

El arte de cuidar en Enfermería¹

The art of care in Nursing

María Soledad Rivera Martínez

Doctora en Enfermería, Magíster en Salud Pública, Enfermera, Profesora Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Resumen Se reflexiona sobre Enfermería como arte del cuidado, como proceso estético, como patrón de conocimiento y como experiencia. Se profundiza en el concepto y proceso de cuidado como experiencia y se analiza desde tres teorías de enfermería: la ciencia y arte del Cuidado Humano de Jean Watson, la teoría de la Primacía del Cuidado de Patricia Benner y Judith Wrubel y la emergente teoría sobre Comunidades de Cuidado de Peggy Chinn. Se propone que cuidar es un proceso intencional y que atendiendo enfermos o trabajando en promoción de la salud, es posible no cuidar, cuando no se establece el encuentro intersubjetivo de enfermera como persona y la otra considerada también persona. Dentro de este contexto se enfatiza que en este espacio, Enfermería encuentra su identidad y autonomía

Palabras clave: Enfermería, cuidado, proceso intersubjetivo, experiencia de cuidar, ser cuidado

Abstract This article is an analysis of Nursing as Art of Care, as aesthetic process, knowledge pattern and person to person experience. Defines more deeply care as concept, process and experience from three nursing theories: Science and Art of Human Care of Jean Watson; The Primacy of Caring of Patricia Benner and Judith Wrubel, and the emerging Theory of Care Communities of Peggy Chinn. We propose that care is an intersubjective and intentional process between nurse as a person with an other that is a person too. In this context is possible to give health services to the people, but also is possible not to care that persons. We propose that in this space of care as experience, Nursing finds her identity and autonomy.

Key words: Nursing, care, caring intersubjective process, caring experience, be care

¹ *Horizonte de Enfermería*, 15, 2004

Introducción

El *cuidado* de enfermería como fenómeno ha sido reconocido como el foco de la identidad profesional tanto en Chile como a nivel internacional (art. 113 Código Sanitario; Watson, 1988, Chinn, 1998, Benner & Wrubel 1989). Así como ya trajimos a la luz algunas reflexiones sobre patrones de conocimiento en enfermería, con el propósito de ir construyendo una mirada *comprendiva* sobre Enfermería (Rivera, 2003), en esta oportunidad deseamos profundizar en la dimensión estética de Enfermería como el Arte del Cuidado, ya que la dimensión de la Ciencia (movimiento de Enfermería basada en evidencia) y la Ética en enfermería son las que más dedicación han tenido en la enseñanza, investigación y publicaciones profesionales.

Enfermería como arte implica considerar otros lentes para mirar la realidad profesional y de la disciplina y es ese desafío que quiero asumir como contribución a la reflexión inicial sobre este tema que tiene un gran potencial en la resignificación del cuidado como esencia del aporte profesional de las enfermeras a la sociedad. Por esto es que primero contextualizaré lo que entiendo por profesión y disciplina de Enfermería para luego entrar en el desarrollo del tema del Arte de Cuidar, basado en ideas de doctoras filósofas y teoristas de enfermería, que han contribuido a profundizar en este tema.

Se entiende por *profesión* de Enfermería, al rol y funciones legalmente determinadas que las enfermeras y enfermeros deben desarrollar en la sociedad, señaladas en el Código Sanitario como: "*los servicios profesionales de la enfermera, comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de las enfermedades o lesiones, la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente*". (art. 113, Código Sanitario, 1997)

Dentro de este marco legal, la enfermera profesional en Chile ejerce roles en áreas de desempeño asistencial, administrativa y de gestión, de educación e investigación.

El desempeño *asistencial* está constituido por funciones de cuidado de Enfermería a personas sanas y enfermas, familias y comunidades, por medio de la planificación, ejecución y evaluación de sistemas, programas y/o planes de cuidado que contribuyen a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas.

El desempeño *administrativo* y de *gestión* lo realiza a través de actividades destinadas a la planificación a corto, mediano y largo plazo y la evaluación de sistemas, proyectos o programas de Enfermería de una institución, un servicio, unidad o de programas específicos de salud.

El desempeño *educativo* lo ejerce mediante el diseño, ejecución y evaluación de sistemas, proyectos o programas educativos para personas, familias o comunidades orientados a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, mediante el estímulo a las acciones de autocuidado y la toma de decisiones en salud. Incluye participación en docencia y en programas de educación continua en salud para profesionales y técnicos de Enfermería.

El desempeño en *investigación* de una Licenciada en Enfermería es un proceso que va desde la búsqueda, análisis crítico y aplicación selectiva permanente de saber científico y humanista que fundamenta su práctica. La enfermera con grado de Magister, lidera en un área específica de enfermería, interroga la práctica e investiga integrada a grupos de investigación, para buscar respuestas a problemas locales. La enfermera con grado de Doctor investiga en forma independiente, lidera un equipo de investigación que produce conocimiento en un área determinada del saber de enfermería, publica y

forma investigadores (Harrison, Hernández, Cianelli, Rivera, & Urrutia, 2004). Además, las enfermeras participan en equipos multidisciplinarios que investigan fenómenos más generales de salud.

