

CUIDAR NO ES AHOGAR

INDIFERENCIA
 EL OTRO
 SOSTEN
 CUIDARLOS
 CUIDAR ES ESCUCHAR
 HUMANIZADO
 TRANSFORMACIÓN
 "CURITIBA ES ALGO MAS QUE UNA CIUDAD"
 CUCAR/CUCO/CURITA/CUNA/
 "CURITIBA ES ALGO MAS QUE UNA CIUDAD"
 Necesitamos ser cuidados

El cuidado humano Reflexiones (inter) disciplinares

El cuidado humano Reflexiones (inter)disciplinares

COORDINADORAS
 Alma Carrasco
 Mirtha Delfino
 Pilar González
 Geysler Margel
 María Victoria Pi



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY



El cuidado humano
Reflexiones
(inter)disciplinarias

El cuidado humano

Reflexiones

(inter) disciplinarias

COORDINADORAS

Alma Carrasco
Mirtha Delfino
Pilar González
Geysler Margel
María Victoria Pi

Montevideo, 2011



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Comisión Sectorial
de Enseñanza



Facultad de Ciencias Sociales

Departamento
de Sociología **DS**

El cuidado humano: reflexiones (inter) disciplinarias /
coordinadora Alma Carrasco.../et al./ – prólogo Jorge Venegas
Martínez. Montevideo : UR.FCS-DS : CSE : MSP, 2011.
102 p.

Incluye bibliografía.

ISBN: 978-9974-0-0750-5

1. Salud. 2. Atención necesidades humanas.
Enfermería. 3. Sociología de la salud. 3. Medicina.
4. Psicología. 5. Trabajo Social. 6. Género. 7. Política
Gubernamental. 8. Uruguay. I. Carrasco, Alma; coord. II. Delfino
Mirtha; coord. III. González, Pilar; coord. IV. Margel,
Geysler; coord. V. Pi, María Victoria; coord.
VI. Venegas Martínez, Jorge; prol.

CDD 362

Ficha catalográfica elaborada por Sección Procesos Técnicos de la Biblioteca de Facultad de Ciencias Sociales (UdelaR).

Primera edición, julio de 2011

ISBN: 978-9974-0-0750-5

Las ilustraciones de este libro (interior y contratapa) fueron realizadas en forma anónima por los participantes de la Mesa Redonda-Debate “El Cuidado Humano. Reflexiones (inter)disciplinarias” en noviembre de 2010.

Diseño gráfico: Claudio Ortiz
Coordinación editorial: Helvecia Pérez

Impreso en
AA Impresos
Corindón 6723 - Montevideo
Tel. 2915 7231
Depósito Legal N° 349.309/11

Impreso en Uruguay
Printed in Uruguay

Índice

Presentación

Proyecto Sociología Pública y Empoderamiento. Grupo GER.

LIC. ALMA CARRASCO, MG. MIRTHA DELFINO,
PROF. TIT. PILAR GONZÁLEZ, LIC. MARÍA VICTORIA
PI. DRA. GEYSER MARGEL (Responsable del Proyecto) 9

Prólogo

DR. JORGE VENEGAS RAMÍREZ..... 13

¿Quién cuida al cuidador?

DR. FERNANDO TOMASINA 17

El Cuidado Humano desde la perspectiva de Enfermería en el Uruguay

GRUPO DE ESTUDIO Y REFLEXIÓN SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS (GER)

PILAR GONZÁLEZ ORTUYA, ALMA CARRASCO,
MIRTHA DELFINO, VICTORIA PI 27

Acerca del GER y su encuentro con las
metodologías cualitativas 30

El cuidado de enfermería y su andar por la historia 32

Resultados preliminares de la indagación
documental 38

Objetivos de la indagación documental..... 39





Resultados preliminares	40
Concepto de cuidado	43
Metodología y técnicas de estudio utilizadas en las tesis seleccionadas	44
Reflexiones finales sobre la investigación documental y la experiencia transitada	45
Reflexiones en torno a posibles líneas de trabajo...	46
Bibliografía consultada.....	48
Fuentes documentales indagadas en las bibliotecas de las Facultades de Enfermería: Universidad de la República Oriental del Uruguay y Universidad Católica:	50

Los cuidados desde una perspectiva de género y derechos

DRA. KARINA BATTHYÁNY	53
Cuidado, género y derechos.....	56
El aporte del uso del tiempo.....	58
A futuro	61
Bibliografía.....	63

La complejidad en los Cuidados: una cuestión de responsabilidad social compartida

PROF. MG. TS TERESA DORNELL.....	65
Los Cuidados como Valor Social	66

El cuidado humano en riesgo de extinción

Reflexiones en torno a la Psicología y el cuidado humano

PROF. ADJ. PSIC. GUSTAVO DANIEL CONDE	77
---	----

El desvalimiento como condición y el cuidado como posibilidad.....	79
La política del cuidado, del mundo de lo privado a la esfera de lo público.....	80
Cuidado o vigilado	81
Perspectiva conceptual sobre “cuidado”, ¿qué se entiende por cuidar?	82
Los desafíos disciplinarios de la enseñanza-aprendizaje en torno a los “cuidados”	83
Investigación Acción Participativa.....	84
Interdisciplina	85
Aprendizaje grupal y matriz social de la actitud psicológica	86
Método clínico.....	89
Bibliografía	92
¿Qué es para ti el cuidado humano?	
Respuestas de los asistentes	95



¿¿ ^{EL} Ciudad ~~X~~

~~Human~~ ~~X~~ ??



Presentación

En agosto de 2008 se insertó en el Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, un proyecto titulado “Sociología Pública y Empoderamiento del Grupo GER – Grupo de Estudio y Reflexión sobre el Cuidado en Enfermería”. Este proyecto surge como resultado del procesamiento de una demanda específica por parte del Grupo GER en relación al fortalecimiento en el área de la investigación social cualitativa.

Es en dicho contexto que el proyecto se planteó la necesidad del intercambio con otros académicos que abordan el tema de los cuidados. En tal sentido, se realizó el 11 de noviembre de 2010, la Mesa Redonda y Debate: “El cuidado humano: reflexiones (inter) disciplinarias”, instancia para la cual invitamos a dialogar a las siguientes disciplinas: medicina, enfermería, sociología, trabajo social y psicología.

¿Por qué generar esta plataforma para el diálogo?

En primer lugar, porque percibimos la necesidad y la oportunidad de realizar una *convocatoria* para explorar a nivel de algunos servicios universitarios qué se entiende por cuidado humano y qué lugar ocupa en la enseñanza y en el ejercicio profesional.

En segundo término, porque nos interesaba fomentar un *encuentro de diversas disciplinas* que, desde diferentes puntos de vista, están llamadas a dar cuenta del tema del cuidado humano. Ello constituye un punto de partida para asumir la multidimen-



sionalidad de los abordajes y la complejidad de la problematización.

En tercer lugar, porque como universitarias nos sentimos convocadas a *aportar al proceso de discusión de políticas públicas que en torno al cuidado se ha comenzado a dar en nuestro país.*

En suma, nos movilizó la firme convicción de que promover un ámbito exploratorio, reflexivo y participativo en torno al lugar que ocupa el “cuidado humano” en la formación de profesionales para quienes el cuidar es una dimensión del ejercicio profesional, así como para quienes el “cuidar” se está constituyendo en objeto de diversas problematizaciones, podría constituirse en un camino germinal.

Tal como lo decimos unas líneas arriba, este libro es producto de ese encuentro de diálogo y de reflexiones y está estructurado en dos apartados: en el primero, se presentan las ponencias realizadas por los expositores de los servicios que participaron en la Mesa Redonda y en el segundo apartado incorporamos un rico material producto de las reflexiones anónimas de quienes asistieron al evento. En efecto, al inicio del evento se entregó una hojita con la siguiente consigna: *“Te invitamos a que expreses (en forma anónima) con palabras y/o dibujos qué es para tí el cuidado humano.”*

Este libro no tiene conclusiones, y ello porque pretende ser un disparador, un estímulo a la reflexión y al intercambio entre disciplinas. Estas páginas aspiran a constituirse en insumos para diversos actores de nuestra sociedad, para pensar posibles futuros caminos, aportando a la visibilidad de un tema que comienza a adquirir aristas protagónicas en el Uruguay.

Destacamos la labor de Lorena Andreoli, Agnes Fernández y Ana Serra, estudiantes de enfermería las primeras y de medicina la última, en la secretaría del evento.

Muy particularmente agradecemos al Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Udelar por el

apoyo brindado para la realización del evento, a la Comisión Sectorial de Enseñanza, que nos brindó apoyo económico en el financiamiento de la Mesa Redonda y al Ministerio de Salud Pública que ha hecho posible esta publicación.

Montevideo, marzo de 2011.

Proyecto Sociología Pública y Empoderamiento.

Grupo GER:

Lic. Alma Carrasco

Mg. Mirtha Delfino

Prof. Tit. Pilar González

Lic. María Victoria Pi

Dra. Geysler Margel (Responsable del Proyecto)

El cuidado humano



Reflexiones (int) disciplinarias





Prólogo

DR. JORGE VENEGAS RAMÍREZ¹

Uno de los núcleos más importantes en la reforma de salud en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) es el modelo de atención: miremos y reflexionemos al respecto.

El presente trabajo del Grupo de Estudio y Reflexión sobre cuidados enfermeros (GER) pretende abordar los diversos saberes que construyen al cuidado humano – cuidado enfermero/a. Este se encuentra enmarcado en una propuesta de trabajo, docencia, extensión e investigación acorde al sentido y a las finalidades del ámbito universitario.

La propuesta contiene una revisión histórica de los distintos saberes y prácticas, que se han implementado en la articulación de dicha disciplina. Releva las distintas experiencias previas que han sido desarrolladas tanto en el contexto universitario, así como en diversos campos de aplicación de la salud a nivel internacional.

Como labor del quehacer grupal acontece el “reflexionar” y “actuar” en una realidad concreta, donde uno también es parte activa de los procesos, cambios sociales, de la historia de los acontecimientos. Donde la teoría y la práctica van de la mano sin dicotomías, hacia el encuentro con la inmanencia del campo a problematizar, allí donde uno afecta y es afectado en el encuentro con un otro. En el entendido que el mismo propone la

1 Subsecretario de Salud Pública del Uruguay.



búsqueda e incorporación de nuevas tramas para la noción de CUIDADOS que conforma en el campo profesional de enfermería su objeto de estudio.

El GER realiza un recorrido histórico de la enfermería en la región, denotando la dependencia de la hegemonía médica. Modelo profesional que produce y reproduce subjetividades que ordenan enunciados disciplinarios y normativos, a la vez que hegemonizan su autoridad y poder.

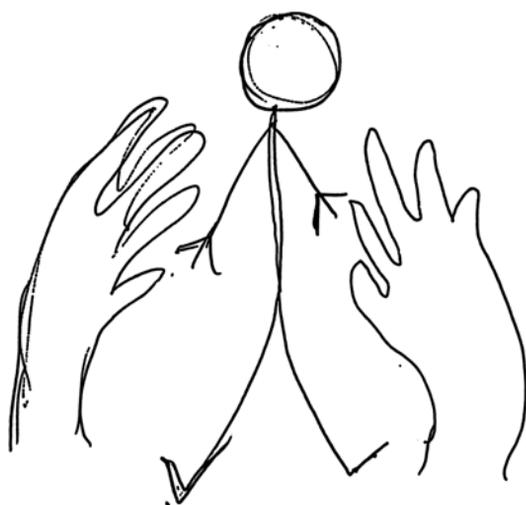
Esta época está signada por la producción de una mirada que se compone con el aporte de diversas disciplinas científicas que toman al cuidado del hombre por objeto. Es así que en este período y como resultado de este proceso de síntesis se produce una “mentalidad interdisciplinaria” que intenta dar cuenta de los procesos humanos mediante la articulación de los diversos saberes. Es la noción de “cuidar” la que permitirá echar a andar dicho proyecto integrando y compartiendo conocimientos desde el campo de la salud y de las ciencias sociales. En tal sentido, se visualizan grados de autonomía profesional y en la forma de producir conocimiento. Es en ese campo de trabajo donde las teorías y las técnicas devienen como herramientas e instrumentos de intervención en un proceso dado, con una actitud de investigación activa frente a los acontecimientos. Es en dicha labor del quehacer profesional en cuidado de enfermería donde se desarrollan diferentes estrategias que promueven la combinación de múltiples conocimientos y recursos metodológicos, con el fin de poder sostener los diversos procesos de trabajo que allí se despliegan, permitiendo trabajar en la práctica y ver su efectividad cuando son operativas. Dejando de lado la concepción clásica de que cada técnica es propia y exclusiva del cuerpo teórico al cual pertenece o que la sustenta, impidiéndose así el cruce entre diversos territorios.

Vemos que es entonces necesario para poder hablar de cuidados que exista tanto la investigación, así como el cuestionamiento de las prácticas desde los propios sujetos implicados.

Cabe aclarar, que este tipo de prácticas tiene un correlato con lo que se conoce como investigación - acción. Esta metodología “implica que investigar un fenómeno o un campo, es a la vez incluirse en él. Los problemas a investigar son formulados en la inmanencia del proceso de trabajo, lo que demuestra que los mismos no están dados, sino que es preciso generar condiciones para su formulación”. Es decir, intervenir, responder a través de acciones, y a la vez analizar cuáles son las modificaciones que esas acciones generan en dicho proceso, fortaleciendo la formación profesional en enfoques cualitativos de investigación, que permitan comprender y construir las prácticas profesionales hacia una política pública de cuidados, de modo de asegurar los derechos de las personas, garantizando un marco estable de recursos y servicios para sus cuidados desde una atención integral.

Bienvenido al debate con una mirada académica en torno a los cuidados de enfermería profesional, nos permitirán la desconstrucción y la construcción de un modelo de atención multiprofesional, la reforma lo necesita.







¿Quién cuida al cuidador?

La desafiante pregunta del título aborda como tema central la necesidad de la construcción de otros paradigmas en relación a la salud de los trabajadores, desde una perspectiva interdisciplinaria, sin paréntesis. ¿Es posible que el trabajo del cuidador sea un generador de salud y no de sufrimiento, enfermedad o muerte, en las actuales condiciones de atención a la salud? Una cuestión que no admite una respuesta simple, pero forma parte de los desafíos que como sociedad debemos encarar, generar trabajo digno que dignifique tanto la atención al usuario como al trabajador de la salud.

DR. FERNANDO TOMASINA¹

Agradezco la invitación, para mí es un desafío poder intentar en forma colectiva “suprimir” el paréntesis que existe en la convocatoria. Es un desafío permanente en la práctica diaria lograrlo. Somos muy autocríticos del rol hegemónico que frecuentemente cumplimos los médicos en el sistema de salud. Así que gracias por la invitación e intentaremos trabajar con esa lógica de la interdisciplinariedad.

Las reflexiones que pretendo realizar son desde la práctica de la salud ocupacional, o mejor, desde la salud de los trabajadores. En particular, voy a introducir el tema a partir de algunas expe-

1 Decano de Facultad de Medicina. Ptofesor Titular del Departamento de Salud Ocupacional. Universidad de la República. fernandotomasina@gmail.com



riencias de trabajo y de investigación en el área de los servicios de salud en la que he participado, desde el Departamento de Salud Ocupacional de la Facultad de Medicina de la Udelar.

En la actividad de los servicios de salud, podemos identificar claramente una de las funciones centrales del trabajo en el sector, que es la de cuidar a otro. Es decir, en relación a la razón del trabajo, al contenido del trabajo.

A continuación comenzaré a desarrollar una reflexión y discusión sobre el lugar del cuidado humano, pero en particular desde la dimensión de la actividad laboral, desde el trabajador que la realiza. La identificación de lo que hacemos, de los que somos como integrantes de una sociedad, está en relación a la dimensión del ejercicio profesional que, en el trabajador de la salud, está en relación al cuidado del otro.

Creo que ese es un sello identificatorio de todos aquellos que trabajamos en el sector salud. Considero necesario destacar este aspecto, porque tanto se ha discutido desde las posiciones ideológicas posmodernas, de pensar que el trabajo y la profesión dejan de ser tan centrales; es decir, la discusión en cuanto a la centralidad del trabajo. Desde la experiencia, desde nuestro espacio de trabajo y desde la reflexión con los colectivos de trabajadores, entendemos que sigue siendo el trabajo una actividad central en la vida de nuestras sociedades y de los individuos. Nos identifica, nos integra, nos da una razón de ser a nivel social. Este último aspecto sigue siendo central para nuestra vida.

La preocupación por los trabajadores que cuidan ha tenido trascendencia en el espacio de los organismos internacionales. Por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud en el 2006 puso su énfasis en la preocupación en cuanto a pensar en el cuidador; es decir, en quien cuida. Es necesario interrogarnos sobre ¿quién cuida a los que cuidan? De alguna manera, hay también una necesidad de pensar en la dimensión del cuidador, ya no solamente como prestador de servicio, sino también como

individuo, sujeto que también tiene necesidades a ser atendidas como tal.²

El trabajador de la salud, en la actividad de cuidar a otro, está sujeto a determinadas condiciones y medio ambiente de trabajo, que determinan diferentes cargas laborales y o exigencias en la labor diaria, en lo cotidiano, generando diferentes vivencias. Aquí hay también una construcción subjetiva, individual y colectiva, que genera el trabajador al relacionarse con otros, al vincularse con otros.

¿Cuáles son las exigencias y o cargas derivadas de la tarea?

Por ejemplo, al cuidar en horario nocturno, cuidar a pacientes en situaciones extremas, cuidar a aquellos que están transitando por un momento vital central, el nacimiento, la enfermedad o la muerte.

Ahí hay exigencias que son demandadas hacia el trabajador y ese trabajador, conjuntamente con otros trabajadores en esa misma interacción, que se da en el contexto de determinadas condiciones y medio ambiente de trabajo. No es algo medible, las condiciones y medio ambiente de trabajo, son también una construcción colectiva subjetiva, que tiene que ver con la vivencia del trabajador como tal.

Ese es el concepto de condiciones y medio ambiente de trabajo. Es un concepto que desde la OIT en la década de los '70 está marcando una forma de abordaje de la relación salud y trabajo, en la medida que estos procesos (tanto la salud como el trabajo) están mediatizados por las condiciones y medio ambiente de trabajo.³

El concepto CYMAT hace mención tanto a las **condiciones generales del trabajo, al medio ambiente físico, a las características del proceso laboral, a los aspectos de seguridad e**



2 www.new.ops.org.bo/index2.php 07 de abril de 2006

3 Introducción a las Condiciones y Medioambiente de Trabajo. J. M. Clerc OIT.



higiene, así como a la organización del trabajo. Las mismas se dan en un contexto histórico-social.

