
EL CUIDADO: PILAR FUNDAMENTAL DE ENFERMERÍA

María Mercedes Durán de Villalobos*

Ponencia presentada en el II Congreso de Actualización en Enfermería. *Acofaen*. Bogotá, 1994.

Introducción

Hablar de cuidado significa hablar de actitudes. Hablar de actitudes, porque hay elementos específicos complejos y únicos, que se requiere aprender para dar cuidado. El cuidado en sí mismo es una vivencia única, tanto para quien lo recibe, como para quien lo brinda. Si en verdad quien cuida entiende el significado de la palabra cuidado o de cuidar, sabrá que nunca repetirá la experiencia de cuidar, aún en circunstancias semejantes.

Es sorprendente ver como existe satisfacción en el personal de salud, cuando se hace referencia al término "cuidado de la salud" o "cuidado de enfermería", si se parte de la base que:

1. No hay claridad sobre el significado de cuidar y cuidar y;
2. El término se utiliza indiscriminadamente, al menos en enfermería, sin mirar las implicaciones éticas que, dar cuidado o cuidar, tienen dentro del contexto profesional y personal de la enfermera.

Para comenzar se puede decir que existe confusión entre "cuidado" y "curar" y tradicionalmente curar ha tenido mayor aceptación porque es dramático, costoso y se utiliza mayor tecnología. Además, genera mejor retribución

económica y hasta el momento, la curación ha sido un rol dominante masculino. Por otro lado cuidar, ha sido un rol femenino, y las mujeres, a través de la historia, han desarrollado un sin número de acciones cuidativas, sin necesidad de obtener la publicidad y la retribución que ha conseguido la curación.

Un ejemplo de la interpretación desviada que se da al término cuidado se puede identificar cuando se utiliza la expresión "cuidado de la salud" y lo que se propone son una serie de acciones dirigidas a las personas sanas o con problemas de salud, de una manera masiva e indiscriminada. O cuando se utiliza cuidar como sinónimo de estricta atención médica. Una cosa son las acciones encaminadas a obtener ciertas metas de cobertura, o ciertos cambios de conducta relacionados con la salud, o ciertos aspectos de eficiencia en la atención médica y de enfermería, y otra cosa diferente es el cuidado.

Aunque en el ejemplo anterior se podría argumentar que cuando se hace promoción se hace cuidado, porque el fin último de la promoción es evitar el deterioro de la salud, no se debe olvidar que cuidar es más que desarrollar rutinas o ejecutar acciones que se han adoptado por benéficas. Cuidar implica la relación entre el cuidador y el cuidado (la persona cuidada). Si no se da esta relación con cierto grado de profundidad y conciencia, el cuidado pasa a ser otra acción diferente, aunque no por ello debe suspenderse.

* Profesora asociada Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Magister en Enfermería. Secretaria Ejecutiva de REAL.

Otro ejemplo de acción que discrepa con el concepto de cuidado y que se escucha mucho entre las enfermeras es el siguiente: "en el hospital donde yo trabajo las enfermeras sí dan cuidado directo a los pacientes porque sólo ellas administran los medicamentos..." ¿Será éste el tipo de acción que se requiere al dar cuidado directo?, no será que el cuidado va más allá de aquellos estereotipos de atención que se denominan "cuidado", como en el caso de la administración de medicamentos? Y ¿qué se podría decir de aquellas actividades preestablecidas y rutinarias de los servicios, las cuales se ejecutan de manera automática y despersonalizada, especialmente en los momentos más críticos para el paciente y su familia, como en el momento de hospitalización, o de una cirugía?

En este momento es importante detenerse y reflexionar sobre el asunto...

Se dice que cuidar es la esencia de la enfermería, y que el cuidado es el elemento paradigmático que hace la diferencia entre enfermería y otras disciplinas del área de la salud. Pero no se puede pasar por alto el que muchas enfermeras enfatizan más en los aspectos relacionados con la curación, y han mantenido sus intervenciones más hacia la línea del curar que en la del cuidar.

