

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST-GRADO

**Reflexiones sobre el cuidar-cuidado de enfermería :
estudio etnográfico en enfermeras docentes de la
Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

TESIS

Para obtener el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud

AUTOR

Sherin Luz Krederdt Araujo

Lima – Perú

2006

JURADO DE SUSTENTACION

Dr. Salomón Wilfredo Zavala Sarrio
Presidente del Jurado de Sustentación

Dr. Pedro Ortiz Cabanillas
Asesor de la Tesis de Sustentación

Dr. Juan Alberto Perales Cabrera
Miembro del Jurado de Sustentación

Dr. Elard Adrián Sánchez Tejada
Miembro del Jurado de Sustentación

Dra. Cecilia Graciela Sogi Uematsu
Miembro del Jurado de Sustentación

A mis padres:

Alfredo: *por permitir que conserve en mi memoria su ortodoxia, su admiración - diría casi fanática - por Nietzsche, Beethoven: ese concierto para violín y orquesta en D major, op. 61 interpretado por David Oistrakh, ese director Herbert von Karajan de la Filarmónica de Berlín o los otros como Heifetz, Menuhin y Toscanini; esa cultura alemana, aunque nunca estuviere allí y por sobre todo su férrea tenacidad ante esa adversidad y*

Luz María: *su fiel esposa y cuidadora en su terminalidad.*

A mis hermanos: **Zoila Ingeborg y Jorge Edwald**, *por compartir y conservar el aprendizaje familiar; y por estar unidos en esa adversidad.*

**A mi esposo e hija: Humberto Ernesto y
Andrea Carolina, que continúan dando sentido
a mi cotidiana existencia.**

AGRADECIMIENTOS

A los honorables docentes del Doctorado en Ciencias de la Salud: doctores Pedro Ortiz; Armando Barreda; María Luisa Rivara de Tuesta; Elydia Mujica; Juan Denegri; Renée Cervantes; Víctor Basul; Fernando Silva Santistéban Bernal; César Lip; Guy Carvajal; Ridberth Ramírez; Ricardo Terukina; Carlos Bustíos y Juan Matzumura, *por socializar sus valiosas experiencias académicas.*

A mis compañeros y compañeras de la primera promoción del Doctorado en Ciencias de la Salud: Amelia Bardales; Marco Burga; Carlos Campodónico; Erick Chávez; Nancy Huamán; María Infante; Carlos Ruiz; Martha Villar y Zaida Zagaceta, *por la solidaridad académica compartida en los dos años.*

Al personal administrativo: señor Juan Aguilar, *por los oportunos soportes en los recursos didácticos y administrativos que nos brindó a los diez integrantes de la primera promoción.*

RECONOCIMIENTO

*Parafraseando con **Giovanni Vailati** en que“(…) cada error nos indica el camino que hay que evitar, mientras que cada descubrimiento nos indica un camino que hay que seguir”, agradezco a mi querido maestro del Programa Doctoral, orientador de la tesis, doctor **Pedro Ortiz Cabanillas** por haber contribuido a que mi proceso de desvelamiento sobre el estudio de la condición humana, esencia del cuidar-cuidado de enfermería y leitmotiv de mi tesis doctoral, haya sido sereno, profundo y continuo; insistiendo en mi admiración a su persona y mi reconocimiento por siempre.*

INDICE

Jurado de Sustentación	i
Dedicatoria	ii-iv
Agradecimientos	v
Reconocimiento	vi
Indice	vii-ix
Resumen	x-xi
Summary	xii
Presentación	xii-xiv

CAPITULO I INTRODUCCION

1.1. Consideraciones iniciales en el planteamiento del problema	1
1.2 Formulación de la pregunta norteadora	4
1.3. Justificación	
1.3.1. Importancia-conveniencia	5
1.3.2. Implicaciones técnicas-prácticas	5
1.3.3. Utilidad metodológica	6
1.4. Objetivos	
1.4.1. Objetivos generales	6
1.4.2. Objetivos específicos	7
1.5. Propósitos	7

CAPITULO II REFERENCIAL TEORICO

2.1. Los antecedentes del estudio	8
2.2. El cuidar-cuidado	12
2.2.1. Concepciones teóricas-filosóficas	12
2.2.2. En la búsqueda de la integración	24
2.2.3. El confort en el cuidar/cuidado	28
2.2.4. Contradicciones en el cuidar/cuidado	30
2.2.5. Corolario	32

2.3.	La cotidianidad	
2.3.1.	Aproximación teórica	34
2.3.2.	Hermenéutica del cotidiano	35
2.3.3.	Lo cotidiano y su reflexión en la historia	36
2.3.4.	El discurso de lo cotidiano	38
2.3.5.	Lo cotidiano: categoría articulada a la existencia	42
2.4	Representaciones sociales	
2.4.1.	Aproximación teórica	49

CAPITULO III METODOLOGICA

3.1.	Tipo de estudio	65
3.2.	Métodos	67
3.3.	Contexto del escenario	69
3.4.	Sujetos	70
3.5.	Técnicas e instrumentos de producción de datos	72
3.6.	Análisis e interpretación de datos	75
3.7.	Consideraciones éticas: consentimiento para participar en la entrevista y grabación de la misma	78

CAPITULO IV RESULTADOS DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES EN LAS ENFERMERAS DOCENTES

4.1.	Deconstrucción/reconstrucción de los significados en las conceptualizaciones del cuidar-cuidado en las enfermeras docentes	79
A.	El bienestar de las personas:resguardo primordial	79
B.	El autocuidado:empoderamiento de las personas	93
C.	La protección integral,una ayuda a las personas	98
D.	La salud y su dimensión antropológica	101
E.	Condiciones esperadas para las competencias a cabalidad	104
4.2.	Deconstrucción/reconstrucción los significantes en las simbologías, iconografías del cuidar-cuidado en las enfermeras docentes	