Este concepto de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo se ha desarrollado en la región por Julio César Neffa, es importante porque supone, para la salud ocupacional, un abordaje diferente al concepto tradicional higienista, limitado solamente a valorar aquellos aspectos medibles, vinculado a los contaminantes. Aquí hay otros aspectos a considerar como son: la forma de organización del trabajo, los contenidos del mismo y cómo afectan al trabajador desde la perspectiva de su subjetividad.⁴

No es lo mismo las condiciones de trabajo como las vive una enfermera de un centro de CTI que, por ejemplo, es soltera y que recién empieza su actividad laboral, sin muchas otras preocupaciones familiares, que la misma enfermera con dos hijos o tres y con sus problemas familiares y con un hijo enfermo, por ejemplo en su casa, que lo dejó al cuidado de su madre o de otro familiar, ¿cómo perciben esas condiciones de trabajo?, aunque sea la misma cantidad de pacientes, la misma responsabilidad, ¿cómo perciben esas condiciones de trabajo?, son seguramente diferentes porque obviamente el trabajador también trae al lugar de trabajo esas otras tensiones.

Quizás la organización paradigmática del área del cuidado humano y de las interrelaciones con el trabajador sea el Hospital. El hospital, podríamos mencionar, al decir de *Giddens*, que se comporta como un sistema experto.⁵ En algunos trabajos que hemos realizado con el profesor Francisco Pucci en relación a la realidad hospitalaria, nos ha quedado claro al equipo de investigadores (y aquí hablamos desde la interdisciplinariedad, porque

4 <http://www.oitchile.cl/pdf/rodriguez-experiencias.pdf>

5 <http://www.rmu.org.uy/revista/27/1/2/es/4/> Siguiendo a *Giddens*, en un sistema de salud la confianza se desarrolla poniendo en marcha un conjunto de actividades profesionales y técnicas, coordinadas entre sí por un conjunto de procedimientos formalizados y regulados, incorporando equipos técnicos gestionados a partir de diferentes racionalidades e implementado una multiplicidad de técnicas de atención a la salud. La confianza en estos sistemas expertos implica un compromiso.



en esta investigación participaron licenciados en Enfermería, en Sociología y Médicos), que el Hospital es una organización social compleja, donde se generan y producen permanentemente zonas de riesgo. El concepto de riesgo es relacionado a las incertidumbres de los colectivos que usan del servicio, pero también de aquellos que forman parte de la organización como tal, en interrelación permanente entre los medios internos y externos.

En esto de pensar el hospital como paradigmático, cuestionado y cuestionable su rol en cuanto a generar frecuentemente un modelo que no favorece el desarrollo de cambio de modelo, cuando seguimos centrando la formación de los profesionales y/o técnicos desde el hospital y no desde lo comunitario. Esto es parte de los desafíos que hoy están planteados desde la Facultad de Medicina. Con el nuevo plan de estudios acompañando también procesos de reforma a nivel nacional.⁶

Esto de lo complejo de las organizaciones donde trabajan los que cuidan a otros, tiene que ver con las condiciones y medio ambiente de trabajo como mediatizador entre procesos de salud del colectivo y procesos de trabajo, determina un perfil vinculado con trabajar con personas. Quizás es lo distintivo y hoy estamos hablando del cuidado y del cuidador. Es trabajar con personas en instituciones complejas, frecuentemente en sufrimiento, es una variable central vinculada al contenido mismo del trabajo: la vida, el sufrimiento, la muerte.

Existen, en tal sentido, antecedentes nacionales de trabajos realizados en la década anterior sobre el tema del sufrimiento

6 /www.rmu.org.uy/revista/2008v4/art1.pdf "El Nuevo Plan de Estudios privilegia la formación de un médico con capacidad de promoción, de prevención y de cuidado integral de la Salud. Busca aprovechar mejor los tiempos de aprendizaje en siete años, combinando precozmente la enseñanza con la atención de Salud y el aprendizaje semiológico referidos a las personas, las familias y los grupos sociales en los lugares donde éstos viven, trabajan y estudian, e incorporando desde el comienzo las capacidades de comunicación interpersonal, lenguaje, informática, bioética, métodos cuantitativos, conocimientos básicos en la esfera biológica, psicológica y social, metodología de la investigación y todas las herramientas imprescindibles para el aprendizaje de la Medicina." Prof. Dr. Felipe Schelotto, Prof. Adj. Diana Domenech.



en relación al personal de salud, también sobre el desgaste profesional en el que cuida a otros. Obviamente se da en contexto de diversidad de tareas, contexto de incorporación tecnológica permanente, parte de estas incertidumbres, de estos riesgos que hablan de una organización compleja, de organización laboral (el multiempleo), y por supuesto con características de trabajo nocturno y trabajo rotativo a turnos.

Algunos autores, como es el caso de Dr. Jaime Breilh, (epidemiólogo de la epidemiología crítica), que ha trabajado desde diferentes investigaciones en el área de la salud de los trabajadores, tratando de abordar qué ocurre en esos colectivos, en esos trabajadores, en su cuerpo, en su mente, en su entorno social, afirma claramente que existen más que evidencias de cómo hay diferentes procesos destructivos que deterioran la salud de los trabajadores en los distintos servicios de salud.⁷

De alguna manera, esa organización del trabajo determina exigencias, principalmente en la esfera psicosocial, pero sin desconocer otras cargas o exigencias presentes en el cuidado de los cuidadores, que podríamos resumir en el esquema de decir que son causa de exigencias ergonómicas derivadas del traslado y movilización de pacientes. La carga física del personal auxiliar en el sector salud es elevada y frecuentemente motivo de desgaste físico, sufrimiento doloroso siendo causa frecuente de incapacidad laboral. Esto es explicativo de la elevada frecuencia de trastornos óseo-articulares y musculares, en particular de la columna vertebral, en el personal sanitario. El dolor bajo de espalda es causa frecuente de molestia y ausentismo entre el personal auxiliar y de enfermería.

En relación a algunas de estas expresiones de estrés, que se observan en los cuidadores, y que terminan siendo cataloga-

7 Se “han acumulado muchos estudios que demuestran la existencia de procesos destructivos que, de modo abierto o encubierto, deterioran a los profesionales de distinto tipo y trabajadores de la salud que laboran en unidades hospitalarias”. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología. Jaime Breilh. Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS), Quito. Ecuador. 1995.



das como estrés laboral, hay la presencia de algunos síndromes, como el de desgaste profesional (el síndrome de Burn Out), los concebimos como emergentes de esta relación desfavorable entre el trabajo y la salud.⁸

Estas expresiones tienen, sin duda, y deben ser leídas desde la fuerte vinculación entre la organización laboral y el contenido del trabajo como tal. Digo esto porque, como ocurre frecuentemente, y ahora al hablar de cuidar al cuidador, frecuentemente tenemos esa mirada de decir que algo en lo individual debe tener ese trabajador para tener determinadas expresiones de salud o malestar. Sin duda que todos traemos al trabajo mucho de la vida personal, pero ese trabajo tiene determinadas características, que son exigencias y cargas externas impuestas en ese mismo modelo de organizar el trabajo como tal.

En este contexto, en particular el sector de salud, y sobre todo durante gran parte de las décadas del '80 y '90, estuvo signado por una importante precarización de las relaciones laborales, con políticas muy claras de desregulación y flexibilización del trabajo, que actúan como un estresor adicional a los propios factores de la organización y del contenido del trabajo del trabajador que cuida a otros.⁹

Como afirma el Dr. Carlos Aníbal Rodríguez: *“Nadie ignora que estas patologías del trabajo, permítanme llamarlas así pues creo que el trabajo en negro, la temporalidad o la even-*

8 “Se destaca la presencia del llamado Síndrome de Burnout entre el personal sanitario. Maslach y Jackson (1986) definieron al síndrome de Burnout como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y bajos sentimientos de realización personal, que se observa básicamente entre trabajadores cuyo objetivo de trabajo son las personas. Desde las corrientes cognitivas se interpreta la generación del síndrome como una respuesta al estrés laboral resultado del fallo percibido de las estrategias empleadas. ”Incidencia del estrés y del síndrome de Burnout en los servicios de enfermería en cuidados intensivos”. José Luis Ortega Bayón. Psicología del Trabajo. Ediciones Pirámide S.A. 1998. España.

9 Los problemas en el mundo del trabajo y su impacto en salud. Crisis financiera actual Dr. Fernando Tomasina. 7° Seminario Internacional: Trabajo, Crisis Global y Salud, realizado en Bogotá en el mes de Octubre de 2009



tualidad merecen encuadrarse como tales, crecieron desmesuradamente, no crecieron solas, sino a la luz de un derecho laboral de apoyo irrestricto a las doctrinas neoliberales y bajo la bandera de la llamada flexibilidad laboral.”¹⁰

A continuación presento algunas referencias breves de algunas investigaciones sobre la salud de los trabajadores de la salud, que realizamos en el Departamento, desde una óptica interdisciplinaria, con diferentes técnicas y trabajos, con técnicas cualitativa y cuantitativa, que fueron presentadas en el Congreso Uruguayo de Psicología Médica. Básicamente, en todas las investigaciones observábamos que existen, en el sector, procesos de trabajo altamente demandantes. Si bien fue visualizada en todos los sectores de la atención a la salud, se destacan algunas áreas, como aquellas de cuidados críticos (emergencia, cuidados intensivos, block quirúrgico) vinculados quizás al contenido del trabajo, en situaciones de vida y muerte.

En prácticamente todos los sectores estudiados, los trabajadores perciben la tarea como de una alta carga psico-social, con alta demanda de sus recursos personales.

También, la misma complejidad de la organización donde están insertos estos trabajadores, es fuente de conflicto, en particular en este tema hay la necesidad de pensar como equipo de salud. Donde cada uno tiene un saber, un conocimiento a incorporar a la hora de generar esos cuidados necesarios. Frecuentemente hay relaciones de inequidad entre trabajadores del equipo y esto puede ser expresado en procesos tanto de valorización como de desvalorización entre los distintos trabajadores. Sentimiento que sin duda, está marcado por relaciones de poder.

El sobre-trabajo amplía las posibilidades de accidentes laborales como tales y éste puede ser interpretado como un emergente de la negativa relación entre la salud y el trabajo.

10 Rodríguez, C. A. Cierre de la VI Semana Argentina de la Salud y Seguridad en el Trabajo Santa Fe, 28 de abril 2009.



La incertidumbre y la desconfianza vinculadas a normas institucionales, también son fuente de riesgo laboral.

En cuanto a expresión de salud –enfermedad, observada en las investigaciones realizadas entre los trabajadores de la salud, se destaca la presencia de ansiedad, agotamiento emocional, trastornos del sueño, en definitiva, es una expresión más de sufrimiento de los trabajadores que cuidan a otros.

El tema de la violencia fue abordado también en una de las encuestas que realizamos a los residentes médicos.¹¹ El trabajo mostró que el 69% (308/446) de los residentes perciben situaciones de violencia. Las más frecuentes fueron la violencia psicológica 89% (274/308), por privación 51,9% (160/308) y la física 7,1% (22/308).

Un tercio del total de los médicos, en el último año durante la tarea de residencia, ha presentado mensualmente por lo menos una situación de violencia. Los agresores han sido familiares de pacientes, compañeros y pacientes, en ese orden. Las situaciones de violencia percibidas por los residentes durante la tarea laboral constituyen una exigencia adicional para su trabajo.

Por último, entiendo que existe la necesidad de la construcción de otros paradigmas en relación al tema de la salud de los trabajadores, sería avanzar desde la salud ocupacional al concepto de la salud de los trabajadores. La construcción a partir del encuentro de conocimientos, prácticas y saberes de los diferentes trabajadores que integran el equipo de salud. Pero también es a partir de reconocerse sujeto, que tiene saberes y conocimientos.

Saber de los trabajadores, intercambio de saberes, el enfoque desde la mirada del aprendizaje participativo, del empoderamiento de la misma realidad para ir transformando el trabajo, que tiene esta dicotomía de ser promotor de salud y a su vez

11 Rev Med Urug 2011; 27: 21-29 Trabajadores médicos jóvenes: violencia en el ejercicio de la residencia Dres. Nurit Stolova, Fernando Tomasina, Francisco Pucci, Victoria Frantchez, Marcos Pintos.



productor de daño. El trabajo sigue estando íntimamente vinculado con el grado de bienestar psicofísico y social del individuo.

La discusión es, en definitiva, en qué condiciones se realiza el mismo, si está en armonía con las expectativas del trabajador, si construye con él relaciones sociales beneficiosas, si le permite hacer uso de sus cualidades y si desarrolla sus potencialidades.

La pregunta entonces: *¿Es posible que el trabajo del cuidador sea un generador de salud y no de sufrimiento, enfermedad o muerte, en las actuales condiciones de atención a la salud?*

Seguramente no hay una respuesta simple, pero forma parte de los desafíos que como sociedad debemos encarar, generar trabajo digno que dignifique tanto la atención al usuario como al trabajador de la salud. Quizás algunos de los caminos a desarrollar sean tendientes a promover los procesos saludables y/o controlar los procesos peligrosos, implementar medidas de mejora de las condiciones de trabajo (tiempos, ritmos, cantidad de trabajo- tiempo disponible, apoyo psicológico, apoyo de los superiores, respeto, seguridad, trato humano, formación, etc.) así como fomentar posibilidades de autonomía, trabajo en equipo con participación en las decisiones.¹²

12 Estrés y Burnout en el ámbito Hospitalario. Revisión de la experiencia del Departamento de Salud Ocupacional. Facultad de Medicina. UdelaR. Fernando Tomasina. V Congreso Uruguayo de Psicología Médica. Mayo 2010.



El Cuidado Humano desde la perspectiva de Enfermería en el Uruguay

... Partimos de la concepción de cuidado humano de Malvárez (2007)¹: “Una nueva comprensión de la enfermería supone abordarla como una profesión en progreso hacia el estatus de disciplina científica; profesión transdisciplinar del campo de las ciencias sociales y de la salud, cuyo objeto de estudio e intervención es el cuidado humano en cuanto implicado en la constitución, vivencia, desarrollo, protección y recuperación de la salud; que tiene como beneficiario al sujeto humano como ser cultural, a la familia, a los grupos, a las comunidades y a la sociedad como unidades de análisis y cuidado. El cuidado es entendido aquí en su única condición posible que es la de alteridad y vínculo amoroso y desvelo por cada sujeto y la humanidad...”

GRUPO DE ESTUDIO Y REFLEXIÓN SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS (GER)

PROF. LIC. PILAR GONZÁLEZ ORTUYA² - PROF. EM. ALMA CARRASCO³ - MG. MIRTHA DELFINO⁴ - LIC. VICTORIA PI⁵

- 1 Dra. Silvina Malvárez. Directora Asesora Regional de Enfermería y Técnicos en salud. OPS-OMS.
- 2 Profesora Titular. Subdirectora del Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la UdelaR. Integra el Equipo de Dirección del Departamento de Programación Estratégica y coordina el Área de Promoción de la Salud y Prevención en el MSP; representa al ministro en la Comisión Mixta MSP-UdelaR y en la Comisión Nacional Asesora de Enfermería. pilargonzalezortuya@yahoo.com.ar
- 3 Licenciada en Enfermería. Especializada en Salud Mental. Profesora Emérita de la Facultad de Enfermería de la UdelaR. alberca@montevideo.com.uy
- 4 Magíster y Licenciada en Enfermería. mldelfino@adinet.com.uy
- 5 Licenciada en Enfermería. Ejerce en el Círculo Católico de Obreros y en Médica Uruguaya. vickytorya@hotmail.com



Esta ponencia se enmarca en un proyecto más amplio de investigación que pretende abordar los saberes y sentidos que le otorgan al cuidado estudiantes, docentes y egresados de enfermería. Empieza por compartir una reflexión-acción sobre los primeros resultados de una indagación exploratoria acerca de la noción de cuidados de enfermería consignados en las tesis de grado para la obtención del título profesional de la enfermería uruguaya, en Montevideo en el período 2005-2009, en la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (UdelaR) y de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la Universidad Católica (FETS-UC).

El GER interactúa en un proceso de empoderamiento en el marco de un proyecto de sociología pública, en una modalidad de investigación interdisciplinaria con enfoque cualitativo.

Las principales interrogantes que orientan el estudio pretenden desentrañar el sentido y los significados que los autores dan al cuidado de enfermería, en un contexto sociocultural determinado por las instituciones educativas y sanitarias, en el marco del desarrollo del sistema nacional integrado de salud.

El diálogo con las tesis nos conducirá a una primera comprensión del entramado intersubjetivo que subyace en el ser y hacer de enfermería respecto del cuidado humano, el que ha sido definido por la profesión como el centro de la enseñanza y el ejercicio profesional.

Se constata que el campo de los cuidados está siendo abordado como campo de investigación a partir de referentes teóricos de enfermería tales como Dorotea Orem, Virginia Henderson, Hildegard Peplau. Los estudios tienen una orientación con predominio biológico, se realizan en su mayoría en ámbitos hospitalarios.

Al decir de Heidegger (2003)⁶ –quien parte de autores que lo conducen a la fábula 220 de Higinio–, dicha fábula da sustento

6 Ibídem. Pp. 218-219. “...Una vez llegó Cura a un río y vio terrones de arcilla. Cavilando, cogió un trozo y empezó a modelarlo. Mientras piensa para sí qué



al ser ahí como *cura*, ya que ésta compromete al hombre a lo largo de toda su vida y su condición de primacía se vincula con la concepción integral del ser humano: cuerpo y espíritu. *Cūra*⁷ significa cuidado, atención, solicitud; cuidado de sí mismo y preocupación. El cuidado de sí mismo y del otro está inscripto en la experiencia de la vida humana, integra su cotidianidad y por lo tanto su éxito y/o fracaso en asegurar la calidad de esa convivencia compartida, resulta del entramado de saberes, afectos y prácticas que se ponen en juego en los contextos socioculturales.

El cuidado de enfermería que da significado y es significativo del encuentro cara a cara con el otro, que nos interpela y espera una respuesta profundamente humana, comprensiva y amorosa, sólo se puede dar a partir del establecimiento de un vínculo que da sostén a esa intervención que es única entre un yo y un otro. Como dice Levinas (1900), el rostro ajeno es la evidencia que no estoy solo y así descubro la alteridad. Para este autor el ser humano es eminentemente social, constituido por, con y para los otros. La ética atiende a los otros que constituyen al yo con la que éste se encuentra. Por lo tanto es ésta la única manera posible de entender y dar los cuidados: desde la alteridad. Así es como se construye, desde el cuidado de enfermería, un mundo que transita hacia la mutua emancipación: enfermera/o y usuario se liberan de las cadenas del sometimiento y la dependencia que no han hecho otra cosa que sumirlos en la ajenidad.

había hecho, se acerca Júpiter. Cura le pide que infunda espíritu al modelado de arcilla. Júpiter se lo concede con gusto. Pero al querer Cura poner un nombre a su obra, Júpiter se lo prohibió, diciendo que debía dársele el suyo. Mientras Cura y Júpiter litigaban sobre el nombre, se levantó la tierra (Tellus) y pidió que se le pusiera a la obra su nombre, puesto que ella era quien había dado para la misma un trozo de su cuerpo. Los litigantes escogieron por juez a Saturno. Y Saturno les dio la siguiente sentencia evidentemente justa: “Tú, Júpiter, por haber puesto el espíritu lo recibirás a su muerte; tú Tierra, por haber ofrecido el cuerpo, recibirás el cuerpo. Pero por haber sido Cura quien primero dio forma a este ser, que mientras viva lo posea Cura. Y en cuanto al litigio del nombre, que se llame ‘homo’, puesto que está hecho de humus (tierra)...”.