La calidad del cuidado de enfermería y de la salud demandan, hoy en día, una interpretación humanística y el respeto por la integridad funcional de los seres humanos; y el fenómeno salud-enfermedad debe entenderse partiendo de una amplia base conceptual.

El proceso de cuidar a las personas, a las familias y a los grupos es el elemento esencial de enfermería, no sólo, por la dinámica de las transacciones humano-humano que ello requiere, sino porque además se requiere de una serie de elementos complejos y sofisticados que la enfermera posee y que abarcan: conocimientos muy bien diferenciados, dedicación, valores humanos. Adicionalmente, porque en el acto de cuidar la enfermera está inmersa en una relación personal y moral con el sujeto del cuidado.

Todos estamos conscientes que, en numerosas instancias, enfermería se ha tornado altamente tecnológica y burocrática. Aún la enfermería comunitaria, que históricamente ha tenido mayor flexibilidad y autonomía se ha convertido en algo administrativo y de supervisión.

Con el fin de satisfacer las crecientes demandas tecnológicas y burocráticas, el cuidado a

nivel individual y grupal a ido perdiendo fuerza y sentido y recibe cada vez menos énfasis en los sistemas de salud. Se ha agudizado en extremo el "síndrome curativo" y la adopción de las técnicas curativas, sin tener en cuenta costos, ya sea para los usuarios, o para las mismas instituciones. Y se a convertido casi en un imposible para enfermería sustentar en la práctica su ideología del cuidado.

Las instituciones y los sistemas de salud están organizados y administrados de manera tal, que son totalmente incongruentes con el cuidado profesional. Y es en este sistema confuso y de perspectivas limitadas y tradicionales sobre la enfermedad y la curación en donde está sumergido el cuidado de enfermería. Es más, el concepto de cuidar a los seres humanos está en gran riesgo gracias a la alta tecnología, las máquinas, los procesos administrativos arrolladores, las funciones administrativas y la manipulación del personal requerido para dar solución a los problemas de los sistemas de salud.

Se ve, entonces con claridad, la necesidad crítica de humanizar el cuidado de enfermería, ya que es ésta la profesión que en sus raíces filosóficas más profundas y por su mandato social ha mantenido en sus principios fundamentales aspectos tales como la reafirmación de la integridad del ser humano, y del proceso de cuidar como algo significativo y humanitario que contribuye a la preservación del hombre.

Pero no se puede interpretar al cuidado de enfermería solamente como una emoción, preocupación, actitud benevolente o un deseo. El cuidado se debe entender como un fin cuya meta es la protección, el incremento y la preservación de la salud y la dignidad humanas. Envuelve valores, dedicación para cuidar, conocimientos, acciones de cuidado y consecuencias. Todo acto de cuidado de enfermería está relacionado con respuestas a condiciones de salud y enfermedad y por lo tanto para intervenir en los actos de cuidado se requiere conocimiento sobre salud-enfermedad, interacciones personales y ambientales, conocimiento del proceso de enfermería cuidativo, autococonocimiento, y conocimiento del poder que generan las acciones y las limitaciones de las transacciones (1-Watson, 1988).

Por este motivo una sólida referencia del cuidado debe siempre responder a la siguiente pregunta. ¿Cuidar de acuerdo con quién? Porque igualmente cuidado y cuidar es lo que

alegan hacer otras profesiones y tiene muchos significados.

En esta presentación se mostrarán algunos planteamientos que ha desarrollado enfermería sobre el cuidado a través de los años.

Algunos hechos significativos del cuidado: Leininger (2-1984) y Morse et al (3-1990), han descrito el cuidado como el núcleo o la esencia de enfermería. Newman (4-1992), caracteriza al núcleo de enfermería como "el cuidar la experiencia de la salud humana". Este concepto ha tenido una influencia profunda en la filosofía, la educación y la investigación de enfermería, y Watson (1985) llega a sugerir que el cuidado "es el ideal moral de enfermería". La literatura, referente al tema ha aumentado, significativamente, en los últimos años, pero aún, desde tiempo atrás, si se revisan las definiciones de enfermería planteadas por diferentes teoristas, todas ellas mencionan al cuidado como elemento conceptual básico de sus definiciones de enfermería.

