolerar las diferencias y ver al otro a través de su sistema perceptual, más que a través del propio". En esta teoría hay un primer intento de ponerse en el lugar del otro para comprenderlo.

Las características o atributos que el profesional de enfermería debiera desarrollar en sí mismo y por ende serían subherramientas de un cuidado humanizado, son las siguientes:

- Formación e instilación de un sistema de valores.
- Formación e instilación de fe y esperanza.
- Desarrollo de una relación de confianza, a través de una interrelación e interacción terapéutica, fundada en el compromiso a la vocación de ayudar.
- Uso sistemático de la solución científica de problemas, para una toma de decisiones responsable en el proceso de investigación, proceso de enfermería y liderazgo.
- Promoción del proceso enseñanza/aprendizaje.

Recientemente, en Sudamérica, ha comenzado a tomar impulso el abordaje, cuidar/cuidado, con Neves (1995). Ella señala: "el *cuidado*, meta principal de esta profesión, aun cuando ha evolucionado, todavía se muestra simple como el cuidado familiar de mi-

llares de años atrás, y que el acto de cuidar y confortar implica la búsqueda de atención a las necesidades de las personas, haciendo que ellas pasen por el proceso de cuidar en enfermería con el mínimo posible de experiencias negativas, valorizando esta profesión, no sólo desde el punto de vista tecnológico, sino también humano". Esta enfermera brasileña está empeñada en profundizar el proceso de cuidar y confortar, creando un programa de investigación integrado, denominado *Cuidando y Confortando*, a partir de 1993, en la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil. El proyecto tiene la finalidad de encontrar formas innovadoras de actuación, con miras hacia la transformación de la práctica tradicional de cuidar/cuidando. Su interés es juntar teoría y práctica en los quehaceres propios de la profesión, dado que enfermería es "frente de batalla en las instituciones de la salud". Enfatiza un elemento básico para enfermería: Que las profesionales desean el restablecimiento del ser bajo sus cuidados, trabajando en conjunto con los familiares y demás profesionales. Esta línea de investigación conduciría entonces a comprender el significado y las necesidades de cuidado y consuelo de quien cuida, y de quien es cuidado, aportando formas efectivas y eficaces de ayudar al ser humano (individuo, familia y comunidad). También intenta ayudar en cómo cuidarnos a nosotras/os mismas, que constituye una idea innovadora para enfermería, dado que desde Nightingale el cuidado siempre ha estado dirigido hacia los demás y no hacia quienes damos el cuidado. Lo anterior actuaría como un refuerzo en la idea de brindar un mejor cuidado a quienes lo requieren.

Otro modelo de enfermería que se relaciona con cuidado y que ha servido de marco teórico para investigaciones en enfermería es el Modelo de Enfermería de Autocuidado de Dorothea Orem. El fundamento de este modelo es el concepto de autocuidado, considerado como "acto propio del individuo que sigue un patrón y una secuencia y que, cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcio-

*namiento, y al desarrollo de los seres humanos*" (In: Leddy y Pepper, 1989). Considera que las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectadas por creencias culturales, hábitos, y costumbres de la familia y de la sociedad. Este pensamiento está en concordancia con lo que señala el Modelo de Creencias en Salud (Rosenstock, 1974) en cuanto a la importancia de las creencias en la formación de conductas en salud. Orem señala que enfermería se ocupa de la necesidad que tienen los individuos de tomar medidas de cuidado propio, con el fin de ayudar al paciente a conservar la vida y la salud, recuperarse de una enfermedad o lesión, y a hacer frente a los efectos ocasionados por las mismas. En opinión de Orem, la atención de enfermería puede ofrecerse a "unidades individuales o multipersonales", pero sólo los individuos tienen necesidades de autocuidado.

En este modelo se hace hincapié en la función del profesional sólo cuando el paciente es incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades de autocuidado. La intervención suele estar dirigida a conservar la salud, prevenir enfermedades, o restablecer la salud y puede incluir actividades realizadas para el paciente o en colaboración con éste.

El modelo se ha empleado intensamente en la educación y práctica de la enfermería, constituyendo la base de variadas investigaciones.