7 Diccionario esencial latino. 2003. SPES editorial. Barcelona. pp. 95.

Acerca del GER y su encuentro con las metodologías cualitativas

El grupo GER está integrado por profesoras, ex docentes y egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República - UdelaR. A partir del año 2008 se constituyen como grupo de estudio y reflexión sobre el cuidado humano-cuidado enfermero. La principal interrogante, que guía el proceso reflexivo grupal, tiene como orientación comprender e interpretar los determinantes que han contribuido para que enfermería profesional se aleje del cuidado directo de los usuarios (personas, familias, comunidades). De la misma se desprenden otras interrogantes: ¿qué procesos y contextos han influido en estos acontecimientos?... ¿cuáles son las nociones que existen sobre el cuidado enfermero?... ¿sobre qué dimensiones se estructura el campo pedagógico en la enseñanza-aprendizaje sobre los cuidados profesionales? Se podrían encontrar respuestas desde las metodologías cualitativas, metodologías en las que el grupo busca adquirir mayor experiencia. Por este motivo se construye una demanda formativa surgiendo la necesidad de contar con una tutora, para lo cual se solicita el apoyo académico de la Dra. Geysler Margel, con quien se mantenía un vínculo en el quehacer docente, por su participación con esta temática en la Maestría en Primer Nivel de Atención de la Facultad de Enfermería - UdelaR.

La profesora Margel transforma la demanda y la incorpora al proyecto de Sociología Pública que lleva adelante en el Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales. Iniciando un desarrollo formativo de empoderamiento en el que hemos venido trabajando, en una modalidad semanal, de aula interactiva, destinada a profundizar en investigación social cualitativa.

Como parte de este proceso grupal, se han producido movimientos en la dirección de una nueva forma de comprender y construir conocimiento, posicionándose en una mirada que busca problematizar, dialogar, descubrir y desentrañar los sentidos

y las nuevas perspectivas del cuidar, en vez de atribuir a priori significados y contenidos.

Desde la metodología cualitativa apoyada en la teoría fundamentada de los datos, GER apunta a comprender los significados que tienen para las personas (usuarios-población-enfermeras) las experiencias vividas, generando conocimiento a partir de esa realidad; conectando constructos teóricos, expandiendo la comprensión de enfermería en su campo de acción en el cuidado humano, constituyéndose en bases que orienten la praxis de la enfermería y la acción interdisciplinar, que conlleven a un cuidado más humano que libere y potencie las capacidades de las personas y familias al servicio de una vida plena y digna.

Mediante este proceso se desentrañarán los significados del cuidar, los términos mediante los cuales los profesionales de enfermería construyen la noción del cuidado enfermero, partiendo de los trayectos académicos por los cuales transitan en su andar formativo, interconectados con los espacios asistenciales, los contextos y los referentes adoptados por la profesión en cada momento histórico-económico-social.

Es en el contexto sociocultural en el que se va constituyendo el ser enfermera. Como dice Villamil Pérez (2005), *“...una profesión, independientemente de su importancia y valor en el mercado de trabajo, constituye un requisito de orden institucional que vincula el grado de desarrollo alcanzado por un campo científico con el otorgamiento de un servicio especializado...”*.

Enfermería está situada entre dos paradigmas: el holístico, natural, cualitativo, de saberes populares; y el biomecánico, supertecnológico, cuantitativo y de saberes científicos. Esta doble concepción puede valorarse como enriquecedora, pero también se encuentra polarizada. Ambas concepciones, si no están en interfase, tiran fuerte cada una para su lado y pueden ocasionar situaciones difíciles entre la razón y la percepción. En el contexto del mundo del trabajo, la cultura sanitaria que predomina en el ámbito científico es la de una razón en desmedro del en-





tramado subjetivo que nos aporta un conocimiento inédito de la realidad de salud enfermedad en el aquí y ahora, lo que nos permitiría comprender lo que le sucede a las personas: usuarios y enfermeros, por ejemplo.

De acuerdo a esto, nos aproximamos a esta realidad profesional a partir de los documentos (tesis), acervo científico que puede develar, en un momento dado, parte del entramado intersubjetivo que da significado al quehacer profesional que se inscribe en una cultura institucional académico-asistencial.

El cuidado de enfermería y su andar por la historia

El cuidado humano ha sido identificado como el núcleo de la formación y ejercicio del profesional de enfermería, centrado en la persona, en su *continuu*s salud-enfermedad, desde la concepción hasta la muerte, en la familia y los grupos poblacionales.

A partir de 1852, con Florence Nightingale, la enfermería se profesionaliza, propone el primer modelo para la formación y el ejercicio profesional, partiendo de la necesidad de cuidar a los soldados heridos, brindándoles un ambiente limpio, ventilado, soleado, una buena alimentación y cuidados de enfermería que aseguren su recuperación. Esta *escuela* se disemina por el mundo y se registran al menos dos aportes que llegan a Uruguay:

El de Ana Packer (1882-1930) –que traen a la luz Hernández y Chirico (2004) en su libro *Ana Packer construyendo el saber y hacer enfermero*– la microhistoria de una enfermera inglesa, que se trasladó desde Liverpool-Inglaterra donde se desempeñaba como *midwife-matron* hasta Cuñapirú-Corrales, centro minero del Departamento de Rivera, donde desarrolló la enfermería comunitaria. Creó junto a su esposo médico un *Hospital de Sangre* para atender soldados heridos en la guerra civil (1897) y organizó una sala de maternidad en su casa, donde se internaban las embarazadas para tener su parto y recibir educación acerca del cuidado de sí misma y del recién nacido.



En 1912 se crea la primera escuela de enfermería profesional de Uruguay, la Escuela de Nurses, cuyo fundador fue el doctor Carlos Nery, quien trajo parte del cuerpo académico desde Inglaterra (cuatro enfermeras inglesas y una estudiante). Por lo tanto esta primera propuesta académica recoge la teoría y orientación de la práctica para la formación de las nurses en el Uruguay.

De la misma se destaca:

- el cuidado de los enfermos teniendo en cuenta su medio ambiente,
- la promoción de los valores del recato, la disciplina, la pulcritud, la abnegación,
- el predominio y la jerarquización de la enseñanza práctica y las técnicas del cuidado.

En ese periodo de formación había un reducido abordaje de metodologías reflexivas-críticas y modelos teórico-epistemológicos como base para el desarrollo disciplinar.

Cuando se analiza el recorrido profesional de la enfermería en la región, se encuentra como denominador común la dependencia de la hegemonía médica. Nuestro país no escapa de esta lógica, ya que la creación de la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE) en 1950, fue por el impulso que dio Facultad de Medicina en la Universidad de la República. Este suceso se inscribe a partir de los siguientes hechos históricos:

Uruguay firma en 1943 un convenio con el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, que llevó a la instalación de los Centros de Salud (1946-47), ubicados en zonas periféricas de Montevideo y el interior del país.

La creación del Hospital de Clínicas para el que se necesitaba preparar a estas profesionales con mayor formación científica y con capacidad para administrar servicios.

Por otro lado, el país necesitaba enfermeras comunitarias en los centros de salud, para realizar el cuidado de la salud ma-

terno infantil; el de las comunidades y el tratamiento, control y prevención de las infecciones del momento (sífilis, tuberculosis, sarampión, tos convulsa, entre otras).

La expansión hegemónica de los Estados Unidos hacia los países latinoamericanos introduce su modelo sanitario con enfoque preventivo, así como sus tecnologías y farmacopea en el marco de la filosofía positivista que sustentaba su accionar.

Es en este contexto que se reconoce la importancia de incorporar la formación profesional en el ámbito de la Universidad, contribuyendo con el primer plan de estudios que, además de los cuidados y tecnologías propias de la disciplina, integró la administración de servicios, la formación en el campo de las ciencias, la investigación, la salud pública y enfermería comunitaria, así como la formación en valores democráticos-humanos, la participación ciudadana y el compromiso social.

Se fue consolidando a lo largo de la historia de la enfermería, un círculo vincular de poder hegemónico -de dependencia y subordinación del poder médico-, que se ve reflejado tanto en el predominio del enfoque biologicista que acompaña el quehacer profesional, como en las relaciones asimétricas a nivel de la trama laboral. Sabido es que la hegemonía, como plantea Apple M, (1968): *“...Podemos afirmar que la hegemonía actúa saturando nuestra conciencia, de modo que determina nuestras representaciones sobre el mundo educativo, económico y social con el que interactuamos y las interpretaciones lógicas que de él hacemos; se convierte en el único mundo. Se deduce que la hegemonía hace referencia a un conjunto organizado de significados y prácticas, al sistema central, efectivo y dominante de los significados, valores y acciones que son vividos. Se diferencia claramente de la mera opinión o manipulación...”*.

La relación de género imperante en nuestra sociedad en la primera mitad del siglo XX es otro factor que está presente con una impronta muy fuerte en la dependencia que aparece en la profesión enfermera hacia la profesión médica, no sólo en sus



comienzos históricos sino que transcurre, liberándose lentamente hasta la actualidad, a la luz de los cambios que la sociedad viene forjando en el reconocimiento de la mujer como miembro pleno.

La profesión de enfermería, no en vano en sus inicios se conformó sólo con mujeres, parecido a lo que ocurrió con magisterio, pues no podía visualizarse el cuidado sin la imagen de la mujer, traslado de la figura *madre*, como la persona con las características *sine qua non* para realizar esas tareas con delicadeza, habilidad y sensibilidad. A medida que la profesión adquiere carácter científico se abre al mundo de los hombres pero siempre con una cuota de dependencia de los médicos. Esta relación deviene de la pareja en el hogar, de las estructuras organizacionales en las instituciones de trabajo, en los estamentos políticos.

Un paso significativo para enfermería ha sido y será su incorporación y desarrollo en el mundo científico, en el plano gerencial, organizacional y sindical.

El reconocimiento de la sociedad hacia la mujer permitirá que ésta se empodere de su hacer y conlleve la independencia de la profesión, independencia que nunca la dejará en soledad sino, en un accionar interdisciplinario, para que su *cuidar* a los individuos y comunidad sea realmente integrado.

En el año 1973 la EUE, así como otros servicios universitarios, fueron clausurados por la intervención cívico militar (1973-1984) –debido al modelo pedagógico que primaba en esas instituciones, caracterizado por el pensamiento crítico y la construcción colectiva del conocimiento– que frenó el desarrollo de la profesión en un contexto social de deterioro de principios y valores humanos.

La dictadura profundizó el modelo capitalista que trajo aparejado el menoscabo de la calidad de vida y salud en la población uruguaya. Enfermería quedó atrapada en las redes de este modelo, que desplazó el eje de su quehacer profesional, el que



centrado en el usuario dio un giro hacia la propuesta gerencial, enfatizando un tipo de gestión que contraponen principios de salud pública tales como el beneficio social/beneficio económico, debiendo ser estos aspectos complementarios a favor de la salud y la recuperación de las personas; sin que medie el lucro por sobre la salud y la vida.

A partir de 1985, con el advenimiento de la democracia, se restituye la EUE (actualmente Facultad de Enfermería, desde el año 2004), pasando a ser la única institución universitaria pública para la formación de licenciadas/os y magíster. Y en 1998 se crea la Escuela de Enfermería⁸ de la Universidad Católica del Uruguay.

Es en el siglo XX que enfermería comienza a adquirir un mayor grado de autonomía e independencia profesional, lo que se expresa en que asumen las siguientes transformaciones:

- el desarrollo metodológico del proceso de *cuidar* en el que se integran y comparten los conocimientos del campo de la salud y de las ciencias humanas;
- la inclusión del conocimiento de aquellos a quienes cuida en su mundo histórico-social;
- la aplicación y desarrollo de herramientas propias;
- se comparte un código de ética;
- se desarrolla la investigación para generar su cuerpo de conocimiento;
- pasa a ser responsable por la formación de sus pares, de los auxiliares de enfermería y de la dirección de los servicios de enfermería.

Se va constituyendo el cuerpo disciplinar de la profesión, con la creación de los posgrados en enfermería (magíster, doctorados y post-doctorados) en Estados Unidos, Europa, Brasil, Chile, Colombia y México; se crean los primeros modelos teó-

8 Actualmente es Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud.

ricos de los cuidados enfermeros, que han servido de campo de investigación y formación de los profesionales de enfermería en la región y el mundo.

Se generaron las primeras redes de investigación en enfermería, donde cabe destacar la Red de Cuidados Enfermeros con importante producción científica, utilizando metodologías cualitativas, entre ellas la Teoría Fundamentada (Brasil-Colombia-España). En el país es escaso el desarrollo de investigaciones sobre los cuidados enfermeros utilizando dichos enfoques.

Desde nuestra experiencia práctica-docente, y como usuarias de servicios de salud, así como desde los espacios de reflexión e intercambio en el grupo, estamos percibiendo una falta de jerarquización para realizar el cuidado directo por parte de las enfermeras profesionales, esto podría deberse a la insuficiente cantidad de cargos para llevar a cabo cuidados seguros; la extracción de funciones inherentes a la profesión distribuidas entre otros sujetos sociales del sector y a la vez asignación de funciones que no le competen; sufrimiento moral y psíquico que se expresa en padecimientos orgánicos, perturbaciones en la comunicación y en las relaciones laborales; detrimento del valor social del *cuidar* la salud y la vida.

Cabe traer aquí el planteo de Boff (2002) cuando analiza los síntomas de la crisis civilizacional generalizada, la que ...“*Aparece bajo el fenómeno del descuido, de la indiferencia y del abandono, en una palabra, de la falta de cuidado*”...

El cuidado de enfermería es –para GER– un proceso de intercambio afectivo, de saberes y de prácticas, que transita a partir del vínculo entre la/el enfermera/o y la persona, familia y/o comunidad, a lo largo del ciclo vital, orientado a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación en el continuo salud-enfermedad; así como ayudar a un bien morir y contribuir al desarrollo de una vida digna y plena.

A partir de este contexto, las (principales) interrogantes que orientan al equipo de investigación nos conducen a aproximar-



nos a la comprensión del mundo de los cuidados enfermeros desde los propios involucrados.

Resultados preliminares de la indagación documental realizada

La metodología

En el marco del proyecto de empoderamiento se trabajaron teorías cualitativas, se revisaron trabajos científicos sobre la temática de investigación cualitativa/cuidados de enfermería y se elaboró un proyecto de investigación que apunta a desentrañar el sentido del cuidado para los profesionales de la enfermería. Con tal orientación, nos abocamos a llevar a cabo una fase preliminar con el objeto de realizar una indagación documental de las tesis de grado de la enfermería uruguaya.

En el país existe escasa documentación que dé cuenta del estado del arte en esta temática. De tal forma que esta indagación busca explorar la noción de cuidado de enfermería consignada en las mencionadas tesis de grado de la formación de los licenciados en enfermería en el periodo comprendido entre los años 2005-2009, en Montevideo.

Valles, M (1999) plantea que los textos, cualquiera sea su origen, pueden ser observados y entrevistados, mediante las preguntas que se formula el investigador cuando aborda su lectura. Si se estudian documentos, es porque se piensa que ellos son fuente única de datos que permiten descubrir significados desconocidos hasta el momento de indagar en ellos. Se puede también realizar interconexión de ideas, autores, disciplinas y quizá arribar a diagnósticos de situación en un determinado contexto; y tomando en cuenta el carácter cualitativo que da la lectura-análisis de las tesis de grado de enfermería, como un ejemplo de esta metodología. Para introducirse en el mundo del cuidado enfermero, de su realidad, se entiende que la producción científica de grado es una expresión final del tránsito cultural en la formación.



Objetivo General de la indagación documental

Analizar las tesis de grado de la enfermería uruguaya, particularmente en Montevideo, entre los años 2005 a 2009, que tienen consignada la noción de cuidado de enfermería y que están disponibles al público en formato papel en las bibliotecas de las facultades de enfermería.

Objetivos Específicos

Identificar los referentes teóricos y metodológicos consignados en las tesis, que orientan la noción de cuidado de enfermería.

Agrupar y consignar las dimensiones sobre el cuidado de enfermería surgidas en las tesis estudiadas.

Aportar a la construcción de un mapa de vínculos conceptuales a partir de la noción del cuidar en enfermería.

Preguntas que orientaron la indagación exploratoria en los documentos

¿Cómo aparece consignada la noción de cuidado de enfermería en las tesis de grado?

¿Cómo se construye el concepto de cuidado de enfermería?

¿Cuáles son los componentes del cuidado enfermero?

¿Cuáles son las orientaciones teóricas y metodológicas propuestas para abordar el cuidado de enfermería?

Apreciaciones metodológicas

Se trata de un estudio documental de tipo exploratorio-descriptivo. La fuente de datos son los documentos originales-tesis de grado de los licenciados en enfermería con el cual obtienen el título universitario en Montevideo, abarcando los años 2005-2009. Se elige este último quinquenio debido a que en dicho periodo ambos servicios se transforman en Facultad de Enfermería.



En relación a los aspectos éticos que se tuvieron en cuenta en la investigación, se resguardó la autoría de los textos como tesis y se trabajó con documentos disponibles en formato papel, de acceso público, en las bibliotecas de ambas facultades.

La organización del estudio documental se realiza en dos fases:

- 1ª Lectura general de todos los resúmenes de tesis y, en los casos que se carecía del mismo, se leía el proyecto de la investigación y los resultados, separando aquellos que especifican la noción de cuidado de enfermería e identificándolos, con el número correspondiente a su archivo, en la biblioteca de la Facultad de Enfermería de la UdelaR y con la fecha (mes y año) tal como se encuentran en la biblioteca de la Facultad de la Universidad Católica.
- 2ª Lectura de los trabajos seleccionados, sometiendo el texto a varias revisiones para categorizar los conocimientos aportados sobre el cuidado de enfermería, a fin de identificar referentes teóricos-metodológicos de la disciplina de enfermería. Se complementó esta etapa del estudio con la lectura y sistematización de las teorías de enfermería correspondientes a las teóricas en las que se apoyaron los autores de las tesis.

Resultados preliminares

Datos cuantitativos

Se elaboró una matriz para consignar los datos obtenidos de las tesis, que contiene los siguientes ítems: número/fecha de tesis; título de la tesis; noción de cuidado de enfermería; metodología y técnicas; código descriptivo /topología y caracterización.