Pero a pesar de los esfuerzos hechos por las enfermeras, para aclarar aspectos conceptuales sobre el cuidado, éstos siguen presentando múltiples interpretaciones. Por este motivo una sólida referencia del cuidado debe siempre responder a las siguientes preguntas. ¿Cómo cuidar?, cuidar ¿para qué?, y ¿cuidar a quién?

Cómo cuidar: De acuerdo con Gaut (5-1983) existen varios significados sobre como cuidar: atención individual o preocupación, responsabilidad individual para hacer algo hasta cierto punto, consideración, vínculo o cariño. Pero la acción real y concreta de cuidar traspasa estos hechos y debe referirse a las siguientes condiciones:

1. Conocimiento y conciencia acerca de la necesidad de cuidar,
2. Intención de actuar, actuando con base en el conocimiento, y;
3. Cambio positivo como resultado del cuidado, hecho que se juzga únicamente, con relación al bienestar del otro.

De estos elementos mencionados se puede determinar que para que enfermería responda de manera un poco más adecuada a las necesidades sociales y para que contribuya consistentemente con su solución, debe reflexionar sobre estos elementos de la práctica del cuidado.

No es fácil comprometerse con una forma de cuidado. De manera resumida y sin profundi-

zar en lo que cada supuesto significa, se anota que existen diversas interpretaciones filosóficas del cuidado: cuidado como una característica humana, cuidado como un imperativo moral, cuidado como afecto, cuidado como intervención terapéutica y cuidado como relación interpersonal paciente- enfermera. De estas interpretaciones se derivan dos formas de entender el cuidado. El cuidado dialogado o cuidado con diálogo, y el cuidado contractual.

Por simples que parezcan estas declaraciones, su interpretación, aún literal, da mucho que pensar, puesto que cada una de ellas se ajusta a ciertos elementos vivenciales y cognoscitivos que se requiere repensar, para definir una posición personal sobre cuidado.

Me voy a permitir emitir un juicio poco ortodoxo con relación al cuidado de las enfermeras en nuestro medio de trabajo. Como punto de partida, se debe reconocer que a las enfermeras durante su formación se les dice que "hay que cuidar", pero jamás se hace un discurso, ni se profundiza en ningún momento del desarrollo curricular (ni a nivel de pregrado, o de postgrado) al respecto del cuidado. Como resultado de esta omisión cada quien "cuida", según su leal saber y entender. Y muchas veces se cree que cuidar es hacer cosas que enseñó la instructora, el manual, el libro, o simplemente porque así es más cómodo, o porque así lo determinó administrativamente una institución, sin tener la más remota idea de lo que se quiere dar a entender por cuidar, o dar cuidado.

Por otro lado, los esquemas de atención y de prestación de servicios se confunden muchas veces con el cuidado. Sobre ésta confusión se podría discutir por mucho tiempo. Personalmente, creo que es posible contar con los dedos de la mano, y sobrarian, las instituciones de salud de este país, en donde se da cuidado de enfermería. Si, se atiende a las personas, se les administran tratamientos, en algunas ocasiones se les maneja a través de protocolos de atención, etc.; pero ¿es esto cuidado? ¿Cuidado de acuerdo con lo descrito anteriormente? Permítanme ponerlo en duda. Y la responsabilidad de esta situación no recae totalmente en las enfermeras, pero ellas si la comparten en gran medida.