Por *disciplina* se entiende el saber producido por las enfermeras y enfermeros en forma sistemática, que constituye el cuerpo de conocimiento propio de Enfermería, que se ha ido construyendo desde Florence Nightingale en adelante. Este saber está organizado sistemática y lógicamente en teorías de Enfermería. El conocimiento desarrollado en estas teorías fundamenta la práctica de *cuidar* en las múltiples experiencias que los seres humanos vivencian en su proceso de vivir, ser saludable, enfermar, recuperarse y morir, en las diferentes culturas humanas. Este saber le da identidad y autonomía a la Enfermería como disciplina. Es compartido, discutido y construido por comunidades que socializan su saber a través de las publicaciones.

Hoy en día, prácticamente se ha llegado al consenso entre las teoristas e investigadoras sobre la esencia de la Enfermería como Ciencia, Arte y Ética del Cuidado de la Salud de las personas (Carper, 1986; Chinn & Kramer, 1995). Esta perspectiva integral de la Enfermería se viene desarrollando fuertemente en las últimas décadas, a medida que las pensadoras han explicitado más sus ideas sobre el *cuidar* y el *cuidado* como fenómeno central de enfermería.

El cuidado como fenómeno central de Enfermería

La Fábula de Higino

“Cierta día, Cura (Cuidado), al atravesar un río, vio un poco de lodo arcilloso.

Tomó en sus manos el lodo y reflexionando sobre él, lo empezó a modelar.

En cuanto deliberaba sobre lo que había hecho, apareció Júpiter. Cura le pidió que diese un espíritu a eso que había modelado, lo que fue atendido con gusto.

Como Cura le quiso dar a la criatura un nombre de su libre decisión, Júpiter le prohibió y exigió que a la criatura le fuera dado su propio nombre.

En el momento en que Cura y Júpiter discutían, surgió de repente Tierra, queriendo que su nombre fuera dado a aquel cuerpo.

Tomaron entonces a Saturno como juez, el cual se pronunció así de modo imparcial:

Tú, Júpiter, porque le diste el espíritu a su muerte recibirás el espíritu.

Tú, Tierra, porque le diste el cuerpo, en la muerte lo recibirás de vuelta.

Tú Cura, porque lo moldeaste con tus manos, deberás cuidarlo en cuanto viva.

Mas como ahora existe controversia entre ustedes respecto del nombre, que sea llamado Humano, porque fue hecho de tierra fértil-humus (Barreto & Moreira, 2000, p. 31).

Cuidar es una capacidad inherente al ser humano. Somos cuidados desde que nacemos y luego aprendemos a autocuidarnos y cuidar a otros. Sin embargo, según Peggy Chinn (1998, p. 15), el cuidado de Enfermería profesional se distingue del cuidado innato de los seres humanos, porque se trata de establecer un proceso intencional altruista de querer ayudar a los otros en sus procesos de salud y enfermedad, muerte y renacimiento, fundando y guiando este cuidado en conocimiento teórico.

Para Chinn (1998), esta distinción es importante porque conlleva un compromiso ético de profundo respeto por la persona humana y profunda responsabilidad por mantenerse actualizado y desarrollar

conocimientos relevantes a las prácticas necesarias al cuidado de Enfermería. Cuidar la salud de las personas en este contexto es una actividad planificada, fundada, dinámica y compleja, porque implica conocer desde diversas perspectivas teóricas los fenómenos relativos a los procesos de salud y enfermedad y poner en práctica habilidades personales para acompañar a las personas en sus procesos de transformación.

Cuidar como proceso de transformación va más allá que simplemente aplicar planes de atención de enfermería preestablecidos y estandarizados, pues mientras estos se basan en problemas de enfermería clasificados en taxonomías, el cuidado como proceso de transformación se construye en el momento con los actores del proceso. Mirar el cuidado como proceso de transformación nos sitúa en una dimensión estética.

Patrón de conocimiento estético: el arte de enfermería

“La esencia real de Enfermería, como cualquier arte fino, no reposa en los detalles mecánicos de la experta ejecución, ni en las destrezas de un desempeño práctico impecable, sino en la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente que fundamenta esas técnicas y tareas. Sin esto, Enfermería puede volverse un negocio altamente competente, pero no puede ser una profesión o un arte fino” (Nightingale, 1859).