Se exponen a continuación algunos datos relevados.

Tabla N° 1. Tesis de grado que consignan la noción de cuidado de enfermería en las facultades de enfermería (pública y privada) Años 2005-2009. Montevideo.

Facultad de Enfermería	N° de tesis seleccionadas con noción de cuidado	N° de tesis descartadas	N° total de tesis analizadas
Pública	18	130	148
Privada	15	33	48
Total	33	163	196

Fuente: elaboración propia GER. 2010



Como lo muestra la tabla N° 1, se identifican en ambas facultades tesis cuyo contenido incluye la noción de cuidados de enfermería: en el ámbito público 18 tesis de 148 que corresponde al 12%; en el ámbito privado 15 tesis de 48 que corresponde al 30% y en el total de las tesis es un 17%.

La mayoría de las tesis que incluyeron el tema de los cuidados enfermeros pertenecen al área de conocimiento de Adulto y Anciano (49%) y ellas refieren a las siguientes temáticas:

Modelos de intervención profesional: Cuidados de enfermería a usuarios con enfermedad de Alzheimer; Cuidados realizados a usuarios con asistencia ventilatoria invasiva; Cuidados a usuarios portadores de catéter vesical; Cuidados realizados a pacientes terminales oncológicos; Cuidados paliativos a pacientes oncológicos; Cuidados de enfermería a usuarios en servicios médico-quirúrgicos.

Modelos de gestión: Consulta de enfermería en el área de salud renal; Prestaciones que reciben los usuarios de un centro geriátrico; Absentismo laboral no programado; Evaluación de la seguridad de pacientes en servicios de emergencia

Le siguen Enfermería Comunitaria (15%), en ellas se trabajaron las siguientes temáticas:

Modelos de gestión; Funciones, actividades y perfil de enfermería en el primer nivel

Modelos de intervención profesional: Prevención primaria y secundaria del cáncer de mama; dificultades que presentan los residenciales que alojan adultos mayores para satisfacer las necesidades fundamentales enunciadas en el modelo de enfermería de Virginia Henderson.

Administración (15%), ellas refieren a las siguientes temáticas:

Modelos de intervención: *Cuidados transpersonales y cómo influyen en su proceso salud enfermedad en usuarios hospitalizados; El desempeño enfermero según conceptualizaciones de Dorotea Orem.*

Modelos de gestión: Estudios de satisfacción de los cuidados realizados en embarazadas adolescentes; Estimación de tiempos de atención de enfermería en pacientes quirúrgicos; Control de calidad en la atención de enfermería.

Niño y adolescente (12%), en ellas se estudiaron las siguientes temáticas:

Modelos de intervención: *Plan de alta de enfermería profesional en niños y niñas asmáticos; Cuidados a niños con dermatitis atópica seborreica y de contacto; Obesidad infantil; Factores de riesgo cardiovascular en adolescentes;*

Modelos de gestión: *Actividades del licenciado en enfermería en la prevención del maltrato a niños/as de 0 a 5 años: abordaje en el primer nivel de atención.*

Salud Mental (9%); ellas se ocupan de las siguientes temáticas:

Modelos de intervención; *Capacitación de enfermería en la atención a usuarios con intento de autoeliminación (Teoría de Hildegard Peplau); El equipo de enfermería en la atención de personas con enfermedades psiquiátricas.*

Concepto de cuidado

La mayoría de las tesis seleccionadas utilizan en la noción de cuidado de enfermería la teoría del déficit de autocuidado de Dorotea Orem (1945) y el modelo de necesidades de Virginia Henderson (1966) y la enfermería psicodinámica de Hildegard Peplau (1953).

“Orem define el autocuidado como el conjunto de actividades que realizan los individuos a favor de la manutención de la propia vida, la salud y el bienestar. Normalmente los adultos se cuidan voluntariamente, mientras que los niños, los enfermos y los incapacitados necesitan completa asistencia en actividades de autocuidado... autocuidado de carácter universal; autocuidado referido al desarrollo y maduración de la persona y para compensar defectos.” (Harmer, B. y Henderson, V. 1959). Vemos en las tesis analizadas que esta teoría se aplica a cuidados enfermeros en: pacientes con enfermedad de Alzheimer; la salud cardiovascular en adolescentes; plan de alta de niños/as asmáticos; pacientes diabético y obeso; prevención de cáncer de mama, entre otros.

La propuesta de Henderson, *“...para diseñar planes de cuidado de enfermería se fundamentaba que todo ser humano busca su seguridad (comida, vestido y habitación) y espera recibir amor y aprobación; también aspira a gozar de la aventura, del conocimiento y en grado variable busca para su bienestar último la fuerza que el hombre encuentra en su Dios o en otro principio ético universal... para brindar cuidados en enfermería propone evaluar las necesidades humanas básicas del paciente para ayudar a satisfacerlas”*. Esta teoría se encontró en las tesis que abordan cuidados enfermeros en: asistencia ventilatoria en paciente crítico; usuarios oncológicos, cuidados paliativos y de quimioterapia; adulto mayor, entre otros.

Peplau es la primera autora que trasladó teorías de otros campos a la enfermería; su modelo integra las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad. Según Peplau, la salud conlleva condiciones





interpersonales y psicológicas que interactúan. Basa su modelo en la enfermería psicodinámica que aplica los principios de las relaciones humanas y que siguen etapas desde que enfermera/o y usuario se encuentran hasta que el trabajo entre ambos finaliza. La tesis que aplica esta teoría la encontramos en: atención a usuarios con intento de autoeliminación.

Metodología y técnicas de estudio utilizadas en las tesis seleccionadas

La totalidad de las tesis son de tipo cuantitativo-descriptivo, que utilizan técnicas tales como entrevistas cerradas y abiertas, observaciones y análisis de documentos. Los datos se procesan con orientación descriptiva cuantitativa.

Código descriptivo

La mayoría de los estudios se orientan a la realización de un diagnóstico en relación a: perfil de competencias de enfermería para el cuidado de usuarios en un determinado servicio o área, protocolos de cuidados, medición de la calidad de los cuidados.

Topología o caracterización

Los estudios analizados fueron categorizados según orden de frecuencia en:

Enfoque centrado en la Administración del cuidado: estudios focalizados en procesos que involucran la gestión de los cuidados desde lo micro a lo macro (perfil de competencias profesionales para cuidar; calidad de los cuidados; estudios de necesidades y niveles de dependencia de cuidados; estudios de necesidades de recursos de enfermería en relación a las necesidades de cuidados) protocolos de los cuidados profesionales, correspondieron a 15 tesis.

Enfoque centrado en el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E): se refiere a estudios que tienen como centro el análisis de la metodología de abordaje para el cuidado en enfermería



(valoración-diagnóstico-planificación del cuidado, ejecución-evaluación). Predomina en dichos estudios la orientación biologicista en 7 tesis y los de contexto integral en 5 tesis.

Enfoque centrado en técnicas y procedimientos de enfermería; se refiere a estudios que analizan aspectos parciales del cuidado en relación a la utilización de tecnologías de enfermería, se identificaron 6 tesis.

Reflexiones finales específicas sobre la investigación documental

Reflexiones de la experiencia transitada

- La valorización y el aporte a la construcción y aprendizaje de una práctica emergente, en materia de investigación enfermera, de carácter interdisciplinario, sustentada en un proceso grupal y colectivo- formativo en el diseño de metodologías cualitativas, apoyado en un proceso de empoderamiento desde la sociología pública y desde un intercambio vincular afectivo.
- El descubrimiento de la riqueza que poseen los documentos como fuente de conocimiento de una realidad cultural que se inscribe en una lógica institucional que puede ser transformadora o reproductora.
- A partir del comienzo del milenio, la revisión bibliográfica de las investigaciones da cuenta de que la disciplina enfermera está adoptando, siguiendo la corriente fenomenológica, la perspectiva interaccionista y constructivista de las ciencias sociales, que defiende que no es posible reducir los fenómenos a sus partes, siendo de capital importancia el contexto. El énfasis se pone en la comprensión más que en la medición, propia del positivismo.

Reflexiones de la indagación

El estudio exploratorio evidencia que el cuidado de enfermería en el ámbito universitario está siendo abordado como campo de problematización e investigación a nivel de la formación de grado.

Los estudios realizados buscan contrastar en la realidad estudiada si se aplican o no los modelos teóricos referentes, lo cual refleja que las tesis se adscribirían a una perspectiva verificacionista.

Se observa que en las tesis seleccionadas:

Los referenciales teóricos más utilizados se corresponden con el modelo del autocuidado de Dorotea Orem; con el de las necesidades humanas de Virginia Henderson y el de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau;

La noción de cuidado de enfermería se aborda con mayor frecuencia en el área de conocimiento del Adulto y Anciano;

Predomina una concepción de la administración del cuidado centrada en protocolos de cuidados y en tecnologías de enfermería;

Las dos terceras partes de las tesis utilizan como escenario de investigación para el cuidado de enfermería el ámbito hospitalario;

En el proceso de atención de enfermería aparece consignado un predominio del enfoque biologicista. El objeto de estudio y trabajo en enfermería es el cuidado y por ello se enfrenta a un sujeto de estudio complejo, tanto desde la vertiente de las ciencias médicas como desde las sociales. Tradicionalmente la profesión ha estado supeditada a la visión positivista y reduccionista que adoptaron las ciencias médicas.

Reflexiones en torno a posibles líneas de trabajo

Surge la necesidad de realizar un estudio desde dentro; es decir, desde la propia percepción de los sujetos implicados, de los

que realizaron las tesis y de los tutores de tesis, ese par dialéctico en la construcción de conocimiento enfermero.

Se hace necesario profundizar el análisis que se viene realizando en la investigación documental sobre la dimensión del cuidado enfermero.

Aportar los resultados de esta indagación como insumos para la academia, que ayuden a jerarquizar la dimensión del cuidado humano en la currícula de grado y posgrado.

Integrar una red nacional de investigación en cuidado de enfermería como parte de la Red Iberoamericana de Gestión del Cuidado de OPS.

Constituir núcleos interdisciplinarios sobre el Cuidado Humano para enriquecer la formación, la extensión y la investigación de los profesionales.

Orientar con mayor énfasis estudios sobre los cuidados de enfermería en el ámbito comunitario, contribuyendo a fortalecer las políticas del Sistema Nacional Integrado de Salud y los Objetivos para el Milenio.

Fortalecer la formación de estudiantes y profesionales en enfoques cualitativos de investigación que les permitan comprender, descubrir y construir teoría fundamentada sobre los cuidados de enfermería en el Uruguay.



Bibliografía consultada

- AGUIRRE, Rosario.** Parte I, Uso del tiempo y desigualdades de género en el trabajo no remunerado en Aguirre, Rosario, editora. *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay.* Unifem Montevideo, Uruguay. Impreso por Zonalibro. Abril 2009
- ALACOQUE, LORENZINI, ERDMANN, et al.** Análisis de Investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería años 2001-2003. <http://www.CIENCIAYENFERMERIA> XI (2):35-46 2005 I.S.S.N. 0717. 2079.
- APPLE, M** (1968) *Ideología y Currículo*, Madrid, Akal, 1968.
- BATHYÁNY, Karina.** Parte II. Cuidado de personas dependientes y género. En Aguirre, Rosario, *Las bases invisibles del bienestar social.* Montevideo, Uruguay. Abril 2009.
- BOFF, L.** (2002) *El cuidado esencial. Ética de lo humano, compasión por la Tierra.* Ed. Trotta. p.18.
- BLUMER, Herbert.** (1981). *El interaccionismo simbólico.* Perspectiva y método. Ed. La Hora. Barcelona. España.
- CARRASCO, A.** (2006) Aporte para una tesis sobre el objeto de estudio y trabajo en Enfermería. En Revista Uruguaya de Enfermería. Vol.1/Nº 2, setiembre 2006. Pp.47-51.
- COLLIÈRE, M.** (1993) *Promover la vida.* Editorial Interamericana. McGraw Hill.
- FERNÁNDEZ, L; ALAMILLA, M; HUGET, A; CAPEZZUTO, B; GONZÁLEZ ORTUYA, P; BOZZO, E.** (2008). *Abordaje Teórico –Práctico en la Atención de Enfermería en Niños /Niñas y Adolescentes.* Fundamentos para la humanización de la Atención de Enfermería, en el cuidado de la Salud de niños/as adolescentes en ámbitos hospitalarios. Pp-3-5. Ed. Taller Gráfico Ltda. Montevideo, Uruguay.
- HARMER, B. Y HENDERSON, V.** *Tratado de enfermería teórica y práctica.* 2ª ed. en español, México, La Prensa Médica Mexicana. 1959.
- HEIDEGGER, M** (2003). *El ser y el Tiempo.* Fondo de Cultura S.A. de C.V. Buenos Aires, Argentina. Cap. VI. La cura, ser del “ser ahí”. Pp. 200-252.

- HERNÁNDEZ, N. y CHIRICO, S.** (2004) *Ana Packer. Construyendo el saber y hacer enfermero*. Ed. Trilce. Montevideo. Uruguay.
- LEVINAS, Emanuel** (1900) *Humanismo y Ética*, Editorial Cincel, Madrid.
- MALVÁREZ, Silvina** (2007) El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto & Contexto Enfermagem*, julho-setembro, año/vol.16, número 003, Universidad Federal de Santa Catarina. Florianópolis-sc-, Brasil. pp. 520-530.
- MARGEL, Geysler** (2001), "Para que el sujeto tenga la palabra: presentación y transformación de la técnica de grupo de discusión desde la perspectiva de Jesús Ibáñez", en *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, María Luisa Tarrés (coord.), Porrúa, El Colegio de México, FLACSO, México.
- MARGEL, Geysler** (2009), "La demanda del trabajo sociológico y los públicos. ¿Qué sociología y para quiénes?", en *Uruguay desde la Sociología VII*. Departamento de Sociología. Universidad de la República.
- MARRINER TOMEY, A. y RAILE ALLIGOOD, M.** (1999) *Modelos y teorías en enfermería*. Harcourt Brace de España S.A.
- OREM, Dorotea.** *Nursing: concepts of practice*. 2ª. Ed., McGraw- Hill, 1980. Citada por Puntel de Almeida y Yazlle. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo, Cortez, 1989, p.98.
- SÁNCHEZ, Soledad.** (2002) *Historia de la Enfermería en Uruguay*. Ed. Trilce. Montevideo. Uruguay.
- STRAUSS, Anselm y CORBIN, Juliet.** (2002) *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería de Antioquia. Colombia.
- VALLES, M. S.** (1999) *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Ed. Síntesis S.A. Madrid. España.
- VASILACHIS DE GIALDINO, Irene** (coord.) (2006) *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa Editorial. Biblioteca de educación, España. Cap. 1, La investigación cualitativa. Irene Vasilachis de Gialdino. pp. 23-64.



Fuentes documentales indagadas en las bibliotecas de las Facultades de Enfermería: Universidad de la República Oriental del Uruguay y Universidad Católica

ACEREDO, R., ALAMÓN, N., BENTANCOR, V., RODRÍGUEZ, M., RODRÍGUEZ J. Atención del usuario crítico con asistencia ventilatoria mecánica invasiva desde el enfoque de Virginia Henderson. 2008. Tesis N° 277.

ADRIÉN, L., HERNÁNDEZ, P., PEÑA, V., RODRÍGUEZ, C. Prestaciones que recibe el residente del Centro Geriátrico Hospital “Dr. Luís Piñeiro del Campo”. 2007. Tesis N° 231.

AGUILAR, N., BLANCO, D., CESCHI, A., CHAVES, M., DE THY, M. Descripción del modelo de atención de enfermería quirúrgica del adulto y anciano. 2006. Tesis N° 202.

AGUIRRE, N., DA ROSA, A., GONZÁLEZ, S., HERNÁNDEZ, L., IGLESIAS, Y. Distribución de los factores de riesgo, en los pacientes con enfermedad de Alzheimer, que asisten en el Hospital de Clínicas, noviembre 2009. 2009. Tesis N° 327.

ALFONSO, N., COLOMBO, A., PÍRIZ, C., RODRÍGUEZ, J., SILVA, A. Plan de alta de enfermería profesional en niños y niñas asmáticos. 2009. Tesis N° 306.

AMAYA, M., CAMEJO, V., DE LOS SANTOS, N., GAGNEBIN, S., GARRÉ, R. Cuidados de enfermería en usuarios con dolor oncológico del servicio de otorrinolaringología. 2008. Tesis N° 289.

ARBIZA, L., CABRERA, Y., LADO, A., PEREIRA, M., SIUTTO, M. Actividades realizadas por las licenciadas en enfermería de los centros de salud del MSP en el departamento de Montevideo. 2006. Tesis N° 195.

ARELLANO, S., BEROIS, M., LORENZO, M., MACEDONIO, V., MANZZI, S. Dermatitis (atópica, seborreica y de contacto) en niños de 14 años de edad que concurrieron a la policlínica de dermatología del Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período comprendido entre enero-diciembre 2005. 2006. Tesis N° 201.

BICA, N., BONILLA, E., CARDOZO, S., PERDOMO, L., RODRÍGUEZ, C. Cuidados de enfermería en usuarios portadores de catéter vesical en el hospital “Dr. Manuel Quintela” en las clínicas médicas A, B,

C del departamento de Montevideo en el período de junio-agosto de 2008. 2008. Tesis N° 278.

BRANCO, I., CORREA, F., DA SILVA, D., PELLERREY, V., PERALTA, L. Actividades independientes de la consulta de enfermería del programa de salud renal con el adulto mayor. 2009. Tesis N° 299.

BRUZZONE BIRRIEL, G., GARCÍA FÉLIX, S., LESINA MEDINA, M., LEZUE REGUEIRO, M., OYARVIDE SILVERA, C. Grado de satisfacción de la población de adolescentes embarazadas y púerperas en el primer nivel de atención. 2009. Tesis N° 321.

BUSTAMANTE RODRÍGUEZ, V., FERREIRA ARMÚA, F., GONZÁLEZ SANTOS, I., SANDES NAVARRO, N., SOBA BASUALDO, M. Capacitación de enfermería en la atención de usuarios con intento de autolimianación (Teoría de Hildegard Peplau). 2009. Tesis N° 324.

CARDOZO SOCA, C., FILOSI ODDINE, A., FRANCONERI, R., PETKOVICH CASAS, M., SILVA MENESES, H. Evaluación de la seguridad del paciente mediante criterios internacionales en un servicio de emergencia. 2009. Tesis N° 320.

GONZÁLEZ, A., SILVERA, E., CEDRÉS, M., FERNÁNDEZ, M., GERMÁN, Y. Modelos asistenciales de atención de enfermería al paciente oncológico terminal en domicilio. 2004. Tesis N° 183.

GONZÁLEZ, S., LARRECHART, A., PERRY, S., SEROPIAN, S., TRITTEN, D. ¿Se aplican cuidados transpersonales y cómo influyen en su proceso de salud-enfermedad a usuarios hospitalizados en el I.N.C.A. en abril de 2008?. Tesis N° 273.