Los modelos y teorías mencionados plantean amplias y diversas premisas que proveen las bases para utilizar el cuidado como un constructo en la ciencia de enfermería, siendo ya utilizadas en la formulación de curriculum del pre grado en enfermería.

Esto último reviste una gran importancia, ya que —como lo señala Chipman (In: Valenzuela, 1995)— el arte del cuidado humanista ha sido identificado como una conducta importante de enfermería para los pacientes, enfermeros/as y estudiantes de enfermería y que debería integrar los curriculum de las Escuelas de Enfermería, reconociéndose que ello capacita efectivamente al alumno para la entrega del cuidado.

Se puede plantear entonces que el constructo cuidado constituye un dilema actual para enfermería, coincidiendo con Kurts y Wang (In: Valenzuela, 1995) en que también lo es para los profesionales que se encargan de cuidar, en una sociedad que no valora el cuidado, sólo la curación. Sin embargo, ello debe valorarse en el contexto en que se brinda el cuidado, en un ambiente muy tecnificado sobre los pacientes.

## CONSIDERACIONES FINALES

Es reconocido que los pacientes y sus familias no están satisfechos con la calidad de la atención encontrada en los sistemas de salud hoy en día.

El cuidar, por tanto, se constituye hoy en algo más que la identidad de enfermería, o en la realización de un trabajo humano y ético. Es la necesidad de construir y expandir los conocimientos existentes, la investigación y teoría relacionada con el fenómeno del cuidado, tratando de identificar los factores que lo faciliten en el sistema de servicios de salud. Enfermería ha sido una de las carreras universitarias que ha debido sufrir variados ajustes, ha sido una de las prácticas más penetradas por las políticas de salud y educación, la más dada a recibir y entregar funciones, según las transformaciones en la división del trabajo de salud, con la consecuente inclusión de nuevos integrantes en el equipo de enfermería. Todo ello ha suscitado cambios en el currículum, en el retiro o incorporación de materias en las asignaturas, en la asunción de nuevas tareas, etc., redundando en un descuido con respecto al verdadero quehacer de enfermería.

El cuidado ha sido desde siempre el objeto del saber y de la práctica de enfermería. Es más, la corriente teórica actual considera la enfermería como una actividad humanística, como un servicio de ayuda y de cooperación con el individuo enfermo, para la satisfacción de sus necesidades básicas. Se podría especificar que el cuidado consiste (Fournier: In Collière, 1993) "*en descubrir las dificultades*



*a las que se enfrenta un enfermo, o una familia, lo que está favoreciendo este o aquel trastorno, malestar, o perturbación, y que junto con las personas afectadas, buscar cómo paliar las consecuencias de la enfermedad o trastorno sobre la vida cotidiana” a fin de que el individuo y familia puedan retornar a su vida, en la forma que la tenían antes o mejor, de que ese trastorno, alteración o enfermedad se presentara.*

Cuidado consistiría especialmente en el esfuerzo personal del ser humano para ser humano, en el sentido de proteger, promover y preservar la humanidad, ayudando a las personas a encontrar significado a la enfermedad, al estar con salud, considerando que la visión de salud-enfermedad es de significado personal. También consistiría en ayudar al individuo a obtener conocimiento, control y autocuidado en todos los ámbitos de su vida, a alcanzar el máximo potencial posible de salud o para mejorar el modo de vida, logrando el mayor equilibrio.

Recuperado el espacio de la relación cuidador-persona cuidada en la práctica de enfermería, y haciendo de ella el contexto del trabajo de enfermería, ha comenzado a nacer un planteamiento inevitable, una necesidad de preguntarse por las situaciones donde se produce cuidado, de comprenderlo e investigarlo. En suma, por aumentar los conocimientos de la naturaleza de los cuidados que hay que prodigar, de qué manera y cómo brindarlos.