La estética como rama de la filosofía aborda el difícil problema de la belleza y de su relación con los objetos artísticos y de éstos con la naturaleza y el hombre. El término estética deriva de la palabra griega *aisthesis*, que significa sensación, conocimiento obtenido a través de la experiencia sensible. El primer filósofo que trató en profundidad un tema desde un punto de vista estético fue Platón, para el que el arte (*techné*) era aquella destreza manual o intelectual que requería cierta habilidad y conocimiento a fin de producir algo. Platón divide las artes en dos clases: las artes productivas de objetos reales, sean éstos materiales o naturales, y las artes productivas de imágenes o *eidola*. (Cibernous, glosario filosofía).

La belleza (*to kalon*) es, en Platón, una idea que se refleja en las cosas. Lo bello es tal porque en él relumbra la idea que lo determina y que nos transporta más allá de la apariencia inmediata. En el “aparecer” de las cosas bellas se da o aparece la idea como idea. Por ello, *Eros*, el Amor, es impulso hacia la belleza porque es un impulso a ser arrancado de la mera apariencia y trascender hacia lo inteligible, utilizando las bellezas parciales como escalones hacia la verdadera sabiduría. Kant reelaboró el arte como aquel sentimiento que surge cuando nos enfrentamos a algo sumamente vasto y abrumador que nos sobrepasa y que, sin embargo, acrecienta y pone de manifiesto la dignidad y nobleza del hombre, pese a sus límites racionales. Desde entonces, la estética ha ido tomando más y más significados hasta hoy, en que se la considera dimensión de lo inconmensurable de la vida.

Cuidar es una experiencia humana inconmensurable.

Existen diversas concepciones de Enfermería como arte. Quizás la más común es hacerlo equivalente a la experiencia acumulada a través de los años o a la belleza con que la enfermera puede ejecutar un procedimiento. Sin embargo, si nos detenemos en la concepción de Florence Nightingale, ya desde 1859, ella enfatiza como arte al proceso de “la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente” que fundamenta las acciones concretas del cuidado de enfermería.

Esta dimensión estética de la Enfermería ha sido retomada fuertemente en los últimos años, porque rescata una dimensión esencial a la naturaleza de Enfermería. Weiss (2004) sugiere que el

arte es complejo, amplio, flexible, por tanto un concepto que no puede ser reducido a sólo una definición encerrada en la estética como "*Ciencia que trata de la belleza, de las formas y de la apariencia*" (*Diccionario de la lengua española*).

Keeny (2000) señala que el arte captura, expresa y recrea la humanidad y la vida en sus múltiples y diversas formas de manifestación. El arte evoca el espíritu humano, la inspiración, la imaginación, creatividad y dedicación. El arte es la Vida del Espíritu y el Espíritu de la Vida. Sobre arte y espíritu, Watson (1996, p. 12) aludiendo a Emerson, escribió: "*La Naturaleza es el símbolo del espíritu, la naturaleza se viste de los colores del espíritu, el arte conspira con el espíritu en su búsqueda de la belleza, de la sabiduría y la verdad. No es una verdad científica, fácilmente capturada y poseída, es la verdad interna, más elusiva, diversa y dinámica. Es verdad universal que sopla de la misma esencia de la vida y de la naturaleza*". El arte conspira con el espíritu para emanciparnos, pues nos posibilita movilizarnos hacia otros lugares y espacios y nos permite cambiar nuestras percepciones y puntos de vista. Desde esta mirada, se podría proponer que el cuidado en cuanto arte, es movimiento y transformación.

Para Jean Watson (1996), 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. La expresión artística de enfermería incluye la escucha intencional, la mirada atenta, la sensibilidad focalizada en un toque. Para esta maestra de la Enfermería, en el siglo XX se separó la espiritualidad del arte y el arte fue separado de las ciencias, vaciando de contenido y de sentido gran parte de las acciones de cuidado que las enfermeras realizan en su día a día. Jean Watson hace un llamado a que "*la Enfermería debe ser radicalmente reimaginada 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*". (Watson citada en Fitzpatrick & Whall, 1999, p. 293).

Significado de lo Estético vs lo Científico

Según Chinn & Kramer (1995), el arte es expresivo, la ciencia es formal (lógica). Lo estético se experimenta, envuelve la creación o apreciación de lo singular, lo particular, la expresión subjetiva de posibilidades imaginadas o realidades equivalentes que no pueden ser comunicadas reducidamente sólo a través de formas discursivas. El conocimiento obtenido por la ciencia empírica es descriptivo, analítico y explicativo y comunicado discursivamente en forma lógica. El conocimiento obtenido por la vivencia de la experiencia subjetiva directa, contiene la forma de lenguaje en la cual desea ser expresado: sea emocional, plástico, corporal, musical, teatral, imaginativo, pues es lenguaje de los sentidos. El conocimiento estético es considerablemente más amplio que nuestro discurso verbal, racional, lógico, porque el arte no es lógico.