A. Rescate del autocuidado	111
B. Reafirmando la dignidad humana	116
C. Atención integral:cuestión de decisiones	121
D. Agobiante trabajo	125
4.3. Repensando las representaciones sociales de las enfermeras docentes	129
CONCLUSIONES	133
RECOMENDACIONES	136
BIBLIOGRAFIA	137
ANEXOS	142
Ficha bibliográfica indexada	146

RESUMEN

El propósito de esta Tesis Doctoral fue esclarecer las representaciones sociales (RS, a seguir) de las enfermeras docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (EAPE-UNMSM) acerca del cuidar/cuidado, esencia y asunto epistémico, filosófico de la profesión –no obstante su uso frecuente y su reconocida indisociabilidad con la praxis de enfermería– hasta ahora no estudiado a pesar de constituirse en uno de los temas más controvertidos y pocas veces descritos de manera clara en los testimonios conceptuales, filosóficos, antropológicos, existenciales de ellas, en tanto estar bordeando la mencionada escuela sus 42 años desde su fundación; ellas como sujetos de estudio tienen conocimientos particulares que les permiten elaborar comportamientos y comunicación con sus pares, con alumnos, con usuarios, contextualizandos en los que se dan las RS que se constituyen en unidad de análisis referente a la esencia de su pensar-hacer del cuidar/cuidado en su cotidiana enseñanza o asistencia.

Es por ello que la trayectoria metodológica ha sido muy flexible, que permitió analizar hallazgos redefiniendo, reelaborando deconstrucciones-construcciones de los significados y significantes. Los métodos cualitativos que usé fueron el etnográfico-etnometodológico que posibilitó ver el asunto *desde adentro*, las técnicas fueron la entrevista semiestructurada y la observación etnográfica. La hermenéutica como estudio interpretativo de los testimonios, me ayudó a reconstruir *cinco temáticas de significados*: cautelar la vida de las personas, el empoderamiento del autocuidado, protección integral, visión antropológica de la salud, y condiciones para las competencias. En la red de interacciones se destacan el anclaje de **22 constructos**: libertad, responsabilidad, intelecto, voluntad, sensibilidad, respuestas humanas, desvelo, perspectiva holística, alerta, compartir, transacción, alteridad, dependencia, necesidades, compromiso, tarea

humanitaria, consejería, actitudes, procesos, liderazgo, información y diferenciación. Así mismo *cuatro temáticas de significantes*: rescate del autocuidado, reafirmando la dignidad humana, atención integral: cuestión de decisiones y el agobiante trabajo las mismas que derivan de taxonomías etnográficas; en la red de interacciones se destacan el anclaje de **23 constructos**: condiciones adecuadas, responsabilidad compartida, maneras, creatividad, evidencias, promoción, ayuda, empoderamiento, formas de vida, diario vivir, rescatar, ser humano, soledad del enfermo, bioseguridad, devoción, cuerpo vivo, modelos de atención, oportunidad, valentía, consistencia, preocupación, alianzas, calidad.

PALABRAS CLAVES: cuidar, cuidado, enfermería, intersubjetividad, representaciones sociales

SUMMARY

The purpose of this Doctoral Thesis was to clear up the teachers nurses's social representations (SR, ahead) San Marcos National Major University Nurses' School (SN-UNMSM) about the care-caring, essence and epistemic and philosophic themes of the profession –although the frequent use and its recognized non separate with the praxis– until now it has not been studied, nevertheless it has been constituted in one the issues most controversial a few times clearly described in their work and speech: concepts, philosophic, anthropologic, existential terminology of nursing teachers until now in its forty two years. The nursing teachers, sujet of this study, have personal knowledge that allow them to develop behaviors and peers interaction in real daily context with their students, users, therefore they have SR. These are the analysis unit. The methodology has been very flexible, back and forth style, in order to be able to analyzing redefining, remaking deconstructions-constructions on the meaning and significant. The qualitative method that I used was the ethnographic-etnomethodology, which allowed me to see the object, *from inside*, the techniques were the interview semistructured and the observation ethnographic. The hermeneutic one allow me to analyze their discourses literally and allowed the reconstruction of five thematic meanings: to caution the persons life, the empowerment of self caring, integral protection, anthropologic perspective of the health and conditions for competences. In the net of interactions stood up the anchorage of twenty two constructs: freedom, responsibility, intellect, will, sensibility, awakening, holistic perspective, alert, share, transaction, the other, dependence, necessities, agreement, humanitarian task, council, attitudes, processes, leaderships, information and differentiation. Besides there is four thematic significant: rescue of self caring, reaffirming human dignity, integral care, resolution affairs and bent down work, the same that derivative from ethnographics taxonomies. In the net of interactions it stood up the anchorage of twenty three constructs: suitable conditions, agreement responsibility, ways, creativity, evidences, promotion, help, empowerment, ways of living, daily routine, rescue, human being, sick's loneness, biosequirity, devoutness, human body, models of caring, opportunity, courageous, consistency, worry, alliance, quality.

KEY WORDS: care, caring, nursing, intersubjectivity, social representations.