Los modelos propuestos tienen la virtud de coincidir en que el cuidado es el objetivo social de enfermería, ello permite construir el objeto del saber a partir de enfoques no médicos, ni biologicistas, sino que a partir de las ciencias sociales, las que aportan nuevas lecturas de las necesidades del ser humano en relación con sus procesos vitales. Estos modelos representan el saber actual, contemporáneo, intentando desligarse de los fundamentos anatómo-clínicos y etiopatológicos que por más de un siglo constituyeron los únicos fundamentos de científicidad para enfermería.

El cuidado de enfermería entonces estaría ligado a dar importancia al aspecto humano y a considerar a este ser en forma holística, con especial énfasis en sus aspectos emocionales, espirituales, socioculturales, sin dejar de lado los aspectos biológicos.

Muy relacionado con esta nueva tendencia de mejorar la entrega del quehacer de la enfermera/o, está el incentivar las características personales del profesional de enfermería, fomentando un sistema de valores humanistas y altruistas que ayuden a tolerar las diferencias, entre los propios profesionales y entre profesionales y usuarios.

A medida que se acentúan las interrogantes sobre los cuidados de enfermería, que aumente el deseo de incrementar los conocimientos del contenido profesional y que se afirme el hacer significativo el Cuidado de Enfermería para los usuarios, las publicaciones se diversificarán, tomarán consistencia y, por sobre todo, tomarán forma en textos realizados por profesionales de la orden.

Entre las limitaciones que se deben superar para avanzar en la construcción del cuidado como objeto de enfermería estaría “el aceptar las diversas especificidades que puede adquirir el cuidado en sus dimensiones bio-sico-sociales y contextos, regionales o institucionales, razón por la cual no sería prudente la adopción de modelos únicos en la formación” (Castrillón, 1997).

Las condiciones para la búsqueda e investigación de modelos de cuidado por las/los propias/os enfermeras/os estarían dadas, para la identificación de los factores que lo mejoran o entorpecen, en buscar asociaciones y relaciones, en buscar el significado del cuidado para los usuarios. Su estudio debe constituir una experiencia de reflexión epistemológica, histórica y ética, estimulando el conocimiento y la proposición de nuevas propuestas y protocolos de intervención, para enriquecer la ciencia y la disciplina de enfermería.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CASTRILLON, M. La dimensión social de la práctica de enfermería. Ed. Universidad de Antioquia, Colombia, 1997.
- COLLIÈRE, M. Promover la vida. Interamericana McGraw, Madrid, 1993. 393 p.
- DEL REY y CALVO. Cómo cuidar la salud. Su educación y promoción. Harcourt-Brace, Madrid, 1998. 515 p.
- FORSYTH, D. et al. "Can Caring Behavior Be Taught?". Nursing Outlook. 37 (4) 164-66. 1989.
- GOIC, A. El fin de la medicina. Ed. Mediterráneo Ltda. Santiago, 2000. 260 p.
- LEDDY, Susan & PEPPER, Mae. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Filadelfia, J. B. Lippincott Co., 1989. 395 p.
- MORSE, Janice, et al. "Concepts of Caring and Caring as a Concept". Advances in Nursing Science. USA, 13 (1): 1-14, 1990.
- NEVES, E. et al. "Programa Integrado de Investigación Cuidando y Confortando". Horizonte de enfermería. Santiago, Chile, 1995, 6:2/13-15.
- NIGHTINGALE, F. Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es. Salvat, Barcelona, 1990, 139 p.
- ROSENSTOCK, I. "Historical origins of the Health Belief Model". Health Educ. Monogr. 17:329-35. 1974.
- VALENZUELA, S. "Factores que influyen en la actitud de estudiantes de enfermería hacia el cuidado de pacientes durante sus experiencias clínicas médico-quirúrgicas". Tesis Magister Enfermería Médico Quirúrgica. Escuela de Graduados. Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
- VASQUEZ, M. A, et al. "Percepción por el usuario de la imagen de enfermería". Enfermería Clínica. España, vol. 7, Nº 3, 105-111, 1997.
- WALDOW, V. "Cuidar/Cuidado: O domínio unificador da Enfermagem". In: WALDOW, V. et al: Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar a enfermagem entre a escola e a prática profissional, Artes Médicas, Porto Alegre, 1995. p. 7-30.