Chinn & Kramer (1995) citan a Wiedenbach (1958) quien afirmaba que el arte de enfermería se hace visible a través de la acción tomada para proveer lo que sea que el paciente requiere para restablecer o extender su capacidad de afrontar (copy) las demandas de su situación. La acción tomada para que tenga una cualidad estética requiere la activa transformación del objeto inmediato –la experiencia del consultante– en una percepción inmediata directa de lo que es significativo para él. Esto es, identificar que, necesidad está actualmente siendo expresada a través de su conducta (observar-escuchar-acompañar). Esta percepción de la necesidad expresada no es la única responsable de la acción tomada por la enfermera, pero se refleja en ella, pues en el acto intencional de conocer la

vivencia del otro y acompañarlo, la enfermera está escuchando y escuchar es una conducta ampliamente descrita en la literatura como terapéutica. También influye el grado de conciencia y fe que la enfermera tiene en el poder sanador de la escucha activa (Cipriano, Merkle, & Sorrell, 1995).

El proceso estético descrito por Wiedenbach (1958) se complementa con lo que Dewey (s.f.) refiere como diferencia entre reconocer y percibir. Reconocer sirve al propósito de identificar y se satisface cuando un nombre es usado para señalar aquello, normalmente sustentado en un estereotipo previo de algún esquema de clasificación. Esto equivale a la fase de valoración del proceso de enfermería. En cambio percibir va más allá de reconocer, pues incluye tomar conciencia de los mundos de detalles y significados que la persona va revelando y las disposiciones internas de la enfermera para aprehender y mirar qué es lo que hay ahí, en sus múltiples manifestaciones.

Orem (1991: 155) describe el arte "*como aquel que la enfermera expresa a través de su creatividad y estilo en diseñar cuidados efectivos que satisfacen las necesidades de los clientes*". Para ella esto incluye la capacidad de actuar conscientes de que el resultado ya viene incluido en el tipo de acción de cuidado elegida. Por ejemplo, el acto de escuchar atentamente lo que una madre angustiada está compartiendo, es al mismo tiempo un proceso deliberado de cuidado (escucha activa como habilidad de cuidado) que en su desarrollo incluye el resultado como un efecto inmediato de aumentar el bienestar de la madre pues se siente acogida, valorizada en su experiencia y probablemente reconfortada al poder desahogar su angustia.

Para Orem, la *capacidad empática* es un modo importante de expresión de la dimensión estética de cuidado percibida como "*la capacidad de participar en la experiencia vicaria de los sentimientos del otro...*" Parafraseando a Orem, podríamos agregar que en las experiencias de empatía durante las relaciones de cuidado o intervenciones en crisis emocionales se va teniendo acceso a conocer al otro en su singularidad; entonces, mientras más hábil una enfermera llega a ser en percibir y empatizar con la experiencia afectiva de otros, más conocimiento obtiene para comprender los diferentes modos de enfrentar la realidad de las personas. La enfermera aprende a enfrentar lo ambiguo, lo doloroso, lo caótico y lo urgente; aprende a elegir caminos para explorar el mundo del otro, no se conforma con respuestas preconcebidas. Aumenta su capacidad de acompañar procesos afectivos con paciencia, pues el ritmo de las vivencias es muy variable, y sobre todo, aprende a no obtener resultados previstos, pues nunca se sabe adónde conduce el encuentro de cuidado. A lo más, interesa que el otro se alivie al compartir su carga del momento. La enfermera aumenta su percepción de la variedad de experiencias humanas subjetivas, lo que le permite crecer como persona y aumentar su propio repertorio de posibles caminos de alivio y de ayuda como dimensiones del cuidado.

Jean Watson enfatiza que el diseño del cuidado de Enfermería debe ser acompañado de un sentido de "estructura, de articulación, en un todo (Whole) resultante y de las relaciones entre factores de mutua dependencia, o más precisamente, el modo como el todo se expresa en su integralidad..." Watson (1986. p 16). El ser humano siempre es una integralidad, aquí y ahora. Es una presencia total que expresa su vivencia. La enfermera, por su parte, también es un ser humano consciente que toma la decisión de cuidar otro o de no cuidarlo. Pero no es posible fragmentar la realidad del cuidado, o se vive o no se vive. Se puede *proporcionar atención de enfermería* a los clientes mediante la aplicación de los clásicos planes de atención de enfermería predeterminados y estandarizados, basados en alguna evidencia y orientados a cumplir las indicaciones de los tratamientos indicados por el médico, siguiendo los estándares de calidad y la persona y su familia pueden decir

REFLEXIÓN

“aquí nadie me cuidó, pues nadie se preocupó de mí. Cuidaron de mi fístula, de mi colesterol, de mis drenajes, pero nadie se preocupó de mí”. (Testimonio, 2004). Entonces es posible atender muy bien a los clientes y al mismo tiempo es posible no cuidar de las personas.

El patrón estético de conocimiento en Enfermería es el conocimiento de lo único particular en vez de una clase ejemplar o un universal. Es rescatar la subjetividad, reconociendo esa particularidad como general a lo humano.