PRESENTACIÓN

Honorable Jurado de Sustentación, pongo a vuestra consideración la Tesis para optar el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud, titulada REFLEXIONES SOBRE EL CUIDAR-CUIDADO ENFERMERIA:ESTUDIO ETNOGRAFICO EN ENFERMERAS DOCENTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS por cuanto que subyace aún tanto en la práctica de enfermería en los servicios de salud como en su formación en el pregrado el trabajo orientado en tareas de cuño técnico productivo según normas y prescripciones, dejando casi de lado el sentido de acoger a la persona -que se encuentra desestructurado, desvertebrado aún en ausencia de enfermedad- a través de la presencia auténtica que rescate su sentido humano, integrando en nuestro *día a día* el respeto de la condición humana cuando está en *situaciones límite*, término acuñado por **Jaspers**¹, y no sólo por el hecho de constituirse el cuidado en objeto epistémico, sino porque es la esencia de enfermería –stricto sensu- que obliga reflexionar la enfermería. A la fecha, las visiones de diferentes teóricas y estudiosas del cuidar/cuidado son bastante eclécticas ofreciendo diversas conceptualizaciones, entre tanto, precisase desarrollar debates en torno a las indefiniciones, imprecisiones filosóficas-ontológicas de enfermería; es por ello que concuerdo con **Neves Arruda** cuando en 1998 reconocía las controversias existentes en las enfermeras sobre los significados -yo le agregaría significantes- que atribuyen a las palabras cuidar y cuidado; sigo por ello este hilo conductor del rescate por el significado humanístico cuya mayor aspiración es ser, vivir y morir con dignidad y aún más, el debate continúa abriéndose con los términos confortar-confort .

La tesis se desarrolla en cuatro capítulos, el primero introduce la pregunta norteadora, desde mis inquietudes por delinearla hasta propósitos; el segundo presenta el referencial teórico que soporta el estudio; el tercero detalla la trayectoria metodológica desde el sustento de la investigación cualitativa como explanada en que se describen los hechos tal y como se dieron en la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (EAPE/UNMSM, en adelante) desde 1991; es decir, las

¹ Karl Jaspers, se ubica fundamentalmente en el marco de la filosofía existencial, reacciona críticamente frente al pensamiento demasiado abstracto y racionalista, trata de indagar al hombre de carne y hueso, irreductible a conceptos, pues la existencia en cuanto tal es metafísica, su discurso central; por tanto es angustia y la libertad. Se angustia porque no está determinado a priori como sostenía Aristóteles sino se va **haciendo** (aquí coincide con Heidegger y Sartre). Las situaciones límite de la existencia humana -*die grenzsituation*- el sufrimiento le preocupan y las pone en relieve. Véase **Filosofía**.

conceptualizaciones y simbología de las docentes que reflejan como un todo sistemas colectivos como propiedades emergentes propias al nivel supraindividual, de ahí que se usó métodos como el etnográfico/etnometodológico que, como camino de pensamiento me permitió “mirar las cosas desde dentro”, preservando el contexto más que controlándolo; el cuarto capítulo presenta los hallazgos y su interpretación. Finalmente se presentan las consideraciones finales, las referencias bibliográficas y anexos.

S. L. K. A.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1. Consideraciones iniciales en el planteamiento del problema

En *La Montaña Mágica* MANN (1924:170-172) usa la metáfora para describir la indiferencia antropológica a la condición humana de *Adriática von Mylendonk*, símbolo de la antítesis ideal del quehacer cotidiano de las enfermeras pues al cosificar a las personas enfermas pierden la oportunidad no sólo de crecer ellas mismas sino-desde la perspectiva filosófica-deban acompañar al doliente que sufre desestructuración temporal o duradera, parcial o total de su ser¹; de ahí que al abordar la cotidianeidad de las enfermeras docentes de la EAPE/UNMSM podamos descubrir modelos de racionalidad de la esencia de la profesión, subyacentes a su accionar en la docencia, función principal de su estadía en la entidad formadora².

¹ Veamos la profundidad de la crítica- al trato que damos a la condición humana- que nos ofrece Alejo Carpentier, en una parte del prólogo de la obra - en alemán - **Der Zauberberg**, “ (...) hallándome, de pronto, en una suerte de microcosmos, de mundo aparte, donde conviven hombres y mujeres de las más diversas nacionalidades y procedencias, de las más distintas formaciones intelectuales, pero unidos entre sí por un vínculo común: la enfermedad (...) y el mundo casi anónimo y casi mudo de las enfermeras y el de cien caras que nunca dijeron nada a Hans Castorp. Meras figuras de un trágico museo de estatuas de cera (...) *La Montaña Mágica*, segunda viga maestra del inmenso edificio que constituye la obra de Thomas Mann, es una de las novelas capitales que se han escrito desde hace más de un siglo, desde que la novela ha dejado de ser relato de mero entretenimiento, para hacerse un medio de indagación y conocimiento del hombre”. *La Montaña Mágica* nos suscitara en nosotras las enfermeras el interrogarnos ¿somos un remedo de *Adriática*?

² En la otra mano veamos cómo Jean Watson en la Introducción a su texto **Caring Science as Sacred Science**. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2005 utiliza figuras como el corazón, mano y águila de la estatua que aparece en la cubierta del mencionado texto, referida como “El angel de Brighton”, de la ciudad de Sussex, Inglaterra, monumento erigido en 1912 en memoria del rey Eduardo VII y como testimonio a la lealtad de las enfermeras de su madre, la reina Victoria. Estas figuras le sirven como **símbolos y metáforas** para el mensaje de su libro. “(...) el corazón representa profundo amor y amplitud, que buscamos largamente en nuestro intento de recordar quién somos y porqué estamos aquí, cómo son nuestros propósitos y nuestros conocimientos profundos y claridad de nuestra misión científica: mejorar nuestra condición y evolución humana .Mi esperanza es ofrecer un retorno al amor, pertenencia, y cuidado como los fundamentos para comprenderlos como los recursos del conocimiento y visión: ambos empírica y metafísicamente. La mano nos recuerda que literalmente y en forma figurada, sostiene a otra persona, en nuestras manos, y nuestras manos son también la fuente, el recurso del toque humano, ese toque más allá del cuerpo físico que busca dentro de la infinitud el alma humana, recordándonos de nuestra intersubjetividad transpersonal de humano a humano en la conexión universal. El águila sirve como mensajero, el espíritu que guía a quien remonta, se eleva más alto que cualquier otra ave, al mundo espiritual; así, un recordatorio, un fuente, el recurso del toque humano, ese toque más allá del cuerpo físico que busca dentro de la infinitud el alma humana, recordándonos de nuestra intersubjetividad transpersonal de humano a humano en la conexión universal. El águila sirve como mensajero, el espíritu que guía a quien remonta, se eleva más alto que cualquier otra ave, al mundo espiritual; así, un recordatorio, un aviso que