MASTRIANI, V., PORILLO, V., RODRÍGUEZ, M., ROMAGNOLO, E., SOUZA, I. Proceso de administración de medicamentos en el Centro Geriátrico Hospital Hogar Piñeiro del Campo. 2006. Tesis N° 207.

MOAR, S., PERERA, V., PI, V., PIREZ, C., TRUJILLO, I. Absentismo laboral no programado vs. cuidados de enfermería brindados a los residentes de la unidad "A" del Hospital Hogar Dr. Luís Piñeiro del Campo. 2006. Tesis N° 212.

PEREIRA, V., POZZO, M., SANDES, N., TRUJILLO, P. Estimación de tiempos de atención de enfermería en pacientes quirúrgicos. 2008. Tesis N° 283.



- TECHERA, Solange.** Riesgo de infección respiratoria en pacientes con asistencia respiratoria mecánica en CTI. (Octubre 2005).
- DOS SANTOS, Adriana.** Cuidados paliativos a pacientes oncológicos. (Junio 2006).
- COSTA, P., FERNÁNDEZ, M. F., PARODI, J.P.** Integración del licenciado en enfermería en residenciales u hogares para adultos mayores en Montevideo. (Agosto 2006)
- VELÁZQUEZ, Rocío.** Cuidado y educación de enfermería a pacientes en tratamiento de quimioterapia. (Mayo 2007).
- LEVRATTO, J. G.** Limitaciones para enfermería en la prevención de úlceras por presión. (Octubre 2007).
- CARÁMBULA, L.** Prevención primaria y secundaria del cáncer de mama. (Mayo 2005).
- CARABALLO, L.** Diabetes. (Octubre 2006).
- CATALDI, G., DABEZIES, G., JAUME, M., NOGUEIRA, C.** Dificultades que presentan los residenciales que alojan adultos mayores para satisfacer las necesidades fundamentales enunciadas en el modelo de enfermería de Virginia Henderson. (Julio 2006).
- TRÓCOLI, P.** Estudio de situación del control de calidad en la atención de enfermería. (Agosto 2005)
- BONILLA, D.** Estudio exploratorio sobre el desempeño enfermero según conceptualizaciones de Dorotea Orem. (Octubre 2008).
- VIANA, E.** Actividades del licenciado en enfermería en la prevención del maltrato a niños/as de 0 a 5 años: abordaje en el primer nivel de atención. (Febrero 2007).
- DÍAZ, A.** Factores que inciden en la obesidad infantil. (Mayo 2007).
- MODERNELL, G. Y URCHITANO, V.** Identificación de factores de riesgo cardiovascular en adolescentes del departamento de Florida. (Noviembre 2007)
- JAIMES, E.** El equipo de enfermería en la atención de personas con enfermedades psiquiátricas. (Julio 2008).



Los cuidados desde una perspectiva de género y derechos

La noción de cuidados se ha vuelto clave para el análisis y la investigación con perspectiva de género sobre las políticas de protección social. A partir de las investigaciones, del conocimiento acumulado y de las experiencias implementadas, el debate en torno al tema de los cuidados se complejizó y se desplazó de la esfera estrictamente privada de la familia para pasar a la esfera pública de los Estados de Bienestar.

DRA. KARINA BATTHYÁNY¹

Conceptualizando el cuidado

El concepto de cuidados se ha convertido en materia de interés e investigación y puede referir a varias interpretaciones y conceptualizaciones. Pueden encontrarse una serie de conceptualizaciones del “cuidado y las responsabilidades familiares” en la literatura más reciente sobre el tema, básicamente todas estas definiciones concuerdan en tratar a éste como uno de los temas sustantivos más directamente relacionados al real ejercicio de la ciudadanía social de las mujeres. Fundamentalmente podemos

1 Doctora en sociología, Profesora Agregada e Investigadora del Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (Uruguay). karinab@fcs.edu.uy

concebir al cuidado como una actividad femenina en general no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social.

La profesora de la Universidad de California, Russell Hochschild definió, de manera pionera en los noventa, el cuidado como “el vínculo emocional, generalmente mutuo, entre el que brinda cuidados y el que los recibe; un vínculo por el cual el que brinda cuidados se siente responsable del bienestar del otro y hace un esfuerzo mental, emocional y físico para poder cumplir con esa responsabilidad. Por lo tanto cuidar a una persona es hacerse cargo de ella”. (...) El cuidado es el resultado de muchos actos pequeños y sutiles, conscientes o inconscientes que no se puede considerar que sean completamente naturales o sin esfuerzo (...) Así nosotras ponemos mucho más que naturaleza en el cuidado, ponemos sentimientos, acciones, conocimiento y tiempo” (Hochschild, 1990).

Por su parte, las investigadoras de la Universidad de Utrecht, Trudie Knijn y Monique Kremer (1996), definen el cuidado como la provisión diaria de atención social, física, psíquica y emocional a las personas. Esta provisión de cuidados puede asumir distintas características:

- puede ser provisto por trabajo remunerado o no remunerado
- puede ser provisto sobre la base de un acuerdo o de forma voluntaria,
- puede ser provisto de forma profesional o basado en obligaciones morales.

Podemos decir, sin pretensión de otorgar una definición exhaustiva, que el cuidado designa a la acción de ayudar a un niño o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana. Engloba, por tanto, hacerse cargo del cuidado material que implica un “trabajo”, del cuidado económico que implica un “costo económico”, y del cuidado psicológico que implica un “vínculo afectivo, emotivo, sentimental”. Puede ser realizado de manera honoraria o benéfica por parientes en el marco de la familia, o puede ser realizado de manera remunera-



da en el marco o no de la familia. La naturaleza de la actividad variará según se realice o no dentro de la familia y también de acuerdo a si se trata o no de una tarea remunerada. Con esta definición, se coloca el foco de manera explícita en la **provisión diaria de cuidados**, incluyendo todas sus manifestaciones formales e informales, remuneradas y no remuneradas. Estas son las situaciones de cuidado que serán prioritariamente objeto del Sistema nacional de cuidados que se discute hoy en nuestro país.

La provisión diaria de cuidados es un tema que requiere abordajes empíricos en nuestros países, para comprender mejor sus distintas formas de manifestación y las diferencias en el acceso y la oferta de estas distintas prestaciones, particularmente en el marco de las discusiones actuales en torno a la conformación de un sistema nacional de cuidados.

Por su parte, Nancy Fraser (1997) nos plantea que el carácter doméstico de los cuidados es la base para su exclusión de los derechos ciudadanos, lo que está faltando es un concepto de ciudadanía que reconozca la importancia de los cuidados y las responsabilidades domésticas para la sociedad. El limitar las responsabilidades de los cuidados casi exclusivamente a la esfera privada, convirtiéndolo en un problema privado, torna muy dificultoso el convertir este tema en un objeto de derecho real.

La especificidad del trabajo de cuidado es la de estar basado en lo relacional, ya sea en el marco de la familia o por fuera de ella. En el marco de la familia, su carácter a la vez obligatorio y desinteresado le otorga una dimensión moral y emocional. No es solamente una obligación jurídica establecida por ley (obligación de prestar asistencia o ayuda) o una obligación económica, debido a que involucra también las emociones que se expresan en el seno familiar al mismo tiempo que contribuye a construir las y mantenerlas.

Fuera del marco familiar, el trabajo de cuidado está marcado por la relación de servicio, de cuidado y preocupación por los otros. El trabajo se realiza cara a cara entre dos personas y ge-



nera lazos de proximidad, en una situación de dependencia pues una es tributaria de la otra para su bienestar y mantenimiento. De todas formas, lo que unifica la noción de cuidado es que se trata de una tarea esencialmente realizada por mujeres, ya sea que se mantenga dentro de la familia o que se exteriorice por la forma de prestación de servicios personales.

Cuidado, género y derechos

El análisis de la literatura reciente sobre los escenarios relacionados con el cuidado y las responsabilidades domésticas, evidencia la hipótesis de que el sistema de género imperante se basa en gran parte en la flexibilidad y la capacidad de adaptación de las mujeres.

En el medio familiar, las mujeres aseguran la supervivencia de la familia a pesar de los costos que eso les signifique, en cambio, la mayoría de los hombres no varía en lo fundamental sus pautas de comportamiento o de consumo en períodos de crisis. Paralelamente, por contar con ese compromiso de las mujeres con su familia, el Estado suele resolver sus problemas de presupuestos en el ámbito de las políticas sociales con una reducción de su apoyo a las unidades familiares. En los dos casos se cuenta con la capacidad de las mujeres de aprovechar lo más posible los recursos, sus energías y su tiempo para contribuir al bienestar de los demás. El trabajo no remunerado de las mujeres es considerado implícitamente como flexible, susceptible de adaptarse y modificarse para compensar cualquier otro déficit de los recursos disponibles para la reproducción y mantenimiento de los recursos humanos.

La noción de cuidados se ha vuelto clave para el análisis y la investigación con perspectiva de género sobre las políticas de protección social. Parte importante del problema de entregar bienestar y protección social de calidad a los miembros de una sociedad radica en una adecuada distribución de esas responsabilidades entre sus distintos integrantes. La solución del problema de la distribución del cuidado ha asumido distintas formas



en función del momento histórico, social, cultural y económico. Si bien estos factores han determinado que en la distribución de la responsabilidad social del cuidado hayan tenido participación distintos actores sociales como el Estado, el mercado, las familias o formas comunitarias, parte significativa de esta carga ha recaído y recae en las familias, es decir, en las mujeres de las familias. Esto tiene consecuencias de género relevantes para la condición de las mujeres en la sociedad, pues cuando las mujeres de las familias son las principales proveedoras del bienestar, éstas deben o bien excluirse del mercado laboral o bien enfrentar mayores dificultades que sus pares masculinos para conciliar trabajo productivo y reproductivo.

En Uruguay, al igual que en la mayoría de los países de América Latina, las desigualdades sociales están estrechamente vinculadas con la provisión desigual de cuidado familiar y social, lo que conforma un verdadero círculo vicioso. Quienes tienen más recursos disponen de un mayor acceso a cuidados de calidad, a pesar de tener menos miembros del hogar que cuidar. Y al contrario, aquellos que disponen de menores recursos para acceder a los cuidados mercantiles y que tienen más cargas de cuidado, acumulan desventajas por el mayor peso del trabajo doméstico familiar, por las dificultades en el acceso a los escasos servicios públicos y la necesidad de recurrir a cuidadoras “informales”.

El sistema de políticas de cuidados de las personas es quizás uno de los temas que ha adquirido mayor fuerza en la esfera pública en los últimos años. La presencia de individuos que requieran de cuidados específicos no es un problema nuevo de las sociedades, sin embargo, las modificaciones demográficas que se han dado en la región obligan a pensar en cuáles podrían ser los dispositivos sociales que permitan atender una nueva demanda de ciertos sectores sociales, y el caso del sistema de cuidados del adulto mayor parece ser un claro ejemplo de ello.

La discusión sobre el cuidado ha conducido a colocarlo como un problema de política pública al que deben responder los Estados. No se trata por tanto de un problema individual y privado



al que cada persona responde como puede y en función de los recursos de los que dispone, si no que se trata de un problema colectivo que requiere de respuestas colectivas y sociales. Reducirlo a una dimensión individual deja a las mujeres expuestas a negociaciones individuales y desventajosas.

El aporte del uso del tiempo

La mirada sobre el uso del tiempo y su distribución entre varones y mujeres, como medida de desigualdad, también ha influido decisivamente en el debate (Durán, 2009). Así, por ejemplo, la medición y comparación del tiempo destinado al cuidado por mujeres y varones ha generado evidencia inédita sobre la desigualdad en las familias.

Un elemento extremadamente útil que se ha desarrollado en la región en los últimos años son las encuestas de uso del tiempo, que permiten aproximaciones empíricas a la división sexual del trabajo al interior de los hogares y observar cambios y permanencias.

Si bien las encuestas de uso del tiempo realizadas en los diferentes países², no son necesariamente comparables entre sí, pueden encontrarse tendencias por demás interesantes. En primer lugar, muestran que la carga global de trabajo femenina es mayor a la masculina y que los varones tienen una menor participación e invierten menos tiempo en las actividades domésticas y de cuidado. En segundo lugar, señalan que la jornada de trabajo total de las mujeres, dedicada a labores remuneradas y no remuneradas, es mayor que la de los varones y que la participación laboral remunerada de las mujeres es menor cuando existen niñas y niños en edad preescolar. En tercer lugar, evidencian que las mujeres destinan en promedio más del doble

2 Para un detalle de los avances en términos de encuestas de uso del tiempo ver, por ej. el documento No. 83 de la Serie Mujer y desarrollo de CEPAL. “Incorporando un módulo de uso del tiempo a las encuestas de hogares: restricciones y potencialidades” de Vivian Milosavljevic y Odette Tacla, Santiago de Chile, 2007.



de tiempo semanal que los varones al cuidado de niños y otros miembros del hogar y que el mayor tiempo dedicado a estas actividades por parte de las mujeres se incrementa notablemente en los tramos del ciclo vital asociados a la tenencia de niños/as, mientras que en el caso de los varones, el tiempo permanece prácticamente constante durante todo su ciclo vital. El trabajo del cuidado de niños, enfermos y adultos mayores aumenta la participación y el tiempo invertido por las mujeres en las actividades domésticas. Esta se incrementa con la presencia de menores en edad preescolar en el hogar, mientras que el de los varones tiende a permanecer estable.

Las tendencias reseñadas muestran la vigencia de la segmentación entre varones y mujeres, prevaleciendo los estereotipos de género asociados a la división sexual del trabajo tradicional. De acuerdo a los datos de las encuestas de uso del tiempo, a pesar de la mayor participación de las mujeres en el trabajo remunerado, ellas siguen dedicando muchas horas a las labores dentro del hogar. Los varones no han asumido de manera equivalente la corresponsabilidad de las tareas domésticas y de cuidado. El funcionamiento de las sociedades en general –con sus reglas no escritas, instituciones y horarios– aún descansa en el supuesto de que hay una persona dedicada completamente al cuidado de la familia. Esta situación afecta especialmente a las mujeres –quienes ven limitadas sus alternativas laborales y se enfrentan a jornadas extenuantes–, y particularmente a las más pobres quienes, de acuerdo a las estadísticas mencionadas, son las que más tiempo destinan a las tareas del hogar. El uso del tiempo tal como se da en la actualidad, reproduce las desigualdades socioeconómicas y de género que caracterizan a nuestro país y a la región.

En los tres últimos años, Uruguay ha avanzado en la incorporación del tema a la agenda pública, debido a una serie de factores entre los que se destaca la existencia de estudios académicos que aportaron conceptualizaciones y evidencias empíricas, además de la existencia de información estadística oficial sobre los



tiempos de cuidado, la acción de las organizaciones sociales y la decisión política de replantear el modelo de bienestar.

Estos elementos contribuyeron a que el tema de los cuidados familiares y sociales adquiriera visibilidad, se aprecie el desbalance de género existente y sean cada vez más valorados por su contribución al bienestar y al funcionamiento del sistema económico. Puede afirmarse que se ha comenzado a “desprivatizar” la cuestión de quién se hace cargo de las personas dependientes. En primer lugar, porque los hechos relativos al cuidado de los dependientes no son algo propio y exclusivo de la esfera privada, si no que deben formar parte del debate sobre los derechos de ciudadanía y sobre la democracia. En segundo lugar, porque tanto las ciudadanas como los ciudadanos son autosuficientes y dependientes, ambas cosas a la vez, por más que hay períodos de la vida en que prevalece la autosuficiencia y otros en lo que prevalece es la dependencia. La consideración del cuidado y de la dependencia conduce a tener en cuenta que dependemos unos de otros y que todas las personas requieren de las familias, de la sociedad y de la comunidad para que le proporcionen soporte a lo largo del curso de vida.

Mirado desde la perspectiva de la equidad, se trata de actuar sobre la tradicional división del trabajo según sexo en el cumplimiento de las funciones familiares, a fin de promover la igualación de oportunidades, el ejercicio efectivo de derechos y el logro del bienestar por parte de mujeres y varones de distintas generaciones y estratos sociales. Este enfoque procura entrar en diálogo con otros enfoques sobre la política de cuidados que enfatizan su papel como inversión social, como parte de las políticas que buscan un balance entre familia y trabajo, o como uno de los mecanismos susceptibles de favorecer la inclusión social.

El análisis del uso del tiempo ha permitido otorgar también valor económico al cuidado y cuantificar su aporte a la riqueza de los países. Ver el cuidado como un trabajo y un derecho replantea definiciones sustantivas del concepto e instala un enfoque nuevo con herramientas propias para medir y entender

(tal es el caso de las encuestas sobre el uso del tiempo) y remite necesariamente a un cuestionamiento de las políticas laborales y de protección social.

En la discusión sobre la protección social debe incorporarse el cuidado como preocupación medular y con principios normativos. Esto obliga a considerar como sujetos de políticas no sólo a las personas que precisan de asistencia en la agenda de las políticas públicas, niños, personas de edad y personas con dependencia, sino también a los actores del binomio necesidad-cuidado, particularmente las mujeres.

En la medida en que las mujeres ingresan al mercado laboral, la población envejece y los arreglos familiares cambian, se tensionan los contratos de género y generación. Frente a estas dinámicas, el Estado debe responder a preguntas claves respecto de cómo distribuye funciones y recursos públicos: ¿Quién sostiene la carga del cuidado, cómo las políticas ayudan a reconciliar trabajo y familia, y cómo los servicios e intervenciones del Estado enfrentan esos cambios?

A futuro

Surge claramente la necesidad de abordar el tema de la división sexual del trabajo, sobre todo en relación con el trabajo no remunerado doméstico y de cuidado como un problema público y no como un problema privado. En primer lugar, porque los hechos relativos al cuidado de los dependientes no son algo propio y exclusivo de la esfera privada, sino que deben formar parte del debate sobre los derechos de ciudadanía y sobre la democracia. En segundo lugar, porque tanto las ciudadanas como los ciudadanos son autosuficientes y dependientes a la vez, por más que haya períodos de la vida en que prevalece la autosuficiencia y otros en los que prevalece la dependencia. La consideración del cuidado y de la dependencia conduce a tener en cuenta que dependemos unos de otros y que todas las personas necesitan de las familias, de la sociedad y de la comunidad, pues éstas les proporcionan soporte a lo largo del curso de la vida. En





tercer lugar, porque siendo las mujeres quienes contribuyen en forma desproporcionada al bienestar social por medio de todos los servicios no remunerados, es justo que se rediscutan y reasignen los presupuestos en aquellas partidas que afectan mayor y directamente a las mujeres, como es el caso del cuidado de las personas dependientes.