Enfermería no le ha puesto mucha atención al cuidado y por esta razón otros deciden por ella, en cuanto a ese cuidado. Enfermería profesional no se ha interesado por trabajar este concepto con las auxiliares de enfermería que

son quienes, en última instancia, en nuestro medio dan "el cuidado". Enfermería no ha sido agresiva para cambiar los esquemas tradicionales de atención que apuntan, en Colombia, en dirección opuesta a la conceptualización de cualquier cuidado. Es por estas pocas razones y otras que no es del caso mencionar, que es difícil decidir "como cuidar, o cuidar de acuerdo con quién".

Cuidado dialogado vs cuidado contractual o de convenio

Cuidado dialogado o de diálogo: El cuidado con diálogo ha sido discutido ampliamente por Cooper (6-1988) y por Bishop y Scudder (7-1991). Este tipo de cuidado plantea un tipo de relación profunda entre la enfermera y el sujeto al cuidado. Se basa en el fortalecimiento del bienestar y en la confianza en el mutuo afecto.

Las relaciones del cuidado dialogado implican "ver y responder a las necesidades en un tejido de conexiones vivenciales". Esta idea de cuidado refleja una filosofía feminista que ve la vida como dependiente y conectada por actividades de cuidado, que se basan en un vínculo de afecto y no de una forma contractual (7-Bishop y Scudder, 1991).

El cuidado se vuelve de diálogo cuando éste contribuye al fortalecimiento del cuidado de enfermería, en el sentido de la forma como debe darse ese cuidado y entiende la responsabilidad como la respuesta esencial de la enfermera al usuario o persona al cuidado. Adicionalmente, requiere de una relación, con la persona sujeto del cuidado, de mutua confianza en la que se comparta la comprensión de manera bilateral (6-Cooper, 1988).

Cuidado contractual o de convenio: El cuidado contractual es una respuesta a la presencia del paciente o persona y de sus necesidades. Es un reconocimiento de parte de quien cuida, de las necesidades y obligaciones del paciente y tiene como fin su beneficio, su compromiso y el reconocimiento de la necesidad de ayuda. Además requiere el deseo de la enfermera de iniciar la relación de contrato. Requiere un acuerdo entre las partes y puede significar solamente, la confianza del paciente en la enfermera. Naturalmente que este tipo de contrato también lleva implícita la responsabilidad, pero hasta cierto punto, de una forma menos envolvente.

La comparación entre los dos tipos de cuidado que se muestran a continuación y deja ver las

diferencias marcadas que existen entre los dos planteamientos.

CUIDADO CON DIALOGO	CUIDADO CONTRACTUAL
- Relación basada en un diálogo personal	- Responsabilidad que da respuesta a la necesidad
- La enfermera prueba su idoneidad en la experiencia real	- Relación productiva enfermera-paciente
- Acuerdos recíprocos y bilaterales	- Acuerdo de confianza por parte del paciente
- Confianza mutua y compartida para el bienestar	- Confianza en la excelencia de la práctica de enfermería
- El paciente sabe más sobre sí mismo que representa	- La enfermera sabe más sobre él y el cuidado de enfermería que requiere el paciente
- "Todos trabajando juntos" en un equipo	- Puede que no se engloben todas relaciones paciente/enfermera
- YO/TU	-YO/OTRO

Estas apreciaciones sobre el "cómo cuidar" pueden ser discutidas y ampliadas, sin embargo, y de acuerdo con el estado actual del desarrollo conceptual, parecería conveniente que cada institución analizara de acuerdo con el fin específico de la misma, si es importante pensar en generar un acuerdo sobre el cuidado, o si es mucho más cómodo para enfermería, continuar desarrollando una serie de actividades administrativas y de atención, que aunque valiosas, no necesariamente tienen el comportamiento implícito en la palabra "cuidado".