La inquietud por desarrollar el proceso de conceptualizaciones-reconceptualizaciones se inició con **Peplau** en la década del 50, como se resume en las páginas 14-16 dando énfasis a las relaciones interpersonales enfermera-paciente centrado en sus problemas, en tanto que para **Meleis** el periodo del 50 al 70 fue marcado por tres escuelas de pensamiento: de las necesidades, de la interacción y de los resultados.

En las décadas 60 y 70 se destaca ya la inseparabilidad de mente y cuerpo del ser humano y por iniciativa de **Henderson**, se abogaba desviar la visión tradicional del modelo biomédico adoptando el concepto del holismo, adopción que arrastra conflictos entre la visión pragmática del ser humano y la visión holística, y aún dentro de ésta última emerge con fuerza la concepción teórica de los sistemas con sus elementos biológicos, sociológicos, psicológicos.

Otro hecho en general es el modelo biomédico desencadenando contradicciones con la filosofía humanista, esencia del cuidado, es por ello que **PEREIRA NEVES** (2002:6-15) revisa cinco dimensiones del cuidar en enfermería:

“(...) el perspectivismo epistemológico ha apuntado diferentes formas de conocimiento sobre el cuidar dentro de las cuales se destacan el conocimiento estético, el personal intuitivo, el empírico, el ético moral y el metafísico espiritual.”

En esta misma línea **MELO TAVARES-RANGEL** (1998:51-58) plantean la inquietud de estudiar las experiencias y el sentido que conceden las enfermeras a su accionar pues a través de sus representaciones sociales (RS en adelante)³ emergen contenidos cognitivos, afectivos y conativos que llevan a la acción del cuidar.

El cuidar es inherente al ser humano, **WALDOW** (1998:35-38) buscó la visión histórica de la evolución humana y del cuidado que expresa dos formas, una como modo de sobrevivir, común a todas las especies y otra como interés, preocupación, siendo que ésta última ocurre sólo entre los humanos, manifestado en su capacidad de usar el lenguaje.

nosotros somos de una espiritualidad amplia y estamos conectados con ambas naturalezas la física y la espiritual de nuestra existencia y de la existencia de un universo escalonado”

³ Como veremos más adelante, Minayo sostiene que las RS son categorías de pensamiento acerca de acción y de sentimiento que expresan a través del sentido común en el día a día la realidad, la explican justificándola o cuestionándola. Cf. **El desafío del conocimiento**. 2da. edición. Sao Paulo: Hucitec-Abrasco; 1993

En este contexto se torna esencial el estudio de las RS que indague por el sentido de la existencia humana en el mundo del cuidar de las enfermeras docentes de la referida Escuela, por cuanto que permite interpretar la realidad cotidiana construída-deconstruída socialmente.

Así, venía observando en las enfermeras docentes expresiones del modelo biologista positivista-empírico aún hegemónico, en el que subyace el reduccionismo óptico-ontológico del proceso salud-enfermedad.

Estas expresiones fueron acentuándose cuando se analizaba por un lado la evaluación del desempeño de las enfermeras docentes o en los talleres de mejoramiento curricular (1996, 2001) o evaluaciones de asignaturas que se realizaban suscitadamente al inicio de cada año académico. Fue interesante ir percibiendo *-en el cotidiano académico-* que toda vez que se analizaba la esencia de la profesión el término “atención” emergía, de igual manera estaban ausentes los debates de la epistemología del cuidar, o la condición de la vulnerabilidad de las personas, debates que produjese conceptualizaciones a ser concretadas en los silabos –programas de enseñanza clínica /comunitaria en el día a día.

Otro hecho interesante lo constituyó el I Curso Ciencia y Cuidado de Enfermería, organizado por la EAPE en Setiembre del 2001, ratificándose esas indefiniciones que se configuran en la **situación problemática** por cuanto se levantaron interrogantes directrices como:

¿Qué sentido le otorgan a su quehacer cotidiano de enseñar el cuidar-cuidado en la Escuela o a su hacer en los servicios hospitalarios?

¿Cuál es el manejo epistémico del cuidar-cuidado?

¿Qué manejo antropológico filosófico tienen del cuidar-cuidado?

¿El manejo tecnológico como correlato de los factores curativos de la medicina contemporánea amenaza sus conceptualizaciones y simbologías del cuidar-cuidado?

¿Cómo definen las docentes enfermeras a sus escenarios y sus actividades?

¿Cómo desarrollan y cambian sus definiciones y perspectivas del cuidar-cuidado?

¿Cómo tratan sus discrepancias o convergencias en el cuidar-cuidado?

Siguiendo a **ORTIZ CABANILLAS** (1996:21-27) y **MELO TAVARES**, emergieron otras interrogantes como:

¿Qué contenidos afectivos, cognitivos y volitivos, así como cuál es su universo de representaciones, opiniones, ideologías que ellas expresaban?

¿Qué conceptualizaciones tenían y tienen acerca del confortar/confort?