La creación de un nuevo contrato de género en el sistema de bienestar no se realizará de forma automática; es un cambio estructural imprescindible y necesita de algo más que voluntad política. Es fundamental una orientación de las políticas públicas hacia el objetivo de modificar la división sexual del trabajo tradicional y establecer como principios básicos de funcionamiento el de la corresponsabilidad. En el ámbito privado, el objetivo es promover cambios culturales que flexibilicen la división sexual del trabajo. En el ámbito público, se trata de impulsar el cuidado como responsabilidad social.

El Estado puede sensibilizar a la población –mediante la educación formal y los medios de comunicación– para apoyar las transformaciones de pautas, costumbres y valores y las subjetividades que demandan la modificación de los contratos de género y generacionales. Se trata, por lo tanto, de promover un nuevo contrato que permita compartir el trabajo asalariado, las responsabilidades familiares y el cuidado de las personas dependientes, el poder y la toma de decisiones, en definitiva compartir la vida.



Bibliografía

- AGUIRRE, Rosario** (2008), “El futuro del cuidado”, *Futuro de las familias y desafíos para las políticas*, Irma Arriagada (ed.), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) / SIDA, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer/ (UNIFEM)/ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- AGUIRRE, Rosario y Karina BATTHYÁNY** (2005), *Uso del tiempo y trabajo no remunerado. La encuesta Montevideo y Área Metropolitana 2003*, Montevideo, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) / Universidad de la República (UdeLaR).
- ARRIAGADA, Irma** (coord.) (2007), “Transformaciones familiares y políticas de bienestar en América Latina”, *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros*, Irma Arriagada (coord.), *Libros de la CEPAL*, N° 96 (LC/G.2345-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), octubre. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.97.
- BATTHYÁNY, Karina** (2009), “Cuidado de personas dependientes y género”, *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay*, Rosario Aguirre (ed.), Montevideo, Instituto Nacional de Estadística (INE)/Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) / Universidad de la República (UDELAR) / Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).
- (2004), “Cuidado infantil y trabajo: ¿un desafío exclusivamente femenino?”, Montevideo, Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional (CINTERFOR) / Oficina Internacional del Trabajo (OIT).
- BATTHYÁNY, Karina, Mariana CABRERA y Lucía SCURO** (2007), “Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006. Perspectiva de Género” [en línea], *Ine.gub.uy*, <<http://www.ine.gub.uy/enha2006/Informe%20Genero%20final.pdf>> fecha: setiembre de 2009].
- CEPAL** (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2008), *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe 2007* (LC/G.2356-P), Santiago de Chile, marzo. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.08.II.G.1.



INE (2008) Uso del tiempo y trabajo no remunerado en Uruguay. Módulo de la Encuesta continua de hogares.

<http://www.ine.gub.uy/biblioteca/uso%20del%20tiempo%202007/Documento%20Uso%20del%20Tiempo%20y%20Trabajo%20no%20remunerado.pdf> en línea. Fecha consulta: setiembre 2009.

MILOSAVLJEVIC, Vivian y Odette TACLA (2007), “Incorporando un módulo de uso del tiempo a las encuestas de hogares: restricciones y potencialidades”, *serie Mujer y desarrollo*, N° 83 (LC/L.2709-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), julio. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.57.

PFAU-EFFINGER, Birgit (1993), “Modernisation, culture and part time work”, *Environment and Planning*, año 26, N° 9, Copenhague.

OIT (Organización Internacional del Trabajo) y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2009), “Trabajo y familia: hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social”. Santiago de Chile.



La complejidad en los Cuidados: una cuestión de responsabilidad social compartida

En este trabajo se trata de colocar elementos que nos permitan debatir sobre *La complejidad del cuidado como valor de la condición humana y como una cuestión de responsabilidad social compartida*. Con ello se pretende, no sólo conocer y poner en práctica estrategias oportunas en referencia al cuidado humano, sino también ver cómo a través de la información obtenida se puede evaluar las potencialidades en el cuidado de la vejez y el envejecimiento.

PROF. MG. TS TERESA DORNELL¹

Nos parece oportuno mencionar que las ideas centrales que aquí se socializan, son la síntesis de discusiones que ha venido desarrollando, en estos dos últimos años, la Red de Envejecimiento y Vejez (REV) en la Universidad de la República, la cual funciona en el Espacio Interdisciplinario (EI).

Asimismo, se convocan reflexiones del Área de Vejez y Envejecimiento de Trabajo Social (AVYTS), del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales. Por eso, se observará que se presenta un sesgo que perfila hacia la temática de vejez.

1 Profesora del Departamento de Trabajo Social y de Nutrición. Integra la Red de Vejez y Envejecimiento. <teresadornell@hotmail.com>



Los Cuidados como Valor Social

Lo primero que nos cuestionamos es por qué estamos hablando de cuidados, por qué se vuelve a enunciar con tanta fuerza en diferentes aspectos de la vida social en el país y en el continente, el tema de cuidados.

Es así que nosotros dimensionamos tres grandes espacios de debate y/ o vectores de análisis. Uno, es el que tiene que ver con lo que se puede llamar la *crisis de las sociedades contemporáneas*, otro que se refiere a la *re-edición de la discusión de la temática* y por último el *cuidado humano como Valor y como Acción*; que se conjugan en una nueva impronta de interpelación sobre las problemáticas del cuidado en los seres humanos y la sociedad en su conjunto.

¿De qué estamos hablando cuando hacemos referencia a la crisis de las sociedades contemporáneas? Se hace en el entendido de comprender, como primer elemento, el *empobrecimiento que estamos viviendo los países* en la región y el mundo. Un empobrecimiento que no es actual, que es histórico, pero que va adquiriendo nuevas formas o nuevas dimensiones o presencias diversas en el espacio de la vida cotidiana, que no pasa solamente por los países más pobres (aquellos que se han denominado del Tercer Mundo), sino que está vinculado a la pobreza de la humanidad.

El segundo elemento en esto de las crisis societales es la *aparición de nuevos mecanismos de exclusión*, no de las exclusiones históricas cuyo correlato central es la expulsión de grandes masas de trabajadores del mundo del trabajo a través de procesos de desafiliación. Hoy, uno de los expositores (Dr. Fernando Tomasina) hablaba de la centralidad del mundo del trabajo que fue una preocupación y una discusión de relieve en la construcción teórica y conceptual del siglo XX, que sigue teniendo vigencia y no está por fuera de la temática que estamos interpelando. Si uno escucha los aportes que hacia la Dra. Karina Batthyány, el tema del trabajo sigue apareciendo como elemento importante a la hora de hablar de los cuidados y de la perspectiva de

género en particular. Se podría decir, entonces, que la aparición de nuevos mecanismos de exclusión, no solamente la exclusión económica, sino la exclusión política, la exclusión social, la exclusión cultural, entran y colocan el tema del cuidado humano desde otro lugar, desde otra perspectiva y aporta otras miradas para el análisis de lo que hoy nos convoca.

El tercer elemento, en relación a la crisis de las sociedades contemporáneas es el *cambio de las estrategias de los países*, entendiendo las estrategias como mecanismos de respuesta frente a las necesidades y demandas que presentan las personas de una sociedad, los grupos poblacionales, ya sea a través de formas organizadas o en forma aislada, y a su vez cómo eso impacta en la vida cotidiana de las personas y sus conglomerados.

Estos elementos, nos permiten enunciar un mapeo de la crisis de las sociedades contemporáneas desde un nuevo lugar de posicionamiento del tema de cuidado, sin desmerecer todo lo que se ha planteado hasta el momento en torno a la temática.

De lo que estamos hablando, en definitiva, es del advenimiento de procesos de inequidad, de la construcción de nuevos formatos de injusticia social, del tema de la desigualdad, no solamente de género, sino vinculado a la desigualdad étnica, a las violaciones según grupos de edades o según las denominadas patologías estructurales: salud mental, discapacidad, privaciones de libertad, que aparecen como temas nuevamente en el debate social y político de nuestro país.

No son problemáticas nuevas, la mayoría de estas preocupaciones tienen una amplia trayectoria de tratamientos distintos en el devenir histórico de la humanidad, pero aparecen metamorfoseadas, con nuevos formatos en sus presentaciones, como en la quimera.

Si centramos este debate en lo que se refiere al ciclo evolutivo de la vida del ser humano, se podría explicitar que en las sociedades contemporáneas existen algunos grupos de edades que preocupan más que otros. Si uno mira el sistema de protec-



ción social e incluso parte de la discusión del Sistema Nacional Integral de Cuidados, se enuncia en el bosquejo (y me parece que es importante) algunas etapas del ciclo vital. Fuertemente aparece la niñez y la vejez, como los puntos extremos del ciclo vital de la humanidad (nacimiento-muerte), sin dejar de hablar de la discapacidad y otros vectores.

Está bien que se haga la centralidad en estos grupos (según edades y/o condiciones), pero el cuidado implica otros aspectos de la *vida cotidiana* que comprende y compromete a todos como personas de una sociedad.

El segundo vector que nos interesa, es el que nos lleva a interrogarnos del *por qué se reedita la discusión del tema del cuidado*. Quizás la reedición del tema de cuidados tenga que ver con la trayectoria que adquirió la preocupación de las condiciones de la humanidad en el siglo pasado y en parte del que estamos viviendo en este siglo, concentrado en el proceso de desvalorización de la vida. Colocándose, entonces, al cuidado humano en un lugar distinto de análisis y discusiones.

El descuido y la desvalorización de nuestra vida y de la vida del otro, desde el punto de vista individual, personal y colectivo, en los conjuntos societales, adquiere otro relieve, otro lugar de ser mirado y cuestionado. No solamente a partir de las desigualdades vinculadas a las diferentes formas de pobrezas (económica, cultural, social), sino en esa construcción que como seres humanos convivimos, sentimos, actuamos y compartimos con el o los otros. Estos componentes se vinculan a la convivencia social, que requiere tolerancia y respeto por el otro distinto, diferente y diverso; la ruptura de los mismos habilita la aparición del crecimiento de la violencia. La violencia no solamente como problema de seguridad ciudadana, sino la violencia entre los grupos humanos, lo que son las guerras internas (guerrillas, saqueos) de los países y las guerras externas (bajo la consigna de preservar la paz, el orden interno, los DDHH). Lo anteriormente mencionado, nos vuelve a colocar nuevamente en el tema del cuidado, pero desde otra mirada, cuestionando el cuidado humano con

respecto al tema de la vida del ser humano, como parte esencial de la existencia y de la evolución más primaria de las personas.

¿Por qué se reedita esta discusión? A fines del siglo pasado (entre los años 80 y parte de los 90), en el mundo y también a nivel nacional se empieza con un sistema organizado y planificado de eventos y/o encuentros de diálogos vinculado al tema de cuidado. Esto se hace notorio cuando empezamos a ver declaraciones universales y nacionales en defensa o proclamas de la reivindicación de condiciones materiales y simbólicas; o sistemas de debate, con respecto a determinadas áreas de saber, o de acumulación, que son objeto de estudio, de acción o de intervención de las profesiones que forma la universidad. Entre ellas, se puede destacar el tema de género, el tema del mundo del trabajo, el tema de infancia, de la salud materno – infantil, el tema de vejez, la discapacidad, la salud mental, entre otros, que aparecen como nuevos ámbitos de interpelación y análisis.

El tercer vector que nos interesa colocar en la discusión es el tema que llamamos el cuidado a partir de dos grandes dimensiones: *el cuidado como valor* y *el cuidado como acción*.

Cuando hablamos del *cuidado como valor*, estamos hablando de la actitud de la humanidad frente al respeto de la vida del otro. Es un posicionamiento ético, que implica aprendizajes mutuos de todas las personas de una sociedad, imprime una nota de especificación al reconocimiento del otro en tanto diferente; cuidando la identidad como diferencia y responsabilizándose ante la diferencia como autenticidad, como posibilidad de creación de valores. El otro diverso, desde el contrato social y la autonomía del sujeto, desde el respeto del otro y de su libertad como límite a la propia libertad. El otro como *alteridad*, implica pensarlo desde la exterioridad libre de toda relación. El otro interpela en cuanto otro exterior; el sujeto es responsable de responder a su llamado. Implica concebir que la libertad propia empieza donde empieza la libertad del otro, lo que habilita a dialogar y a aprender. También obliga a la responsabilidad.



Por eso, el tema del cuidado humano como actitud entra en concordancia y en correlato con el campo ético. El respeto a la vida entendido como el respeto de todo ser humano en la construcción de los derechos humanos. El colocar el respeto en el sentido de la reivindicación de la satisfacción de las necesidades humanas de las personas en una sociedad.

El hablar de la crisis de actitudes vinculada al campo ético coloca también el tema de la autonomía. Generalmente, no aparece el tema de cuidado desde la perspectiva de la autonomía de las personas, sino como grado de dependencia e independencia de las personas. Lo que se quiere poner en debate es la situación de tensión entre una trayectoria de trabajo de las disciplinas o de la interdisciplina de un correlato de proyecto ético-político autónomo o un correlato de un proyecto ético- político heterónimo.

¿Desde qué lugar nos colocamos en el respeto del otro? ¿El otro como sujeto u objeto de estudio o el otro como sujeto de derecho? De eso es de lo que estamos hablando en el campo de la autonomía.

Una persona, según la etapa del ciclo vital en que se encuentre, como es la niñez o la vejez, o según su condición como es la discapacidad o la pérdida de la salud mental, puede ser dependiente, pero siempre tiene autonomía (relativa, según el grado de compromiso de su esfera cognitiva- mental); el resto de los seres humanos, desde que nacemos y si no tenemos algún elemento de patología especial vinculado al campo de la salud mental, somos independientes y por ende autónomos plenamente. No perdemos la autonomía, así tengamos una dependencia vinculada a una discapacidad física, motriz, auditiva, visual, actitudinal.

Cuando hablamos del *cuidado como acción*, el tema coloca los aspectos relacionados a los *vínculos* y a la *implicancia*. Los *vínculos* entendidos como los sistemas de relaciones que tenemos las personas para encontrarnos. El vínculo en el sentido del correlato del lazo social, las formas de redes de sostén, de

mecanismos de sostén que establecemos los individuos desde que nacemos en nuestra trayectoria vital.

El lazo social, como aquel o aquellos procesos vinculares que afectan u operan sobre la persona o su condición micro- social, y que desde este espacio individual- personal- singular, afecta sobre lo social. El lazo social no es unidireccional, sino que debe ser evaluado en relación a otro u otros: cuidado-cuidador o cuidado-cuidador-familia del que es cuidado. El lazo social aparece aquí como la representación inicial de los vínculos primarios, que son los que generalmente se ponen en juego en los mecanismos de relación entre el que es cuidado y el cuidador, entre el cuidado y su familia, entre el cuidador y la familia del cuidado.

El lazo social es la entidad que estructura y da fundamento al fenómeno social entre las personas, por ende contiene la relación social en sí misma y la connotación social de esa relación. Aquí los vínculos sociales primarios no atraviesan a las personas ni los señalan, sino que los rodean, los contienen; las personas no construyen un vínculo social, sino que se instituyen en él, condicionando las futuras relaciones de cuidado. Preservar los lazos sociales aporta al cuidado de las condiciones físicas y cognitivas, manteniendo e incrementando el nivel de autonomía, que le permita superar los límites que se pueden imponer, así como los que la familia, los cuidadores y la sociedad en general le asignen.

Cuidar supone un vínculo, y todo vínculo supone una relación entre dos o más personas, en las que se intercambian afectos. En ese intercambio implica el reconocimiento de las posibilidades y límites del otro, las diferencias entre uno y otro.

En la medida que el vínculo es simétrico respecto al reconocimiento de las diferencias podrá existir un diálogo de respeto de las diferencias y un escenario adecuado para la toma de decisiones que afectan a los integrantes del vínculo. Cuando esto no se da se tiende a una modalidad sobreprotectora en la que se piensa, se siente y se decide por el otro, y no con el otro.





Por esto, el exceso de cuidado en este sentido es un riesgo psíquico para ambas partes. Dado que hay una negación de las necesidades del otro en el entendido de que el cuidador se coloca como el único intérprete válido de la persona cuidada, quien se transforma así, en objeto de cuidado y no sujeto de cuidado.

El cuidado no empieza cuando hay alguna pérdida de algún aspecto de la vida. Tenemos, en esa mirada biologicista o mecanicista o en esa mirada impregnada de un concepto medicalizador, un concepto vinculado al cuidado humano desde la perspectiva patogénica y la reproducimos en nuestras acciones, en nuestras formas de abordar, comprender y actuar en la realidad.

Lo que estamos hablando es, desde una impronta salutogénica, en donde es entendida la salud no como campo o dominio de las profesiones en un área, sino la salud como condiciones subjetivas y objetivas de los individuos en una sociedad, lo cual nos interpela a todos. La salud como el “...**estado de bienestar en la que los individuos manifiestan sus propias habilidades, trabajan productivamente** y son capaces de contribuir al bienestar de la comunidad. Se asocia a la vivencia de **satisfacción tanto material como simbólica**, y se evidencia en la **construcción de vínculos sanos, creativos y solidarios, en la participación real en las decisiones que afectan la vida cotidiana de los sujetos, en la posibilidad de pertenencia, integración y construcción de sus proyectos**. En la práctica cotidiana ello implica un sujeto crítico, reflexivo, pensante, flexible y creativo que sepa construir las estrategias y las herramientas posibles necesarias para enfrentar los procesos y situaciones en forma constructiva y colectiva”.² No es hegemonía de un campo de saber, sino de la complejidad de la construcción colectiva de varios saberes, que se da a través de la evolución histórica de la humanidad.

El otro dispositivo de abordaje es lo que llamamos las *implicancias*. Acá nos referimos a tres tipos de implicancias. El

2 Custo, E. (2008: 21-22). Salud Mental y ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social. Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina.



cuidado humano tiene una implicancia paradigmática, una implicancia simbólica y una implicancia que podríamos llamar pragmática.

La implicancia paradigmática es desde qué lugar estamos definiendo el concepto de cuidado. Si bien el cuidado no es un tema de debate actual, a través de la humanidad si uno lee textos referidos al campo de la filosofía o de la sociología, aparece el concepto de cuidado no como eje central o como *constructo* teórico, pero sí aparece asociado al tema de la condición humana, de la calidad de vida, del bienestar social. Hoy estamos colocando un lugar distinto del cuidado, como un nuevo *constructo* de la realidad que se pueda definir, que se le pueda colocar dimensiones para el debate y la posible acumulación de saberes.

Con el lugar paradigmático de la implicancia, lo que estamos hablando es del reconocimiento de que el cuidado humano es un *constructo* sociohistórico, es un tema que está en debate, habla de la existencia y de la esencia de la humanidad, tiene que ver con los mecanismos de emancipación de las personas. No es un concepto que pueda tener una construcción única, acabada, sino que es inacabable, o sea que su delimitación es infinita y puede tener varias aristas de interpretación.