El tipo de cuidado que más se acerca a lo que la comunidad de enfermería llama cuidado, es el cuidado contractual. Pero al hacer un análisis de las condiciones que se requieren para dar un cuidado contractual, también se aprecia que no es fácil dar un cuidado bajo estos parámetros, aún teniendo en cuenta que es algo menos personal. Como elementos de re-

flexión se podría preguntar: ¿Es productiva la relación de la enfermera con el sujeto del cuidado? o simplemente ¿es una relación obligatoria, neutral, que no insinúa la mínima demostración de interés? o la relación se limita a aquellas ocasiones en las cuales la enfermera debe acudir, forzosamente, a donde el paciente?

¿Está segura la enfermera que su intervención genera la confianza del usuario por la excelencia de su práctica? o será porque el paciente no tiene alternativa para seleccionar a su cuidador? Cuál es la forma como se le resuelven las necesidades al paciente o usuario del servicio de enfermería? de una manera integral, o se da prioridad a las rutinas establecidas y de acuerdo con un diagnóstico médico, únicamente. Todos estos puntos de reflexión se deben cuestionar a la hora de tomar partido por el cuidado. No es posible dejarse engañar por falsos espejismos y por la seguridad de que lo que se hace es inmodificable. Se debe recordar que si se desea "cuidar" se requiere saber que se entiende por ello. No se debe olvidar que aún en el caso de mayor presión administrativa o de limitados recursos para el cuidado, éste siempre conlleva implícita una actitud, una forma de pensar con relación a las intervenciones de enfermería, una forma de actuar sujeta a repercusiones profesionales y éticas.

¿Cuidar a quién?: Este aspecto del cuidado tiene mucha cercanía con la conceptualización de enfermería que cada enfermera e institución hayan interpretado para el desarrollo de su práctica o de la atención de la salud, respectivamente.

No es aventurado afirmar que la mayoría de las instituciones de salud, en nuestro país, enfocan su interés en la curación de un individuo enfermo. Este concepto ha prevalecido, aunque se lo quiera disfrazar con los eufemismos del discurso externo. Por lo tanto, el ejercicio de la enfermería, me temo, no debe distar mucho de lo mencionado. ¿A quién entonces, se cuida? Se cuida a un individuo enfermo. Pero, ¿se cuida al enfermo o a la enfermedad? ¿Cuál es la interpretación que se tiene de ese individuo enfermo? Las respuestas a esta pregunta están en la conceptualización que cada enfermera tenga de enfermería y del ser humano. Pero, en verdad, se tiene una conceptualización clara de lo que es enfermería y de su sujeto de cuidado?

En la prestación de la atención de enfermería (entiéndase distinto a cuidar) han prevalecido

las prácticas administrativas hasta el momento. Siendo así, se podría pensar que la administración del cuidado de enfermería sería el objetivo fundamental de las enfermeras. Y no lo es. Como resultado de esta situación, se aprecia poca claridad en el cómo y en el para qué cuidar y, obviamente, en el cuidar a quién.

El cuidado se puede brindar a las personas, las familias y los grupos siempre y cuando exista claridad interpretativa de ese quien. Sería largo entrar a discutir este quien, porque la conceptualización del ser humano y por lo tanto del sujeto de cuidado de enfermería requieren de toda una definición filosófica, epistemológica y metafísica. Pero valga agregar que si no se define enfermería y no se define el sujeto del cuidado, será imposible pensar, independientemente, en cambiar el cuidado. Estos tres conceptos están tan ligados que requieren discusión y acuerdo, para así generar la coherencia requerida para "cuidar" en el verdadero sentido de la palabra.

¿Cuidar para qué?: Y aquí radica un problema que no tiene solución, a menos, que se tenga claridad sobre cuidar a quien. Es obvio, que si no se tiene claridad referente a quién se cuida, difícilmente se podrá saber para que se cuida. Un ejemplo puede facilitar la apreciación de este dilema. Si se define que se va a cuidar al individuo sano o enfermo y a su familia, el cuidado que se brinde deberá ser para mantener sano al individuo o para ayudarlo a sanar en caso de enfermedad, y adicionalmente se debe cuidar a la familia. Pero si por el contrario, se cree que hay que cuidar sólo al individuo enfermo, pues simplemente, el cuidado que se de, debe ser un cuidado para la recuperación de la enfermedad, sin tener en cuenta otros aspectos de la persona. Igualmente, si se piensa en el sujeto del cuidado como un ser integral, holístico, se debe cuidar integralmente. Pero si se interpreta que al sujeto del cuidado se le debe cuidar prioritariamente su estado físico, el cuidado será físico.