Chinn (1997) define el conocimiento estético en Enfermería como aquel referido a “significados simbólicos de una situación o experiencia” ...*El saber estético hace posible la percepción de posibilidades que no existían y permite la emergencia de habilidades para crear aquello que todavía no es real, pero sí posible*”. Por ejemplo, cuando se quiere enseñar habilidades de cuidado interpersonal en los profesionales, se crea un espacio educativo basado en situaciones reales vivenciadas por ellos, y se recrea la experiencia en un espacio emocional seguro, mediante juego de roles; aunque este nunca reemplaza la experiencia real, permite anticipar lo que puede suceder en la realidad. Por ello se anima al alumno a que establezca un encuentro de cuidado con una persona necesitada de apoyo emocional real, aquí y ahora. El profesor enseña recreando momentos y modela diálogos de cuidado, pero la única forma de aprender es viviendo la experiencia de establecer, desarrollar y terminar una relación de cuidado con sus propios recursos personales y en su propio estilo. El proceso de cuidado es de persona a persona, pues aunque la relación establecida es con fines de ayuda o de apoyo emocional entre profesional y usuario, nunca se deja de ser quien se es.

Según Chinn (1998, p. 18) *“en la práctica de Enfermería el saber estético es expresado a través de aquellos actos que sirven para transformar una experiencia desde lo que es en el presente, para lo que es posible que sea en un futuro. La enfermera moviliza, a través de la experiencia artística, a la persona desde los límites de la enfermedad y desafíos para la salud, hacia experiencias de curación/sanación y nuevas posibilidades”*.

Tres ejemplos de nuevas teorías en Enfermería ilustran lo anterior: la Ciencia y Arte de Cuidar de Jean Watson (1985, 1996); la Primacía del Cuidado de Patricia Benner & Judith Wrubel (1989), y las Comunidades de Cuidado Paz & Poder de Peggy Chinn (1995, 1998).

Ciencia y Arte de Cuidar, Jean Watson

Jean Watson ha desarrollado su teoría sobre Cuidado Transpersonal de Enfermería (Watson, 1985, 1996), que está fuertemente arraigada en presupuestos como la centralidad del cuidado humano en Enfermería y la potencia sanadora de la relación de cuidado transpersonal tanto para la enfermera como el sujeto cuidado. Percibe el cuidado como proceso vital para la sobrevivencia humana y del planeta, y ocurre en todas las relaciones humanas significativas.

Lo particular del cuidado en Enfermería, según esta autora, es su naturaleza intencional y fundada en conocimientos y destrezas específicas complejas. Para ella el cuidado es *“un proceso intersubjetivo de compromiso consciente que se armoniza con el amor a nivel universal, y por ello tiene un alto potencial sanador, cuyos efectos se extienden más allá de los meros límites del acto de cuidado, al potenciar los planos energéticos de armonía sobre el universo”*. (Morris en Fitzpatrick & Whall, 1996, p. 292). Dicho de otro modo, siguiendo una racionalidad religiosa, así como la oración tiene la potencia de canalizar las energías sanadoras del Espíritu Santo, los actos conscientes de cuidado tendrían el mismo efecto. Para esta autora, el amor y el cuidado son necesarios para la sobrevivencia humana sobre el planeta. Sin el

cuidado, la tecnología y tratamientos médicos, a pesar de su enorme poder, no tienen la capacidad de sanar integralmente (Morris en Fitzpatrick & Whall, 1996, p. 290-3).

La meta del cuidado transpersonal, es restaurar la armonía entre la mente-cuerpo y alma en su totalidad. En los contextos profesionales, el cuidado se construye en *ocasiones específicas o momentos*, cuando enfermera y persona experimentan el proceso intersubjetivo de compromiso y armonía. El conocimiento necesario a este proceso de cuidar incluye aquel sobre las condiciones necesarias para crear esos momentos (Watson, 1996).

Por otra parte, estas comprensiones descansan sobre un presupuesto fundamental que está implícito: *el cuidado como proceso se construye a partir del nivel de consciencia, experiencias, conocimientos y valores que las personas poseen*.

También las *ocasiones de cuidado* dependen de la habilidad de la enfermera para percibir y afirmar la subjetividad del otro. Este es un concepto más activo que el respeto, porque se manifiesta en acciones, palabras y maneras de ser que traen a la luz la experiencia personal de la persona. Otra dimensión de este proceso es la habilidad de la enfermera para sentirse unida y cercana al otro y experimentar e imaginar sus sentimientos. Para Jean Watson, la práctica del cuidado en Enfermería envuelve nutrición, creación y cultivo del potencial para *ocasiones de cuidado* (Watson, 1986).