El desagregado posible podría incorporar a los receptores del cuidar preguntando:

¿Qué piensan ellos acerca del cuidar de las enfermeras?

O a los receptores de las enseñanzas en el pregrado o inclusive en el postgrado:

¿Qué piensan de la enseñanza del cuidar/cuidado de parte de sus docentes?

de modo que *delimité* la interrogante a una sola.

1.2. Formulación de la pregunta norteadora

De este **sistema problemático** complejo como son las RS, opté seleccionar como sujetos de estudio a las enfermeras docentes, de manera que la interrogante **norteadora** construída se expresa como:

¿Cuáles son las representaciones sociales de las enfermeras docentes de la EAPE-UNMSM del cuidar-cuidado de enfermería?

Como tesista oscilé entre la colega y la extraña en términos del “nativo marginal” de **COFFEY** (1996:11-15) o la posición comprometida maffesoliana, es que delimité las condiciones de *producción de datos* de las enfermeras docentes que comparten escenarios de sus experiencias académicas o asistenciales que, en el pensamiento de **BOURDIEU** (2002:42-45) es la homología estructural, mixturándose, función, historia común. Entonces ellas compartirían como dice **DURKHEIM** (1979:68-71)

concepciones académicas, sociales, imaginarios colectivos como normas, valores-contravalores, cosmovisiones, estereotipos expresados en conceptualizaciones y complejidad simbólica, emblemática, iconográfica que envuelve los significados y significantes; es decir, que el discurso de ellas es la arena donde se confrontan los conceptos, formas cotidianas de pensar, contradicciones acerca del cuidar-cuidado. Parafraseando a **MOSCOVICI** (1961:34-35) configuran cuatro elementos de las RS: *yo sé, yo veo, yo creo, yo siento*; en su primera fase es *objetivación*, ontogenizando y formando su propio simbolismo iconográfico y en la segunda fase, *anclaje* o arraigo que retomando el soporte conceptual-valorativo orienta su quehacer *cotidiano* (seguir pensando, cuidando y enseñando como lo han venido haciendo desde su formación en el pregrado), mediado por la interacción comunicativa en el día a día.

Entonces, la interrogante norteadora quedó *definida* como la construcción/deconstrucción de naturaleza ontológica compleja que, como red colectiva *intersubjetiva* –en el escenario de la EAPE- emergen significados y significantes en cada enfermera docente que porta hologramáticamente *información* del cuidar/cuidado, objeto epistémico de esta tesis.

En la construcción de esta pregunta norteadora, opté la corriente epistémica del *Significado-Acción* pues son las enfermeras docentes las que actúan y no la sociedad. Ello permitió comprender el significado y significantes que el cuidar en particular tiene para ellas. Los significados y significantes reflejan la singularidad y complejidad de las docentes, es por ello que se inscribe en la tradición interpretativa, utilizando la analogía como metáfora condensada que revela y ayuda a inducir conceptualizaciones y el universo simbólico de temáticas (**SPRADLEY** 1979:32-33) aparentemente no relacionadas en el *día a día* en la mencionada escuela.

1.3. Justificación

1.3.1. Importancia-Conveniencia. La línea de investigación de la Sección Doctoral sobre enseñanza de las Ciencias de la Salud es relevante por cuanto que no se ha encontrado ninguna investigación acerca de los

fundamentos antropológicos filosóficos del cuidar/cuidado en las docentes enfermeras de la EAPE/ UNMSM escuela que, en el año 2005 cumplió sus 41 años de funcionamiento, ni lo que implica para el proceso de enseñanza aprendizaje, hecho preocupante porque uno de los cinco problemas filosóficos de la educación es precisamente qué enseñar; y en el enfoque de la calidad se requiere fortalecer la cultura de la autoevaluación reflexiva donde se analice y se profundice los fundamentos señalados, que permitan hacer rupturas, epistémicas acerca del cuidar-cuidado y seguir avanzando en la transformación como pedía Mariátegui.⁴

1.3.2. *Implicaciones teóricas-prácticas.* El saber de enfermería y sus dimensiones teórico-práctico son motivos de cuestionamientos en América Latina, cuestionamientos que configura en reto para la academia que por su naturaleza es la llamada a contribuir en su episteme y axiología no obstante que el cuidar tiene uso frecuente y reconocida indisociabilidad con la práctica de enfermería y que no ha sido abordado en la EAPE mencionada.

1.3.3. *Utilidad metodológica* Ayudará a desencadenar procesos de reconstrucción-deconstrucción de conceptualizaciones y permitirá continuar analizando los universos subjetivos mencionados.

1.4. Objetivos

1.4.1. *Objetivo General*

En esta Tesis Doctoral se esperó:

Interpretar las representaciones sociales de las enfermeras docentes acerca del cuidar-cuidado.

⁴ Con profundidad J.C. Mariátegui aborda en **Siete ensayos de interpretación de la realidad peruana** .Lima: Empresa Editora Amauta; 1984 : pág. 130 . “(...) el regimen económico y político determinado por el predominio de las aristocracias coloniales que en algunos países subsiste todavía aunque en irremediable y progresiva disolución ha colocado por mucho tiempo a las universidades de América Latina bajo la tutela de estas oligarquías y de su clientela”

1.4.2. *Objetivos específicos*

- Deconstruir-reconstruir las *conceptualizaciones* de las enfermeras docentes acerca del cuidar-cuidado.
- Deconstruir-reconstruir las *simbologías* de las enfermeras docentes acerca del cuidar-cuidado.
- Interpretar las conceptualizaciones y simbologías de las enfermeras docentes acerca del cuidar-cuidado.