Cuidar para qué es un concepto ambiguo a la hora de las intervenciones de enfermería. Enfermería ha mantenido en su filosofía y en sus propuestas teóricas que el eje de su trabajo es la salud y el ser humano integral. Los sistemas de salud casi predicen lo mismo. Pero al ser ejecutadas las acciones, de los profesionales de salud, en general, y de enfermería en particular, se encuentra una realidad diferente.

Cuidar para qué, va más allá de mejorar la condición de salud. Autoras como Watson (1-1988), sugieren que el cuidar implica que el

sujeto del cuidado encuentre sentido al dolor y al sufrimiento de la enfermedad, gane autoconocimiento, y encuentre la armonía con las condiciones exteriores. Yo me pregunto: ¿alguna de nosotras habrá pensado en un cuidado de este tipo?

Vezeau y Schroeder (9-1991) mencionan que el cuidar genera poder. La relación del que cuida y del cuidado es multifacética y requiere del balance del poder, el cual puede tener muchas expresiones en su relación. Algunas interpretaciones del cuidado refuerzan la mutualidad y reciprocidad de la relación, otras no la ven como igualitaria e interpretan que quien lleva la batuta en la relación es el cuidador, otras miran el balance dependiendo del momento de la relación. Este elemento de poder, juega un papel básico en cuidar para que, porque el manejo del poder en el cuidado afirma o desvirtúa como y porque se hacen las intervenciones.

Cuidar y no cuidar en un contexto de apoyo y en un contexto sin apoyo: Como se ha visto anteriormente, el concepto de cuidado casi plantea una alternativa tanto para el cuidador, como para el cuidado, en el sentido de dejarse cuidar y de cuidar. Ese hecho propone un dilema ético para la enfermería. La enfermera decide si cuida, como cuida, y para que cuida, o si no cuida.

El acto de cuidar que lleva a cabo la enfermera en beneficio de una persona está influenciado por el contexto social donde ocurre el cuidado. Pero en cualquier contexto que se de, el cuidado ocurre, aún sin percepción de ello, ya que los actos son tan naturales y están tan incorporados a la cultura que casi ni vale la pena mencionarlos y reconocerlos. Sólo se notan en "ausencia", cuando existe negligencia, indiferencia o abuso.

Los recursos externos que apoyan los actos de cuidado son necesarios si se desea que el cuidado esté presente (10- Greenleaf, 1991). Por este motivo no se puede ser indiferente a la ausencia de recursos, ya que los actos de cuidado requieren apoyo material si se desea mantenerlos, y no se puede negar el cuidado en la presencia de los mismos.

Para analizar este planteamiento se requiere diferenciar entre el acto de cuidado aislado y el de cuidado sostenido. El acto de cuidado aislado es actitudinal y puede o no requerir de grandes recursos, pero el acto de cuidado sostenido no se puede entender adecuadamente, si no se mira desde el contexto social.

Por ello, no es exagerado decir que las políticas de cuidado se entienden mejor cuando se relacionan los actos de cuidado con el contexto en que ellos ocurren.

Los actos de cuidado pueden tener influencia en el contexto social, y a su vez, el contexto tiene influencia en éstos. Los actos de cuidado pueden reforzar o inhibir, en caso de no existir, la definición moral del contexto. Es decir, pueden o no mejorar el contexto, o definitivamente hacer insostenible la situación contextual. De otro lado, el contexto puede dar el soporte necesario para el cuidado, si este se propone como un acto sostenido. Y si el contexto social se propone sostener los actos de cuidado y falla en la provisión de recursos adecuados, el cuidado falla por más esfuerzos que se hagan para llevarlo a cabo.