La Teoría de la Primacía del cuidado de Patricia Benner y Judith Wrubel

Otra teoría emergente sobre el cuidado como arte es la de las enfermeras fenomenólogas Benner & Wrubel (1989) sobre cuidado, stress y enfrentamiento. Para ellas, el cuidado es una experiencia primaria. Es una característica humana que determina lo que ocurre con una persona y qué es lo importante para ella. Dentro de la teoría del stress y enfrentamiento, el cuidado es aquello que crea posibilidades de enfrentamiento frente al stress de la enfermedad. Entonces el cuidado hace posible una relación sanadora que se mueve a través del stress de la enfermedad.

En la visión de Benner & Wrubel (1989), la persona tiene el potencial de autoconocerse y auto interpretar sus experiencias, develando sus significados. La inteligencia del cuidado se refiere a estar atentos para comprender los significados que las personas dan a sus experiencias. Estos significados son construidos dentro de la sociocultura y son habitualmente inconscientes, por lo que las relaciones de cuidado posibilitan traerlos a la consciencia, y al hacerlo, abren otras vías de enfrentamiento.

Ellas formulan tres aspectos centrales del cuidado de Enfermería en los cuales las enfermeras y enfermeros facilitan los procesos de enfrentamiento con las tensiones provocadas por la enfermedad:

1. *Las enfermeras y enfermeros nutren el movimiento desde la parálisis que provoca el stress en el presente, hacia la experiencia de anticipar el futuro con confianza*. Las enfermeras y enfermeros construyen el puente para posibilitar este movimiento a través de la reconstrucción gradual de esta capacidad en cada relación de ayuda.
2. *El segundo aspecto del cuidado es acompañar con habilidades interpretativas para ayudar a integrar los significados de la enfermedad que surgen del ambiente externo con aquellos que provienen del mundo interno de la persona*. Esta es una habilidad que distingue el cuidado profesional del innato. Reposo sobre conocimiento de teorías de enfermería, curación, efectos de tratamientos médicos, relación de ayuda y el arte de integrarlos para ponerlos en práctica en el momento singular.

REFLEXIÓN

3. *El tercer aspecto del cuidado es ayudar a la persona a integrar las experiencias pasadas en el contexto del presente.* La enfermedad irrumpe en la vida de las personas provocando una interrupción en su historia de vida, porque habitualmente no se anticipa una situación de esta magnitud. Ahora enfrentado a la experiencia de la enfermedad, uno de los desafíos es encontrar un sentido de continuidad con lo vivido anteriormente. Este desafío es doble para la enfermera quien debe crear una relación de ayuda compleja.

Comunidades de Cuidado: Paz & Poder

Por su parte, Peggy Chinn (1995, 1998) ha elaborado las primeras formulaciones de su teoría emergente sobre *Comunidades de Cuidado*, en base a su experiencia de trabajo con mujeres, desde una perspectiva de género. Ella crea un proceso grupal deliberada y conscientemente, para movilizar las interacciones desde un modelo competitivo y jerárquico, hacia relaciones basadas en la cooperación e igualdad. En su libro *Paz y Poder*, narra su experiencia de crear lo que llamaron grupos basados en valores de Paz. Consistente con Benner & Wrubel y Watson, Chinn también comparte la premisa fundamental de que *el cuidado dentro de las interacciones grupales es transformativo, creando paz y armonía dentro de los grupos y en todos los encuentros*. Desarrolló un acróstico con los valores claves de su teoría: Peace

<i>Praxis</i>	(Práctica - Experiencia consciente)
<i>Empowerment</i>	Empoderamiento
<i>Awareness</i>	Tomar Consciencia
<i>Consensus</i>	Consenso
<i>Evolvement</i>	Envolvimiento- Involucrarse)

Praxis es acción reflexiva para transformar el mundo, tomado de Paulo Freire. Este proceso de reflexión-acción ocurre en sincronía con otros, de manera tal que las acciones pueden ser elegidas deliberada y conscientemente, con la intención de provocar transformación y cambio.

Empoderamiento significa orientar el propio deseo hacia el amor y respeto por los otros. Esta perspectiva va en dirección opuesta a aquella que define empoderamiento como algo solitario que el individuo logra por sí mismo y que es estimulado desde fuera de sí. Aquí el concepto se define como personas que se empoderan dentro de una experiencia comunitaria, en la cual la preocupación por el bienestar del grupo y de los otros provee un contexto en el cual el individuo ejercita su deseo.

Consciencia (Awareness) significa estar en el momento en el que se integra el pasado con el futuro. Integrar el pasado requiere una buena comprensión de la propia historia y de la historia del grupo. Integrar el futuro requiere construir una visión común con el grupo que los compromete y desafía. Reunir estas dos comprensiones –pasado y futuro– en una sola requiere un alto grado de consciencia. Cuando la historia y la visión de futuro forman el presente, lo que ocurre en el presente adquiere gran significancia.

Consenso significa un compromiso activo con la diversidad del grupo, con la solidaridad e integridad. Comprendiendo y apreciando la diversidad se produce consenso y solidaridad. En contraste, cuando el grupo evita o ignora la diversidad o las diferencias en los puntos de vista, los que se ignoran son colocados en una posición invisible y subordinada que produce inevitablemente insatisfacción que debilita cualquier potencial para la solidaridad grupal.