Cuando hablamos de las implicancias simbólicas hacemos referencia a algo que hoy señaló la Lic. Enf. Pilar González, que es el tema de la alteridad. La relación del cuidado humano siempre implica una relación con el otro y es desde ese lugar que nosotros miramos el cuidado; ya sea desde el ejercicio de una profesión o de la vida cotidiana, que son los dos extremos que ponían en el debate tanto el Dr. Fernando Tomasina como la Lic. Enf. Pilar González en lo que tiene que ver con la perspectiva de la construcción y la Dra. Karina Batthyány, que hablaba de lo que tiene que ver con el cuidado humano desde lo que es lo cotidiano en el orden social.

La implicancia pragmática está vinculada a las formas o a las proyecciones que realizamos del tema del cuidado. Es preguntarnos, el cuidado se piensa desde la perspectiva individual,



desde la perspectiva colectiva o desde la perspectiva grupal, comunitaria y organizacional.

Al hablar del cuidado como acción (no como valor), lo que estamos haciendo es hablar de una construcción que está vinculada a una cuestión política, que está referida a las políticas sociales, a las políticas de Estado desde una cierta perspectiva de responsabilidad no individual, sino colectiva y social; como responsabilidad de diferentes actores.

Lo que estamos planteando, es que nos parece que desde la perspectiva de la acción, desde la intervención de las profesiones, del aporte que podemos dar desde el campo del Trabajo Social y de las disciplinas que estamos en la Red de Vejez en la Universidad de la República, es abordar el tema desde una mirada microsocia y una mirada mesosocia.

La mirada microsocia es el poder aportar a entrar, a interpe ar el tema de los cuidados informales. ¿Qué entendemos por el tema de los cuidados informales y formales? A través de poder proyectarnos el mapeo de cómo son las relaciones familiares, cómo son las redes de amistad, en el entendido de cómo se van presentando a la hora de la construcción social todo lo que tiene que ver con el lazo de la vida social. Estamos hablando de hacer la cartografía familiar, de los grupos de pares, del lugar de las redes de sostén, lo **que se llama el lazo social desde la perspectiva del socioanálisis, o sea, de los mecanismos vinculares existentes.**

En la mirada mesosocia hablamos de cómo poder diagramar, cuáles son las relaciones más complejas de esos grupos, en el entendido no solamente de la amistad, sino también de los espacios de trabajo que tuvimos o que dejamos (pensando en la vejez), en los espacios barriales, en las comisiones de base, en los formatos de agrupamiento, lo que **llamamos las redes sociales desde la perspectiva de las teorías de lo local y lo territorial, o sea, el entramado y encrucijada de soportes comunitarios.**

Lo que queremos decir, como reflexión final, es que el tema del cuidado no nace en determinados grupos de edades, sino que tiene que ser una postura de vida. Desde que nacemos tenemos que cuidarnos, si no tenemos que retomar al tema (como el Dr. Fernando Tomasina presentó) que es quién cuida a quién. Uno, desde que está en el espacio del ámbito primario (la familia) aprende una serie de elementos salutogénicos vinculados a la prevención y promoción de salud, hay elementos que tienen que ver con la educación para la vida. El tema del cuidado tendría otra proyección en todos los ámbitos, porque eso después lo reproducimos en nuestras relaciones primarias, desde que entramos en la escuela, lo reproducimos en el mundo del trabajo y en las relaciones sociales que tenemos.

Desde esa perspectiva es que colocamos el tema del cuidado, no como una acción práctica solamente, sino también como un valor intrínseco en la evolución de la humanidad.

Muchas gracias.





El cuidado humano en riesgo de extinción

Reflexiones en torno a la Psicología y el cuidado humano

La ausencia de cuidados precipita en procesos de exclusión social y en inequidades de género en el mundo de lo privado. La psicología y las disciplinas que se ocupan de lo humano, desde un lugar de implicación turbulento, pueden mantener las relaciones de poder vigentes con cuidados compensatorios o pueden promover una nueva generación de derechos de ciudadanía. Las reflexiones que siguen muestran las tensiones que se presentan en la formación de psicólogos en el Uruguay.

PROF. ADJ. PSIC. GUSTAVO DANIEL CONDE¹

La relación entre cuidado humano y ejercicio/ perspectiva profesional

En la medida de la heterogeneidad de prácticas y teorías que se han desarrollado en torno a la construcción del objeto de estudio de la psicología y sus métodos, podemos afirmar que, en el ejercicio profesional, no existe una perspectiva única en torno

1 Psicólogo y Socioanalista. Diploma de Especialización en Derechos de Infancia y Políticas Públicas y en Derecho Parlamentario. Investigador y Profesor Adjunto del Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología de la Udelar. gconde@psico.edu.uy



al cuidado humano. Sin embargo, creemos que, en general, la psicología ha estado ligada a prácticas que se relacionan con el sufrimiento psíquico. Situaciones en las que el cuidado humano no existe, ha fallado (enfermedad mental, abandono, catástrofes naturales, conflictos sociales, discapacidades), que es necesario reparar, restaurar un equilibrio perdido, o modificar condiciones que afectan a las personas. Como puede apreciarse no nos remitimos sólo a una perspectiva individual, sino también grupal, institucional, comunitaria.

Las diversas escuelas o teorías psicológicas construyen prácticas profesionales que pueden visibilizar una dimensión (individual, grupal, institucional, comunitaria) más que otras. Asimismo, la multiplicidad de prácticas ha hecho difícil ubicar a la psicología en el área de la salud o en el área de lo social. Sus desarrollos están ligados a la educación y el desarrollo humano, al trabajo, la clínica y la promoción de salud, al deporte, al marketing, a la comunicación y al área forense. Esta nómina no pretende ser exhaustiva ya que seguramente sería una tarea imposible.

Sin perjuicio de lo anterior, en el Uruguay, históricamente, las prácticas psicológicas se desarrollaron con gran énfasis en el campo de la educación y en el campo de la salud mental.

En las últimas décadas pueden observarse derivas importantes en las instituciones y en el ámbito comunitario. También es relevante el aporte de la psicología en el marco de las políticas públicas, así como las intervenciones en situaciones de desastres naturales (inundaciones, etc.), o en el marco de los derechos humanos, incluyendo las consecuencias del terrorismo de Estado.

Este contexto de diseminación y expansión de las prácticas psicológicas, hace difusa la significación del cuidado, así como también la capacidad de analizar sus diversas modalidades de expresión, en las intervenciones de los psicólogos y las psicólogas.

No disponemos de una “teoría general del cuidado” que pueda permear la reflexión particular de todas las psicologías y que,

por lo mismo, atraviase las prácticas más frecuentes que de estas diversas escuelas se derivan.

Probablemente (eso pretendemos), esta comunicación sea un pequeño aporte en la línea de pensar el cuidado humano desde la psicología. Sólo un paso en un largo camino que resta por recorrer.

El desvalimiento como condición y el cuidado como posibilidad

La psicología trata de los sujetos, pero entendiendo a éstos como construcciones histórico sociales. En cada sujeto la cultura se recrea a sí misma por tanto lo esencial es su inacabamiento, su neotenia (Lapassade, 1974), o como dice de Gaulejac: “el individuo es producto de una historia de la cual intenta volverse el sujeto”.

Los procesos de subjetivación que hacen posible al sujeto están más allá de cada subjetividad. Se construyen a partir de un espacio intersubjetivo (construido siempre entre subjetividades), a partir de las significaciones sociales imaginarias disponibles en cada sociedad. Esto, que parece muy teórico, no significa otra cosa que lo propio del ser humano es la dependencia de la especie. No sólo por los cuidados primarios para la supervivencia sino porque para adquirir la cualidad de lo humano es necesaria la relación con otro humano.

Un clásico fundador de esta concepción es René Spitz (1963). En sus investigaciones en 1947 pudo apreciar que entre un 40 y un 80 % de los niños ingleses traumatizados por los bombardeos de Londres murieron a pesar de estar biológica y neurológicamente sanos y de ser alimentados por adultos en instituciones. Lo mismo es posible observar en niños abandonados (Cyrulnik, 2004). Los avances de las Neurociencias hoy permiten confirmar que la discusión entre lo innato y lo adquirido ha quedado totalmente superada. Existen estudios que llevan a afirmar que el hombre no está siquiera determinado genéticamente (Cyrulnik, 2004).





Desde la perspectiva de la psicología entonces, es posible concluir que el cuidado humano es fundamental para garantizar la construcción de subjetividad que da origen a un sujeto. Todo el proceso de desarrollo de un niño, pero también las vicisitudes de la vida y la pérdida eventual de la autonomía, por diversas razones, vuelven a actualizar la imperiosa necesidad del cuidado para garantizar la salud física y psíquica de las personas.

La política del cuidado, del mundo de lo privado a la esfera de lo público

Si realizamos un recorrido histórico, vemos que el cuidado en la modernidad estuvo garantizado por la mujer y por las relaciones de cercanía (comunitarias) aunque el Estado protegiera a las personas y sus bienes.

Hoy existe una mayor visibilidad de la problemática del cuidado, tanto en el ámbito académico como en la sociedad organizada, es por ello que se trata de crear un sistema integrado y nacional de cuidados.

Reconocer que el cuidado de la vida humana entraña un trabajo que debe entenderse como una responsabilidad social, no adscripta a ningún sexo en particular, implica establecer la corresponsabilidad del Estado, la sociedad y las familias para garantizar el cuidado de las personas y, fundamentalmente, de aquellas que tengan una situación de dependencia (niños, discapacitados, enfermos y adultos mayores, etc.).

Sin embargo, nos encontramos en un momento histórico de “crisis de las protecciones” y de aumento de las incertidumbres.

La “mundialización de los intercambios y la exacerbación de las competencias” (Castell, 2004) imponen la movilidad de la fuerza de trabajo y al individualismo como imperativo de “hacerse cargo” de sí mismo.

En nuestro país y en el mundo entero, la fragmentación social y la segmentación territorial son signo de los procesos de exclusión social de amplios sectores de la sociedad.



Existe una paradoja entre la pretensión de alcanzar el reconocimiento de nuevos derechos para construir una política pública en torno a un sistema integral de cuidados y los derroteros socio históricos del mundo actual.

En un trabajo anterior, a partir de la experiencia acumulada en el área de la educación, describimos lo que denominamos el “Efecto Reimmer” (Conde, 2009). Es un esfuerzo por describir la cartografía de la exclusión y la ausencia de cuidados en importantes sectores de niños y niñas del Uruguay, que se muestra como un analizador en los centros educativos. En esa oportunidad intentamos demostrar que existe una hipertrofia de cuidados compensatorios que nuestras disciplinas (la psicología, el trabajo social, la sociología y la psiquiatría entre otras) construyen con sus intervenciones. Sin pretenderlo, son prácticas que consolidan el lugar subjetivo de la exclusión de aquella población infantil que ha sido fragmentada en lo social y segregada en lo territorial.

Cuidado o vigilado

En referencia a las prácticas profesionales es necesario distinguir aspectos que pueden confundirse o estar relativamente indiscriminados.

Acordamos con la necesidad del cuidado humano para la aparición de un sujeto con autonomía progresiva y capacidad de transformarse a sí mismo y a su entorno. Ahora bien, no debemos olvidar las tecnologías del cuidado que surgen como necesidad de vigilar a efectos de mantener y perpetuar las relaciones actuales de poder.

Todas nuestras disciplinas (en el área de la salud y en el área social), se despliegan en una tensión permanente que requiere un análisis de las implicaciones y los encargos sociales que promueven el disciplinamiento y el control.

Perspectiva conceptual sobre “cuidado”, ¿qué se entiende por cuidar?

El cuidado puede adquirir múltiples significaciones para la psicología o las psicologías y pueden depender de la concepción de salud y enfermedad que se sustente o de las concepciones de hombre y del mundo que, aunque implícitas, alimenten las prácticas profesionales. En este sentido, cuidar puede significar adaptar a la realidad para disminuir el sufrimiento que produce lo social o buscar crear las condiciones para transformar la realidad.

Pueden describirse tres formas de sufrimiento: un sufrimiento que ayuda a vivir; un sufrimiento que empieza a impedir vivir; un sufrimiento que impide sufrir, luego vivir. (Furtos, 2004). En este sentido, si bien la psicología se acerca al cuidado a través de su preocupación por el sufrimiento psíquico, esto no implica que se piense a la salud mental como ausencia de sufrimiento. Es más, la incapacidad de sentir el sufrimiento puede entenderse como signo de enfermedad.

Hoy se han abandonado las ilusiones de la posguerra, cuando la OMS definía a la salud como el completo estado de bienestar bio-psico-social. Este estado tan inalcanzable e impensable en el mundo actual, ha sido sustituido por enunciados más realistas y en lo que refiere a la salud mental algunos autores han buscado definiciones que puedan orientar las prácticas profesionales y las intervenciones clínicas de la psicología y la psiquiatría.

Para mostrar este proceso histórico y la diferencia de concepciones que luego derivan en intervenciones disciplinarias diversas, tomaremos una definición de salud mental de principios de este siglo:

“Una salud mental lo suficientemente buena se define por la capacidad de vivir y de sufrir en un entorno dado y transformable sin destructividad pero no sin rebelarse.”

Esto se reduce a insistir en la capacidad de vivir con otro y de permanecer vinculado consigo mismo, y poder investir y crear

en este entorno, incluyendo producciones atípicas y no normativas. (Jean Furtos, 2004)

Los desafíos disciplinarios para la enseñanza y los aprendizajes en torno a los “cuidados”

Para hablar de estos desafíos es necesario recurrir a los elementos presentes en la formación de psicólogos que contribuyen a consolidar la enseñanza y a promover el aprendizaje de los cuidados, desde la perspectiva que hemos definido.

Aspectos éticos

El amor y, particularmente la ternura puesta al servicio de los procesos de intervención desde la psicología, no han sido objeto de debate en el Uruguay. Sin embargo, hay algo que sobrepasa a las prácticas extendidas en los grupos de auto ayuda y en las comunidades de vida. Para el ejercicio de la psicología se requiere el descentramiento de las necesidades propias y la capacidad de empatía con el otro (persona, familia, grupo, institución, etc.).

En este sentido, hablando sobre la ética, Fernando Ulloa señala: “la empatía como condición que deriva de la ternura garantiza el suministro adecuado (calor, alimento, arrullo, comprensión, palabra). Tener miramiento es mirar con amoroso interés a quien se reconoce como sujeto ajeno y distinto de uno mismo. El miramiento es germen inicial y garantía de autonomía futura del infante.”

En la Facultad de Psicología existe una influencia muy importante del pensamiento de José Luis Rebellato, que se expresa en múltiples espacios de formación, particularmente en el incipiente Instituto de Psicología de la Salud. En el documento fundacional elaborado se explicita con claridad que de la tradición de la psicología universitaria, este Instituto, se nutre de: “una concepción de Ser Humano como “ser inconcluso”, histórica, social y culturalmente determinado, producto y productor de su propia realidad y de su subjetividad como producto de sus prác-





ticas sociales. Concepción consistente en una ética como praxis de la constitución del sujeto: modelo de la autonomía (Rebellato y Giménez, 1997).” También importa señalar el enfoque crítico alternativo del profesor Juan Carlos Carrasco, que en el mismo documento se señala que determina una forma de hacer y de transmitir la psicología, tomando al ser humano y su entorno desde una postura ética.

No puede existir una enseñanza del cuidado humano sin la discusión de los aspectos éticos en juego. Por lo mismo, insistimos en que las intervenciones en torno a los procesos de exclusión social de vastos sectores de la población no sólo aportan a la pertinencia social de la producción de conocimientos académicos en la UdelaR. Al mismo tiempo, constituye una responsabilidad que se visibiliza al reflexionar sobre el cuidado humano.

Investigación Acción Participativa

En el campo de la Investigación esta concepción impulsa la tradición latinoamericana de la Investigación Acción Participativa, tomando la experiencia nacional y los aportes de Maritza Montero (2002). Desde la noción de cuidado que estamos delineando creemos que la Investigación Acción Participativa (IAP) es la modalidad más adecuada para promover movimientos instituyentes que tiendan a modificar la realidad. Existe un fuerte trabajo ideológico y político para poder definir la relevancia de la participación de los involucrados, de los equipos de investigación y de la articulación entre el mundo académico y los agentes sociales. Es la modalidad de investigación que impulsamos en la UdelaR para contribuir a la transformación de la realidad y a la desnaturalización de los procesos de exclusión social

Interdisciplina

La interdisciplina es impulsada desde múltiples instancias de formación de la Facultad, en nuestro caso entendemos que superar la fragmentación de la realidad, construida por los distintos saberes es necesario para ampliar el campo de análisis. Un



error frecuente de las disciplinas “psi” es usar la misma “escala de análisis” para fenómenos que se producen en distintas dimensiones de lo humano. José Perrés afirma que “no podemos entender la sociedad, la guerra, los fenómenos institucionales, grupales, etcétera, partiendo solamente de lo individual” (Perrés, 1997).

En nuestra tarea docente hemos recurrido al concepto de “complementariedad multirreferencial” que Perrés elabora a partir de los desarrollos de Devereux, Morin, Ardoino y Kaës. Este enfoque implica conjugar nociones y conceptos de diferentes campos referenciales sin confundir las escalas de análisis, como forma de abordar los fenómenos complejos y opacos, cuando las fronteras entre campos del saber se desvanecen. En este sentido, será necesario analizar permanentemente, los encuentros y desencuentros de las miradas disciplinarias para construir un saber interdisciplinario.

Por otra parte, nos parece, que una idea interdisciplinaria sólo es posible crearla a partir de la experiencia. Con ella se expresa un sentido de construcción a partir de los pliegues de los saberes disciplinarios. Los dispositivos de intervención operan a partir de un campo de análisis siempre provisorio. Estos se construyen a partir del no saber que se impone cuando nos enfrentamos con algún aspecto de la realidad, en la práctica profesional. Un dispositivo condensa entonces, una complementariedad multirreferencial (Perrés, 1997), de diversas nociones que lo configuran, pero no se legitima por su doctrina, sus saberes o el número de disciplinas intervinientes. Se legitima por las aperturas que ofrece a lo posible.

Intervenir en el sentido del cuidado humano requiere una perspectiva interdisciplinaria, ya que desborda los límites disciplinarios.

Análisis de la implicación

El trabajar sobre el cuidado, requiere como dijimos antes, un análisis permanente de la implicación, este concepto que



proviene del análisis institucional lo hemos incorporado en las prácticas docentes.

Desde la figura del taller, en los dispositivos grupales apuntamos a construir una didáctica de la implicación. (Conde 2007). Para iniciar a los estudiantes en la investigación ha sido fundamental disponer de dispositivos pedagógicos grupales que brinden un espacio colectivo para el análisis de la implicación. En este sentido, pensando en el recorrido realizado en la tarea docente, fueron las reflexiones realizadas en estos dispositivos grupales y el trabajo sobre la implicación del ejercicio profesional, lo que desembocó en la investigación en torno a los procesos de exclusión social y sus consecuencias en la práctica de la psicología y de los psicólogos. En particular, cabe señalar la investigación sobre la inserción de los psicólogos en el sistema educativo.