En ese caso el cuestionamiento que surge es el siguiente: ¿sin recursos del contexto, la responsabilidad de la falla en el cuidado sobre quién recae? No reconocer la relación entre los recursos del contexto y los actos de cuidado hace que se pierda el sentido del cuidado y que se anule su visibilidad social. Y este hecho mantiene en la oscuridad el poder que tiene el cuidado para alterar, no sólo la realidad de las personas que intervienen en el acto de cuidar, sino también de alterar el significado del contexto y del mundo que lo circunscribe, para hacerlos más humanos y significativos.

La siguiente matriz tomada de Greenleaf (10-1991), facilita el análisis de lo que puede suceder cuando se cuida o no se cuida en un contexto de apoyo, y cuando se cuida y no se cuida en un contexto sin apoyo.

CONTEXTO	CUIDAR	NO CUIDAR
Apoyo	A	B
Sin apoyo	C	D

En la celda A, el cuidado se da para aquellos que lo requieren, en un contexto con los recursos necesarios para ello. Por esto el cuidado se debe dar de manera exitosa y según lo esperado. El hecho, fundamental, en esta situación es que el reconocimiento se hace en términos de "una buena institución", "servicio", o "administración". En otras palabras el crédito del cuidado permanece invisible.

La celda B muestra un contexto con apoyo en donde el cuidado falla porque los cuidadores no brindan el cuidado según lo esperado. El clásico ejemplo de la enfermera de la noche que se duerme en el turno, o cuando no se coloca la transfusión al paciente porque se olvidó mandar a recogerla. La falla puede causar daño o no, pero de cualquier forma, la responsabilidad la tiene que asumir el cuidador.

La celda C presenta una situación en la cual el cuidador tiene la voluntad de cuidar, en un contexto sin apoyo. En este caso la enfermera puede estar agobiada y recargada con las demandas de cuidado, pero no se pueden satisfacer por insuficiencia de recursos. La responsabilidad del daño que pueda ocurrir a "los cuidados", puede recaer sobre la enfermera, aunque haya tenido la intensión y el deseo de hacer las cosas de la mejor manera. Tratar de cuidar en un contexto sin apoyo es desmoralizador, ya que se pone en peligro el bienestar de las personas y la enfermera se expone a romper normas morales y éticas.

Por último la celda D presenta la situación de no cuidar y de la inexistencia del soporte de los recursos. Esta situación distorsiona totalmente la noción de "cuidado" o de "cuidar". Es más, el peligro de utilizar este esquema y de familiarizarse con su permanencia rompe con la ética y los principios humanitarios.

Esta matriz, de forma simple, muestra las implicaciones políticas del valor social de cuidar, y recuerda que las enfermeras pueden involucrarse en hechos de cuidado, de los cuales son copartícipes, inconscientes o conscientes, pero que a la luz de la filosofía del cuidado dejan mucho que desear en su totalidad.

Se mencionaba anteriormente que el cuidar tiene implicaciones éticas. Este trabajo de cuidar se refiere a los actos vinculados al cuidado, en tanto éste ha sido socializado y ubicado en el reino de la labor retribuida económicamente. Cuando el "cuidado" se lleva a cabo por compensación, dentro del contexto laboral y con características de continuidad se hace, todavía, más compleja la interpretación y la posición que debe adoptar enfermería.

Las enfermeras en ejercicio, y en especial las clínicas (trabajo hospitalario y comunitario) deben repensar como utilizan los conceptos de cuidado y cuidar, las implicaciones del cuidado retribuido, su interpretación del contexto de cuidado y deben mantener una posición ética respecto a estos elementos del cuidado. Seremos culpables las enfermeras de contri-

buir (en Colombia) al deterioro del significado de la palabra cuidado? Tal vez sí porque muchas veces se ha caído en las celdas B y D consecuencias de ninguna índole. Somos las docentes doblemente responsables por haber demorado esta discusión de trascendencia para la profesión? Tal vez sí porque omitir puede llegar a ser tan grave como errar.