Involucrarse (evolvment) significa un compromiso para la transformación y cambio consciente. Este compromiso significa que cada persona está abierta a la transformación y cambio de sí mismo y el grupo celebra los cambios en vez de mantener el statu quo.

Estos son los valores contenidos en PEACE, que crean acciones concretas, la cuales a su vez provocan transformaciones para ir logrando armonía en el grupo.

Estas teorías sobre Cuidado desarrollan fuertemente el conocimiento estético, al considerar el cuidado como proceso transformativo tanto para la enfermera como los involucrados en el proceso. Esta transformación es percibida como proceso de desarrollo de consciencia de posibilidades que ayuda a moverse desde el presente hacia lo posible. Este proceso implica creatividad porque el cuidado es proyectado hacia una fuerza de transformación y cambio que se mueve para crear momentos, ocasiones, actos, encuentros y relaciones de cuidado.

A modo de síntesis

Toda acción de cuidado de Enfermería se da en una relación interpersonal. Entender y percibir los significados particulares de las experiencias de las personas sobre sus procesos de ser saludable, de bienestar, de sufrimiento, de impotencia, de angustia, durante la enfermedad y en las transiciones de la vida, implica un acto personal consciente e involucra a los actores del proceso. Por ello, todo cuidado de enfermería entendido como arte implica un acto de consciencia, es decir, es intencional, no se da espontáneo. La enfermera debe querer cuidar a las personas y no sólo atenderlas.

Cuidar intencionalmente implica tener consciencia de que la manera en que la enfermera se percibe a sí misma afecta la manera en que percibe a los otros. Por lo tanto, implica querer desarrollar permanentemente autoconocimiento, pues se reconoce a sí mismo en los mismos procesos de transformación y cambio. La enfermera persona que cuida al otro conscientemente se reconoce persona, de otra manera no es posible encontrarse con el otro, pues para hacerlo es necesario vaciarse temporalmente del juicio racional sobre el otro, para poder acogerlo en su singularidad y escuchar atento para comprender la experiencia total del otro en el sentido que esa persona le otorga y acompañarlo en sus transiciones.

El conocimiento personal concierne el conocerse, comprenderse, aceptarse y actualizarse. Durante un encuentro de cuidado persona a persona, la enfermera percibe poco a poco al otro como TU, quien, desde la concepción de Buber, se va develando como ser, en sus valores y significados. A medida que la enfermera es capaz de transitar por el complejo mundo personal de sí misma con consciencia de los momentos de sufrimiento, de dolor y en la medida que se puso de pie después de sus pérdidas y duelos normales de la vida, puede comprender y acompañar a los otros en esos procesos. La enfermedad es una experiencia devastadora para muchos, afecta no sólo al enfermo, más a sus familiares inmediatos, quienes necesitan ser acompañados en los momentos de sufrimiento. La enfermera está presente en esos momentos; ellas saben cuándo los familiares claman por ayuda y pueden crear sus momentos de cuidado en forma consciente y autónoma.

Son esas ocasiones de cuidado que van afirmando la identidad profesional, son estas ocasiones en las que se pone en juego la capacidad de cuidar integralmente en la práctica. Cuando una madre con un hijo hospitalizado clama por ayuda, por apoyo, por información clara y basada en evidencia, y la enfermera la acoge con consciencia inteligente y se dispone para ella, y la apoya y la escucha y le

REFLEXIÓN

proporciona el soporte amoroso y de respeto que esta madre necesita, en ese momento está construyendo una relación de cuidado que sana. Son esos momentos cuando la enfermera, al cuidar, se pone de rodillas internamente ante la humanidad del otro, cuando crece y se agiganta su ser profesional autónomo, porque está siendo fiel a su vocación primera, aquella que la motivó a estudiar Enfermería y porque en ese acto de humanidad está transfigurando la realidad con el amor que el cuidado contiene. Y sólo el amor sana.

Consideraciones finales

Se reflexiona sobre la experiencia y el saber estético o arte de Enfermería, presentando reflexiones de doctoras en Enfermería que han desarrollado modelos teóricos sobre el cuidado, enfatizando la experiencia estética. De sus reflexiones, proponemos nuestra reflexión acerca de la experiencia estética del cuidado como proceso de personalización y de transformación para ambos participantes del proceso de cuidados. El ayudado (cliente, consultante) aprende a confiar en alguien que está dispuesto a comprenderlo como persona singular, abriendo así la posibilidad de experimentar una relación sanadora en la medida que moviliza las energías bloqueadoras del presente hacia la movilidad del futuro que genera esperanza, abriendo posibilidades. En este sentido, el cuidado sana. Sana la desconfianza, el miedo a morir, el miedo a perder autonomía, el temor a la dependencia y sana el pesimismo. Por su parte, la enfermera que ayuda, aprende a hacer silencio interior de sus propias ideas, conceptos, teorías, preconcepciones, para aprender a escuchar y abrirse al mundo interior del otro, comprender los significados que atribuye a su mundo y a la experiencia actual y desde esa comprensión puede elegir ayudarlo a transitar a través de su experiencia y le infunde esperanza.