Aprendizaje grupal y matriz social de la actitud psicológica

El aprendizaje del cuidado humano requiere el tránsito por dispositivos grupales de formación.

La propuesta de grupos de formación tiene múltiples referentes históricos y teóricos que no corresponde abordar aquí. Sí vale la pena señalar por su pertinencia para la formación en torno a los cuidados, que junto con la interdisciplina, el análisis de la implicación y el pasaje por prácticas profesionales tuteladas, el aprendizaje grupal es central para desarrollar una actitud psicológica y trabajar la síntesis entre un paradigma de la conservación que aísla (individuo-palabra-pasado) y un paradigma del cambio (grupo-acción-futuro), de la transformación y el aprendizaje (Moffat, 2007). La alternancia de ambos solo es posible en los dispositivos grupales y colectivos.

El Plan de formación de psicólogos, desde 1988, dispone de un ciclo de talleres que se propone a los estudiantes en forma obligatoria y que acompaña los cinco ciclos de cursada. En mi

trabajo docente he participado desde la fundación de los talleres de primero (1988) y quinto (1995).

Como profesor adjunto, actualmente soy responsable del equipo docente que implementa los talleres de quinto ciclo y coordino la pasantía “El taller y el trabajo grupal” que, desde el 2006, se instrumenta con estudiantes que realizan un trabajo de campo en las formaciones grupales de taller de primer ciclo. Estudiantes que desean formarse en la docencia universitaria y en la coordinación de talleres.

De lo anterior surge que en la Facultad de Psicología existe una larga experiencia en privilegiar el aprendizaje grupal.

Entendemos que la matriz de identidad de cada sujeto la constituyen las formaciones grupales por las que transita, desde la familia en adelante. Como señala Moffat (2007:7), “uno no puede singularizarse si no es en un grupo”. Confrontarse con otros –como hacemos en esta mesa– es lo que pueda darnos la verdadera dimensión de quienes somos. Ese conocimiento de sí es una herramienta fundamental para la futura práctica profesional y para trabajar en el sentido del cuidado humano.

La Facultad de Psicología toma núcleos de problemáticas significativos en los diferentes momentos de la formación. Al ingresar se propone como eje trabajar las expectativas y fantasías en torno a la enseñanza universitaria, el trabajo de los psicólogos y la psicología. En segundo se insiste sobre las nociones de salud y enfermedad y en tercero sobre los modelos identificatorios. En todas los Servicios universitarios se ofrecen modelos de identificación que son incorporados por los estudiantes, por lo mismo se trata de darles visibilidad y problematizarlos en los talleres. En los últimos años, con la inserción en servicios y pasantías, se profundizan las reflexiones en torno a la ética que atraviesa prácticas preprofesionales tuteladas. En el último año del grado (quinto ciclo) se propone trabajar sobre el egreso, la identidad profesional y la inserción laboral.





En la pasantía “El taller y el trabajo grupal” la práctica de la observación y la coordinación de grupos de estudiantes, intensifican el aprendizaje de una actitud psicológica, que entendemos imprescindible, para la intervención desde la psicología con esta concepción del cuidado humano que levantamos.

En todos los talleres se contribuye a desarrollar los atributos que integran lo que llamamos la actitud psicológica. Esto es parte del aprendizaje, desarrollar los siguientes componentes: a) la capacidad de escucha o de resonancia: dejarse penetrar por el discurso del grupo y generar un espacio interior de análisis para tomar distancia de lo que se está diciendo, b) la discriminación: tener la capacidad de alternancia, de identificar los lugares y posiciones que ocupan los integrantes del grupo y saber qué se siente en esa posición o rol, c) la continencia: capacidad de comprender, elaborar las ansiedades propias y percibir la de los demás, d) el descentramiento de la propia necesidad: aprender a posponer los deseos propios y desarrollar cierta tolerancia a la frustración, e) la capacidad de integración: aprender a problematizar las situaciones y no caer en los dilemas o en discursos totalizantes, buscando los sentidos posibles de las acciones y las diferentes teorías y técnicas que se incorporan durante la formación, f) la capacidad lúdica y el sentido del humor: hacer ciencia y ser psicólogos o psicólogas es un juego serio y creativo que sólo es posible si aprendemos jugando con imágenes internas y externas y a reírse a pesar de la intensidad de los afectos en juego, g) la capacidad de dudar y de tener desconfianza de si mismo: no encerrarse en lo que se sabe, en las certezas y promover la crítica y la autocrítica.

Método clínico

Otro aspecto de la formación que contribuye a crear una sólida caja de herramientas para aprender a cuidar desde la psicología, lo constituye el método clínico.

En la formación de psicólogos tenemos una tradición que proviene de la psicología social que inaugura Pichon Rivière. El trabajo con grupos e instituciones fue continuado luego por

José Bleger y hasta nuestros días por Alfredo Moffat. Sin olvidarnos de estos autores, el aporte que desde la década de 1960 realizó Fernando Ulloa ha sido fundamental para la formación de psicólogos.

El método clínico en Uruguay es tomado por diversas áreas y servicios de la psicología universitaria. Víctor Giorgi (2006), en un trabajo sobre la producción de subjetividad en la exclusión señala que el método clínico en la praxis de los equipos que trabajan con poblaciones de excluidos promueve el autocuidado en la medida que los cuatro momentos (ver, sentir, pensar y actuar) que propone Ulloa nos permiten abordar la complejidad de las situaciones así como la autocrítica permanente.

A los aportes de Ulloa para la docencia en los talleres, hemos incorporado la reflexión de Claudine Blanchard en torno a la relación con el saber y su distinción entre el enfoque clínico y el enfoque pedagógico en la formación universitaria.

Dice Blanchard: “La relación con el saber, es un proceso de producción de saber para pensar y para actuar. Un proceso que pone en juego a un sujeto que desea en dimensiones conscientes e inconscientes, con sus inhibiciones y sus momentos creadores. Un sujeto que no solo está sujeto sino que es autor de su propio ser. Tratamos de comprender la articulación de este sujeto que desea saber, o no saber, con dimensiones grupales o sociales.”

En los talleres hemos descrito las características que nos llevan a afirmar que estos espacios constituyen dispositivos pedagógicos que promueven el enfoque clínico en la medida que docentes y estudiantes se modifican juntos en el marco de una situación de implicación. (Frechero, Conde, Grieco: 2000). La intervención del docente se realiza a partir de una comprensión profunda de la situación educativa concreta y las instancias de aprendizaje deben propiciar un proceso de autorregulación en los estudiantes.

En este sentido, desde el lugar de los estudiantes entonces, ser sujetos de la acción implica establecer un vínculo creativo



con el mundo, apropiarse de la realidad vivida para transformarla y transformarse. Esto se logra incluyendo como aprendizaje, los obstáculos y ansiedades emergentes debido a la desestructuración de lo previo, de lo ya poseído y conocido, integrando la palabra, el sentir y el hacer.

A modo de primera síntesis, de lo expresado hasta aquí surge que:

- No existe en psicología una perspectiva única en torno al cuidado humano, permaneciendo en un terreno de descuido teórico.
- Las demandas a las psicologías y a los psicólogos se activan cuando los cuidados han sido fallidos por alguna razón.
- El encargo social sobre el cuidado humano es un analizador de las inequidades en las relaciones de género en el mundo de lo privado.
- La naturaleza del cuidado humano es secundaria a la condición de inacabamiento del ser humano.
- Lo anterior es una condición universal pero en la actualidad podemos observar innumerables ejemplos de ausencia de cuidado que precipitan en procesos de exclusión social. Analizador de un proyecto político de autoinstitucionalización de la sociedad que pone en tensión los saberes disciplinarios.
- El encargo social a las disciplinas implícito en las demandas de intervención en torno a los cuidados requiere un análisis permanente de la implicación para no quedar inmersos en procesos de exclusión social.
- Las políticas públicas que intentan avanzar en torno a la institucionalización de nuevos derechos de ciudadanía se confrontan con la situación de precarización de los vínculos y de las redes sociales y con el agotamiento de los sistemas clásicos de protección social basados en el trabajo.



- La psicología, desde una concepción de salud mental y desde una ética de la transformación, dispone de dispositivos pedagógicos grupales que permiten incorporar una actitud psicológica y un método clínico para operar sobre la realidad. En lo epistemológico la complementariedad multirreferencial y en el campo de intervención el trabajo interdisciplinario son herramientas imprescindibles. Del mismo modo, las metodologías relativas a la Investigación Acción Participativa, en el ámbito comunitario, nos garantizan un abordaje adecuado desde la perspectiva del cuidado humano.

Sin duda el diálogo con otras disciplinas fortalecerá desde la diferencia, la producción de saber para seguir aprendiendo el arte de cuidar.



Bibliografía

- CASTEL, Robert.** 2004 (2003) La inseguridad social. Bs. As. Argentina. Manantial
- CONDE, FRECHERO, GRIECO.** (2000) El dispositivo de taller. Entre la complejidad y la multirreferencialidad. En XIV Congreso Latinoamericano de Psicoterapia Analítica de Grupo: "Conceptualizaciones desde la Práctica". Tomo I. Montevideo. FLAPAG
- CONDE, Gustavo Daniel** (2009) "El 'efecto Reimer' y la autodisolución de la escuela". En: Revista Educarnos. N° 4 - Uruguay, Págs. 29-31. ISSN: 1668-4345
- CONDE, Gustavo Daniel** (2007) "Investigación y didáctica de la implicación en la formación de psicólogos en Uruguay". Presentado en el encuentro "Pedagogía 2007". Publicado en versión electrónica, circulación restringida. La Habana, Cuba.
- CONDE, Gustavo Daniel et al** (2008) La Formación en Taller, Transversalidad en acción. Co autor. ISBN: 978-9974-8126-5-9 Montevideo. Uruguay. Psicolibros. Waslala - Facultad de Psicología.
- CYRULNIK, Boris** 2004 (2003). La construcción de la resiliencia en el transcurso de las relaciones precoces, en El Realismo de la Esperanza. Barcelona - España, Editorial Gedisa.
- FASSLER, Clara** (Comp) (2009) Hacia un sistema nacional integrado de cuidados. Montevideo. Red Género y Familia, UNFPA. Ediciones Trilce.
- FURTOS, Jean, LAVAL, C.** (2005) Introduction Souffrir sans disparaître, En "La santé mentale en actes. De la clinique au politique". Paris Editions érès.
- GIORGI, Víctor** (2006) Construcción de la subjetividad en la exclusión. En Drogas y Exclusión Social. Montevideo ENCARE- RIOD (Nodo Sur) - JND
- LAPASSADE, George.** 1973 (1963) La entrada en la vida. (Madrid, Editorial Fundamentos)
- MOFFAT, Alfredo.** (2007) Terapia de Crisis. Bs. As. Argentina. Alfredo Moffat.

MONTERO, Maritza. (2002) Hacer para transformar. El método de la psicología comunitaria. Bs. As: PAIDOS

PERRÉS, José. (1997) Hacia nuevas reflexiones en torno a la complementariedad multirreferencial. Ponencia en Coloquio Internacional de Sociología Clínica e Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales (Cuernavaca, UAM Xochimilco) Inédito.

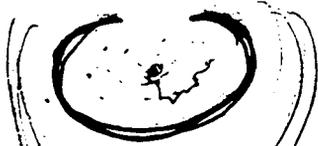
REBELATO, José Luis (1995) La encrucijada de la ética. Neoliberalismo, conflicto Norte-Sur, liberación., Montevideo: NORDAN-COMUNIDAD, 2008.



CUIDAR NO ES ABOGAR

EL OTRO

INDIGENAS



CUIDAR LA DIFERENCIA

SOSTEN

CUIDARNOS

CUIDAR ES ESCUCHAR

HUMANIZADO

¿COMO CUIDAR SI NO TUVIERAMOS CUIDADOS?

NECESITAMOS SER CUIDADOS

CURAR/CURCO/CURITA/CUNA/
"CURITIBA" ES ALGO MAS QUE UNA CIUDAD"

TRANSFORMACION



¿Qué es para ti el cuidado humano?

Ante la consigna: “Te invitamos a que expreses (en forma anónima) con palabras y/o dibujos qué es para ti el cuidado humano”, asistentes a la Mesa Debate plantearon:

Cuidado de uno mismo pero también del resto, del entorno, de la naturaleza. Cuidado exterior e interior del ser humano. Lo realizamos como una necesidad, pero que nos produce bienestar, placer, goce. Necesidad de ser cuidado.

*
Amar, dar y proteger la vida, facilitar, desarrollar.

*

- Cuidar es dar apoyo para que las personas puedan satisfacer sus necesidades en forma adecuada a las circunstancias y progresivamente, haciendo por el tanto que no este en condiciones de autocuidarse



Cuidar es acompañar, ayudar y en algunas profesiones es el eje de su esencia. El cuidado se brinda a toda persona enferma o sana potenciando sus aptitudes.

Ceo que el cuidado humano ~~trata~~ es sobre todo tratar con respeto al otro y de forma ética. Teniendo en cuenta como profesionales y como seres humanos también, que nosotros producimos un cambio en el otro.



Es defender la dignidad, es escuchar, es tratar de entender la mirada, es mirar hacia fuera y hacia adentro de uno mismo. Es escuchar y atender los pedidos que se ven pero también los secretos. Es cuidar del entorno, los afectos, es cuidar la carne pero también el (...) Es sentirte que vas en un camino donde a pesar de las vicisitudes uno puede salir indemne, cuidar y ser cuidado.



Dignidad y respeto.



VALOR SOCIAL, CONVENCIO-
ARTE

Cuidar no es ahogar. Indefensos. El otro. Cuidar la diferencia. ¿Cómo cuidar si no fuimos cuidados? Sostén. Cuidarnos. Cuidar es escuchar. Humanidad. Necesitamos ser cuidados. Transformación. Curar/cuco/curita/cuna/”Curitiba es algo más que una ciudad”.

*

El poder mantener el bienestar de la comunidad desde un aporte de igualdad de partes, buscando propiciar la autonomía de todos los integrantes del grupo.

*

Cuidar es dar apoyo para que las personas resuelvan los problemas para satisfacer sus necesidades básicas en forma adecuada a las circunstancias y progresivamente, haciendo por él lo que no esté en condiciones de autocuidarse.

*

Si el cuidado reconstruye el deseo a ampliar ese conocimiento e la fue dia a dia los hacen. No solo los técnicos y profesionales -



Considero que el cuidado humano debe integrarse en lo personal, social, laboral y profesional desde la más tierna infancia. Debe ser culturalmente enseñado y aprendido. El amor es un sentimiento estructurante y fomentador del desarrollo de las máximas potencialidades de un individuo, como tal, como parte integrante de una familia y de una comunidad. Se debe aportar siempre al desarrollo integral y al bienestar integral, o sea bio-psico-social. Para cuidar hay que querer cuidarse. De esa manera podremos llevar a cabo los distintos aspectos de nuestras vidas con armonía, con satisfacción y también con plenitud. Se debe construir desde el nacimiento, primero a nivel familiar (o por lo menos es lo deseable), en la evolución a nivel social.

Es la práctica de enseñar
- de enseñarnos entre todos/as
a "SER" ... ; (todos/as debemos
cuidarnos.)
seres humanos
con el deber y
el derecho de ser felices.
la perspectiva
(4) Práctica en ~~la perspectiva~~ kantiana, →
(al dorso)



Servicio, cooperación, sentimiento, compromiso, actualización.



DIGNIDAD Y RESPETO.

Si el cuidado se construye el desafío es ampliar esa construcción a los que diariamente lo hacen. No solo los técnicos y profesionales.

*

Valor social, colectivo, arte.

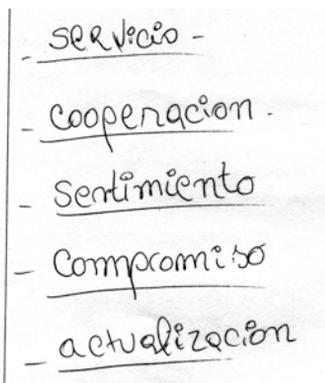
*

El autocuidado es quererse, tener en cuenta las necesidades propias y las de los demás. Esta instancia forma parte del cuidado humano.

*

No me queda claro realmente qué es el cuidado humano. Se debe a que lo pienso de (...) Cuidado como forma de control, o incluso control como forma de cuidado. Controlo al niño para que no se haga daño, lo cuido. Pero también cuido ante una enfermedad, cuido a alguien que dice algo “extraño” o se comporta de forma “muy activa”, ¿lo cuido o lo controlo? Por otro lado, si es un joven “excluido”, ¿lo cuido o lo controlo?

*

- 
- servicios -
 - Cooperación -
 - Sentimiento
 - Compromiso
 - actualización





Como también nosotras/os como cuidadores ejercemos violencia sobre las personas a las que en teoría deberíamos cuidar.

Ej: Equipo de salud sobre las mujeres embarazadas en esa etapa tan importante que es el traer un ser humano a este mundo.



Creo que el cuidado humano debe darse en todo momento de la vida. Cuando decimos “cuidado humano” nos viene a la cabeza personas enfermas. Creo que el cuidado humano es una actitud que debe darse en todo momento de la vida y del desarrollo. No solo en determinado momento.



¿El cuidado humano? Es la práctica (práctica en la perspectiva kantiana, no denominamos **práctica** a cualquier ocupación, sino a la realización de un fin pensando; así **Kant articula práctica y teoría**) de enseñar, de enseñarnos entre todos/as a “ser”...(todos/as debemos cuidarnos) seres humanos con el deber y el derecho de ser felices.



amar, dar y proteger la vida
facilitar desarrollo

salud, deporte, afecto, dignidad, calidad de vida, bienestar, capital social.



El cuidado humano es el acompañamiento, algo del orden de la protección, el sostén. Si lo dibujara pondría unas manos.



Salud, bienestar social, estar en acuerdo con todo lo que lo rodea tanto sociedad como el medio ambiente, al bienestar se llega llevando a cabo un buen cuidado humano.

COMO TAMBIEN NOSOTRAS/OS
COMO CIUDADANOS EJERCEREMOS
VIOLENCIA SOBRE LAS
PERSONAS A LAS QUE EN
TEORIA DEBERIAMOS
CUIDAR
ES:
EQUIPO DE SALUD SOBRE LAS
MUJERES RUPANAS EN
ESA ETAPA TAN IMPORTANTE
QUE ES EL TRAER UN SER
HUMANO A ESTE MUNDO





Creo que el cuidado humano es sobre todo tratar con respeto al otro y de forma ética. Teniendo en cuenta como profesionales y como seres humanos también, que nosotros producimos un cambio en el otro.



Cuidado: son todas las actividades que se realizan por parte de una persona para elevar su bienestar psico-bio-social. Con respecto a cuidados humanos serían esas actividades desempeñadas por distintas personas y orientadas al paciente en el caso de las disciplinas médicas y de enfermería.