1.5 Propósitos

La Tesis Doctoral permitirá:

- Contribuir al fortalecimiento de la docencia en torno a la esencia de la profesión de enfermería que conlleve al desarrollo de la misma y por ende a sus procesos de enseñanza.
- Contribuir al fortalecimiento de la línea de investigación: **Cuidado** de la Maestría en Enfermería UNMSM que, en su reestructuración curricular en 2003, recién optó por direccionar su plan de estudios en la esencia de la profesión.

CAPITULO II

REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

- *Una filosofía para enfermeros: el cuidar de sí, la convivencia con la finitud y la evitabilidad del burnout* elaborado por Vera Ränduz para la obtención del título de Doctora en Enfermería, opción Filosofía en Enfermería en el año 2001, Universidad Santa Catarina, Brasil. La autora analiza la construcción de conocimientos sobre el cuidado humano y arremete en mirar la naturaleza humana, los diferentes modos y condiciones de vida, el valor y el sentido de la vida, la posibilidad de vivir. En esta perspectiva el vivir saludable y el crecimiento del ser humano en su mundo de relaciones se concretiza en el cuidado de sí, cuidado al otro, convivencia con la finitud y la prevención del síndrome de burnout, especialmente para los enfermeros que trabajan en servicios oncológicos. El desarrollo de actitudes positivas para con la salud, y la responsabilidad sobre el cuidado de sí denota el reconocimiento de la vulnerabilidad a que estamos expuestos, especialmente en el cuidado de personas con cáncer, en que el sufrimiento por las señales y síntomas de la enfermedad es muchas veces inevitable. El ambiente terapéutico en el trabajo con relaciones interpersonales de ayuda, junto a las corresponsabilidades de la institución para la promoción de la salud de sus trabajadores son algunas de las sugerencias encaminadas por la autora.

Enfatiza la reflexión sobre las interacciones en los sistemas de cuidado en que el “yo”, el “otro” y el “nosotros” están en interdependencia, construyendo, deconstruyendo y reconstruyendo el cuidar y el ser cuidado como procesos y

contraprosos interaccionales, pues el cuidar y el cuidado puede propiciar mayor efectividad.

- ***La representación social del cuidar para los enfermeros*** elaborado por Emilia Gallindo Cursino, María Aparecida Thiengo, Sandra Texeira Araújo Pacheco y Octavio Muniz da Costa Vargens, tuvo por objetivo comprender la RS que los enfermeros tienen del cuidar. Aplicaron una técnica de la asociación de palabras a un grupo de trece enfermeros, alumnos del Curso de Maestría del Programa Postgrado “Stricto Sensu” en Enfermería de la Universidad Estadual Río de Janeiro en el año 2000. Fueron identificados 65 atributos diferentes del cuidar, que fueron seleccionados y reagrupados en un sistema categorial, formando las categorías: Afectiva, Interactiva, Profesional y Cultural. Al final del estudio los enfermeros expresaron el cuidado de las más variadas formas, no obstante el significado así como el valor atribuido a él puede variar de un individuo a otro, estando relacionado con las experiencias y vivencias de quien lo practica. Las palabras claves fueron: cuidado, cuidar, enfermería, representación social.

- ***Cuidando y cuidándose. Fortaleciendo el self del cliente oncológico y el self de la enfermería***, elaborado por Vera Ränduz para la obtención del título de Maestra en Enfermería en la Universidad de Santa Catarina, Brasil en 1999. La autora muestra un referencial que podrá guiar a los profesionales de enfermería y de la salud en su desafiante camino de las relaciones interpersonales. Este camino no se puede negar, se hace acompañar de incertezas, dudas, miedos, especialmente cuando se trata de situaciones relacionadas a enfermedades que estimulan a las personas a pensar en su finitud, como es el caso de las personas involucradas con el cáncer. La autora defiende la idea del relacionamiento interpersonal como una vía de doble mano en que el profesional precisa conocer no sólo al *otro* sino también *a sí mismo*, sin obedecer a técnicas específicas rígidas y sí creando su propia relación, siempre con la finalidad de fortalecer el “self” de ambos. La autora enfatiza que no pretendió hacer un tratado de psicología sino un referencial para nortear la práctica de enfermería, colocando a la disposición del lector el mínimo de información que subsidie la valorización del ser humano como individuo que piensa, siente, decide, percibe y es capaz de-entre otras cosas- asumir sus papeles sociales, enseñando y

aprendiendo, creciendo y desarrollándose, fortaleciendo y siendo fortalecido. Destaca asimismo el autoconocimiento como una de las maneras auténticas de cuidar, de crecer para poder ayudar a *otro* a crecer. Finalmente la autora invita a las enfermeras a reflexionar sobre su propia actuación profesional renovando el compromiso de procurar humanizarse, estableciendo una relación más creativa y amorosa consigo misma y con los otros.

- ***Significados del cuidado en un universo infanto-juvenil***, investigación realizada por Alcione Leite da Silva y col. en 1998, con el objetivo de develar los significados del cuidado a partir de las experiencias vividas por niños y adolescentes, bajo el enfoque fenomenológico.
- ***El cuidar en la identidad de la enfermera***, trabajado por Donizete Daher en 1998, la autora analizó -a través de entrevistas no dirigidas y la observación participante- las RS de seis enfermeras sobre la categoría cuidar que orienta la práctica cotidiana, en el hospital docente Antonio Pedro, Niteroi-Río de Janeiro. El estudio mostró que las subcategorías son ayuda, donación, amor, caridad, humildad habiendo resistencias a este modelo y movimientos en el sentido de superar la supremacía del curar sobre el cuidar y aún más el cuidar de la enfermera es invisible ante la población.
- ***Elementos y dimensiones del cuidado en perspectiva de clientes ambulatorios***, simposio trabajado por Ana Maia Camargo, presentado en el I Encuentro Brasileño de Cuidado y Confort en Enfermería, Itapema Agosto 1996. Como estudio exploratorio descriptivo apuntó a verificar la descripción de los elementos del cuidado en la perspectiva de los usuarios ambulatorios como atributos, sentimientos, condiciones necesarios para recibir cuidado, comportamientos y resultados del cuidado. Los elementos más enfatizados por los clientes fueron conocimientos, competencia, dedicación, comunicación, relacionamiento personal y solidaridad. Las dimensiones del cuidado encontradas en este estudio fueron lo técnico terapéutico; lo interpersonal; lo ético-moral-espiritual y la de espacialidad.
- ***Cuidado transdimensional: un paradigma emergente***, tesis doctoral sustentada en 1995 por Alcione Leite da Silva, en la Universidad de Santa Catarina, Brasil.