Estos y muchos otros cuestionamientos sobre el cuidado se deben aclarar para obtener un compromiso de trabajo y de desarrollo futuro. Todas las enfermeras tenemos un compromiso con la razón de ser de enfermería: "cuidar la experiencia de la salud humana".

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- WATSON, J. (1988) *Nursing: Human Science and Human Care: A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing Press. pp. 31-32.
- LEININGER, M.M. (1984) Caring is nursing: Understanding the meaning importance and issues. En *Leininger, M.M. ed Care: The Essence of Nursing and Health*. Thorofare, N.J. Slack.
- MORSE, J. M. et. al (1990) Concepts of caring as a concept. *Advances in Nursing Science*. 13, 1, 1-14.
- NEWMAN, M.A. (1992) Prevailing paradigms in nursing. *Nursing outlook*. 40, 1, 10-13-32.
- GAUT, D. (1983) Development of a theoretically adequate description of caring. *Western Journal of Nursing Reseach*. 5, 4, 315.
- COOPER, M. C. (1988) Covenantal relationships: Groundind for the nursing ethic. *Advances in Nursing Science*. 10, 4, 48-59.
- BISHOP, A. H. y SCUDDER, J. R. (1991) Dialogical care and nursing practice. En *Chinn, P. L. ed. Anthology on Caring*. New York: National League for Nursing Press. 17-32.
- WATSON, J. (1988) *Nursing: Human Science and Human Care: A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing Press. 53-61.
- VEZEAU, T. M. y SCHROEDER, C. (1991) Caring approaches: A critical examination of origin, balance of power, embodiment, time and space and intended outcome. En *Chinn, P. L. ed. Anthology on Caring*. New York: National League for Nursing Press. 1-16.
- GREENLEAF, N. P. (1991) Caring and no caring: The question of context. En *Chinn, P. L. ed. Anthology on Caring*. New York: National League for Nursing Press. 71-84.

BIBLIOGRAFIA

- BENNER, P. y WRUBEL, J. (1989) *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park, Ca.: Addison-Wesley Publishinh Company.

- BISHOP, A. H. y SCUDDER, J. R. (1987) Nursing ethics in an age of controversy. *Advances in Nursing Science*. 9, 3, 34-43.
- BOTTOROFF, J. L. (1991) Nursing: A practical science of caring. *Advance in Nursing Science*. 14, 1, 26-39.
- CHINN, P. L. Editor. (1991) *Anthology of Caring*. New York: National League for Nursing.
- COOPER, M. C. (1988) Covenantal relationships: Groundind for the nursing ethic. *Advances in Nursing Science*. 10, 4, 48-59.
- FAGIN, C. M. (1987) The visible problem of an invisible profession: The crisis and challenge of nursing. *Inquiry*. 24, 119-126.
- FRY, S. (1989) Toward a theory of nursing ethics. *Advances in Nursing Science*. 11, 4, 9- 22.
- LEININGER, M. M. Editor (1988) *Care: The Essence of Nursing and Health*. Detroit: Wayne Sate University Press.
- MORSE, J. M. et. al (1990) Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science*. 13, 1, 1-14.
- NEWMAN, M. A. et. al. (1991) The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*. 114, 1, 1-6.
- NEWMAN, M. A. (1992) Prevailing paradigms in nursing. *Nursing Outlook*. 40, 1, 10-13-32.
- PACKARD, J. S. (1988) In search of the moral foundation of nursing. *Advances in Nursing Science*. 10, 4, 60-71.
- WATSON, J. (1988) *Nursing: Human Science and Human Care (A Theory of Nursing)*. New York: National League for Nursing.
- WATSON, J. (1990) Caring Knowledge and informed moral passion. *Advances in Nursing Science*. 13, 1, 15-24.