Cuando se puede compartir sentimientos en verdad e intimidad, se construye una relación de cuidado persona a persona, como señaló Travelbee (1979). La potencia sanadora de la relación y de los momentos de cuidado en Enfermería es enorme, si se mira así cada momento como ocasión de cuidado, como señala Watson. Es entonces un desafío hermoso el que nos está invitando: rescatar conscientemente el saber estético contenido en las experiencias de cuidado comprensivo de Enfermería y reflexionar acerca del proceso de transformación que allí ocurre, nos revela una faceta esencial de la praxis social de Enfermería que es la esencia de su autonomía profesional. Reencantarse con Enfermería es reimaginar el proceso de cuidado considerando su complejidad, su dinamismo, su ritmo único, su potencial sanador, desde las cuatro perspectivas filosóficas: ciencia, arte, ética y autoconocimiento.

Referencias Bibliográficas

- Benner, P., y Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA: Addison Wesley.
- Carper, B. (1986). Fundamental patterns of knowing in nursing. Chapter 14 (pp. 252-260). In: L. Nicoll. *Perspectives on Nursing Theory*. Boston: Little Brown. Co.
- Chinn, P., & Watson, J. (1994). *Art and Aesthetics of Nursing*. New York: National league for Nursing.
- Chinn, P. (1995). *Peace & Power: Building communities for the future* (4th ed.) New York: National League for Nursing.
- Chinn, P., & Kramer, M. (1995). *Theory and Nursing: a systematic approach* (4th Ed). St. Louise: Mosby.
- Chinn, P., Maeve, M.K. & Bostick, C (1997). Aesthetic Inquiry and the Art of Nursing. *Schi Inq Nurs Pract.* 11 (2), 83-96.

- Chinn, P (1998). Caring: Theory & Practice. In T Garcia & L Pagliuca. *A Construção do conhecimento em Enfermagem*. Coletânea de trabalhos. Fortaleza: RENE (Rede de Enfermagem do Nordeste). Ed Tipogreso Ltda.
- Harrison, L., Hernández, A.R., Cianelli, R., Rivcra, M.S., & Urrutia, M. (2004, Noviembre). Perspectivas de enfermeras de américa latina, sobre competencias de investigación necesarias en los diferentes niveles de preparación. Presentación Oral en el IX *Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, organizado por OPS/OMS, ALADEFE*. Lima, Perú.
- Leininger, M (1994). *Transcultural Nursing: concepts, theory, research and practice*. (2nd ed.). Columbus OH: McGraw-Hill and Greden.
- Morris, J. (1996). Watson's Theory of Caring. En J J Fitzpatrick & A Whall. *Conceptual Models of Nursing. analysis and application*. (3rd ed). Standford, CT: Appleton & Lange
- Munhall, P. (1993). *Unknowing: Toward another pattern of knowing in Nursing*. *Nurs Outlook*, 41, 125-8.
- Nightingale, F. (1969). *Notes of Nursing: what it is and what it is not*. New York: Dover. (publicado originalmente en 1859)
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice*. (4rd ed). St Louis: Mosby Year Book
- Peplau, H. (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Barcelona: Salvat.
- Rivera, M.S. (2003). Formas de conocer en Enfermería: el sustento teórico de la práctica profesional. *Horizonte de Enfermería*, 14, 11-24.
- The Center for Dewey studies. (s.f.). *John Dewey (1959-1952). Art as experience*. Recuperado en Septiembre 24, 2003, en <http://www.iep.utm.edu/d/dewey/htm>
- Travelbee, Joyce (1979). *Intervención en Enfermería Psiquiátrica: el proceso de la relación persona a persona*. Colombia: Carvajal. OPS-OMS.
- Vaccari, P. (1997). A arte da enfermagem: efêmera, graciosa y perene. *Texto & Contexto Enfermagem*, 6, 28.
- Watson, J. (1985). *Nursing: Human science and human care: a theory of nursing*. Norwalk, CT: Appleton-Century- Crofts.
- Watson, J. (1996). Watson's theory of transpersonal caring. In P. T. Walker., y B Neuman (eds). *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice & administration*. New York: NLN Press. (141-184)
- Wiedenbach, E. (1958). *Family centered maternity nursing*. New York: G.P. Putnam's Sons

Correspondencia: M Soledad Rivera. Doctora en Enfermería. Profesora. Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. Campus San Joaquín. Casilla 306. Correo 22. Santiago Chile. E mail. mriverma@puc.cl