La autora buscó estructurar las ideas en un conjunto de significados interrelacionados que traducen la síntesis de un todo complejo y coherente, adoptando el proceso como camino; evidenció la construcción de este diálogo entre la razón y la intuición, entre lo objetivo y lo subjetivo, teniendo como aspecto norteador las creencias y valores de las experiencias personales-profesionales vividas en el plano individual y grupal. En este caminar, la autora delimitó el área de estudio, tomó tres paradigmas, el particular-determinístico, el interactivo-integrativo y el unitario-transformativo y propuso avanzar en dirección a una nueva perspectiva de integración y de transdimensionalidad del ser en su medio, ultrapasando el proceso de salud-enfermedad y teniendo como prioridad la vida en sus más diversificadas formas de expresión, es por ello que la autora adoptó los conceptos de inmanencia y trascendencia como principios orientadores que recibirán nuevos significados incluyendo oposición y complementariedad, con el propósito de superar el extremo separatismo entre las disciplinas y /o profesiones y entre éstas y el sentido común.

Como se aprecia en estas *siete* investigaciones hechas fuera de Perú, el debate y la investigación en torno al cuidar y cuidado es de larga data, probablemente de más de dos décadas que, en el caso peruano no se tienen referencias de investigaciones, hecho preocupante por que *el hacer* de enfermería se estaría soportando todavía en débiles conocimientos y reflexiones valorativas intuitivas; se requiere por ello investigaciones no sólo que añadan nuevas formas de cuidar sino que hagan rupturas epistémicas para ir rápidamente a replanteamientos de lo que se viene haciendo, por cuanto somos un país pluricultural y que por tanto corresponden **n** maneras de cuidar.

Los estudios revisados aportan además en la metodología cualitativa, dejando la rigidez de los métodos cuantitativos y permitiendo la flexibilidad no sólo en la producción -y no recolección- de datos sino en la redacción y presentación creativa del investigador, es por ello que uno de sus méritos está en los aportes para la epistemología *diferente* cuando de las ciencias humanas se trata: conjunción de ciencia, arte y ética.

2.2. El cuidar-cuidado

2.2.1. *Concepciones teóricas-filosóficas*

Comprender el término cuidar - *latus sensu* - implica visualizarlo anterior a la enfermería como profesión, por ejemplo **WALDOW** analiza la relación establecida entre enfermera/mujer (madre) cuidado. Para ella este papel se amplía en el cuidado de dolientes, gerontos y necesitados y aún más, incluye eventualmente sentido de afección, preocupación¹, así como de responsabilidad por las personas necesitadas. Se explica que el cuidar nace de un interés, de una responsabilidad, de una preocupación de un afecto con dos connotaciones el maternal y el ayudar a crecer. Con la amenaza de inseguridad frente a la enfermedad, la cuidadora (papel atribuido a la mujer) se dedica a proveer el confort y demás actividades que posibiliten el bienestar, la restauración de la persona. Más tarde, auxilia en el desarrollo de actividades yendo a reducir el dolor, la incapacidad bajo la orientación del médico.

El cuidar siempre estuvo presente en la historia humana, es parte de su supervivencia. Por otro lado el cuidar tecnológico, está presente en diversas civilizaciones llegando a la medicina actual. Cabe resaltar que siempre hizo y formó parte de la medicina, con la única diferencia de que su énfasis actual está en los procedimientos, en la tarea apuntando a la curación.

Enfermería nace después, se acepta que comienza a tomar forma y adquiere realmente un nivel de status con la formalización y su enseñanza hecha por Nightingale. Lo que pasa es que ahora se intenta rescatarlo² tanto en su conocimiento como en su arte. El cuidado significa preocupación^{3,4} consideración, interés, afección, protección, gusto, también significa en castellano imaginar, pensar, meditar, causar inquietud, poner atención.

¹ Concuerdo en enfatizar el sentido humano, no como una prescripción de reglas a seguir, ni manuales de cuidar o de enseñar a cuidar. Véase lo interesante que resulta cuando Vera Regina Waldow en *Cuidado Humano, el rescate necesario*. Porto Alegre; 1998, insiste en que éste debe ser sentido, vivido, integrado en el **día a día**, es por ello que se precisa sea asumido, que forme parte de nosotras mismas, transformarlo en estilo de vida, sólo entonces sabremos o intuiremos cómo encontrar formas o maneras de demostrarlo en la praxis y en la enseñanza.

² No es rechazo a los aspectos técnicos ni al aspecto científico, sino resaltar el proceso interactivo, creativo, emocional, intuitivo que compone el lado artístico del **aspecto moral**. Venir a ser lo entendemos como el acaecer continuo-en oposición con la esencia aristotélica-es estar arrojado para construir o destruirnos, ése es el *geworfenheit* heideggeriano o el *ser-para sí* sartreano, proyectos permanentes, tejidos en el cotidiano. Véase *Ser y Tiempo* y *El ser y la nada*

³⁻⁴Véase el cap.VI de *Ser y Tiempo*.

Muchas teorías -como se resume más adelante- han sido actualizadas como es el caso de **WATSON** (2005:25-31), **LEININGER** (1978:72-75, que proponen el cuidar como foco central frente al cuestionamiento sobre el conocimiento del enfoque biológico positivista, exigiéndose con el posmodernismo que de cuenta acerca de las dicotomías entre ciencia-arte; teoría-práctica; profesión-vocación; pensar-hacer; conocimiento-acción, que permita considerarlas como parte de la misma sustancia, de modo que el camino natural es convergencia, complementariedad entre ciencia y arte como modo de ser de la enfermería y que incluye la tecnología, entendida como el uso de una serie de equipamientos, materiales, técnicas necesarias para el cuidar.

En relación a cuidado fueron identificadas las categorías siguientes:

1) Resultados; 2) acciones de asistir/cuidar; 3) actitudes morales; 4) interacción; 5) empatía; 6) crecimiento; 7) ayuda; 8) deliberación

Dos aspectos destacan estas autoras, uno las dificultades en distinguir cuidar de cuidado, siendo ambos tratados como la misma cosa, otro es el considerar cuidar igual a asistir, cuando en realidad tiene connotaciones diferenciadas.

La ayuda aparece como una constante en casi todas las definiciones, se va precisando de modo que al inicio se caracteriza por viabilizar la forma paternalista; es decir, centradas en las enfermeras, en el sentido de tarea; posteriormente se destaca la idea de posibilitar, de auxiliar, de promover en el otro el crecimiento, favorecer sus potencialidades. El que recibe el cuidado pasa a ser colaborador, con responsabilidades en el sentido que su historia de vida, su experiencia y cultura son consideradas así como su individualidad, entonces deja de ser objeto cosificado y pasa a ser copartícipe.

A su vez, el cuidador deja de prestar atención exclusiva a los procedimientos para volcarse a la persona como ser humano en el sentido que toma al cuidar como medio que ayuda a crecer no sólo al otro sino también a él mismo como cuidador.

Veamos muy brevemente la evolución de las diferentes concepciones desarrolladas por enfermeras que nos permita ubicarnos en el análisis del cuidar/cuidado, tomando como referencia a **KEROUAC y col.** (1996:147-151).

Hay enfermeras que han planteado orientaciones filosóficas (*OF*), otras han planteado modelos conceptuales (*MC*) y finalmente hay un grupo de enfermeras que ha desarrollado teorías de enfermería (*TE*).

Florence Nightingale (*OF*) en 1859 fue la primera en presentar una concepción de la disciplina enfermera que ha guiado la práctica, la formación y la gestión de los cuidados enfermeros por varias generaciones, haciendo énfasis en ambientes saludables y no necesariamente en el cuidar en sí.

Hildegard Peplau (*TE*) en 1952 reconoce la ciencia enfermera como ciencia humana, centrada en las relaciones interpersonales.

Virginia Henderson (*OF*) en 1955 conceptúa que los cuidados enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Dorothy Johnson (*MC*) en 1958 inicia la corriente de la escuela de los efectos deseables, propone objetivos amplios y ambiciosos para los cuidados enfermeros, orientados a la persona que es vista como un sistema.

Dorotea Orem (*MC*) en 1959 destaca con su propuesta del autocuidado.

Faye Abdellah (*OF*) en 1960 plantea el uso del método de resolución de problemas con el fin de ayudar a la persona a adaptarse en sus 21 necesidades de salud, competencia de la enfermera.

Josephine Paterson y Loretta Zderard (*OF*) en 1961 sostienen el refuerzo de bienestar y de superación por un proceso de *transacción intersubjetiva* en el que las necesidades relacionadas con la salud/enfermedad son percibidas.

Lidia Hall (*OF*) en 1961 enfatiza la interacción con el cliente en un proceso complejo de enseñanza y aprendizaje.

Ida Orlando (*TE*) en 1962 plantea así mismo la interacción de la enfermera con la persona que requiere ayuda con el fin de mejorar su salud.

Moyra Allen (*TE*) en 1963 corrobora al afirmar a la interacción humana de la enfermera basada en principios científicos, dirigidos a conservar la energía e integridad mediante el cambio del entorno y cuidados individualizados.

Joyce Travelbee (*TE*) en 1964 también destaca el proceso interpersonal y servicio dirigido a asistir a la persona y familia a fin de prevenir la enfermedad o acomodarse al sufrimiento a fin de encontrar *significado* a su experiencia.

Ernestina Wiedenbach (*OF*) en 1965 combina deliberadamente sentimientos, pensamientos, acciones y percepciones para comprender a la persona, su condición, su situación y necesidades.

Myra Levine (*MC*) en 1967 reconoce a la interacción humana basada en principios científicos dirigidos a conservar la energía e integridad mediante los cambios en el entorno y cuidados individualizados.

Imogene King (*MC*) en 1968 aborda el proceso de interacción recíproca entre enfermera, la persona y el entorno, conduciendo a transacciones para el logro de objetivos.

Martha Rogers (*MC*) en 1970 plantea la promoción de la salud favoreciendo una interacción armoniosa entre el hombre y el entorno, centrado en la integridad y campos de energía.

Callista Roy (*MC*) en 1971 defiende la ciencia y práctica de la promoción de la adaptación de la persona que tiende a evaluar los comportamientos del cliente y los factores de su adaptación.

Betty Neuman (*MC y TE*) en 1975 plantea la intervención que se orienta hacia la integridad de la persona que se interesa por todas las variables que tienen un efecto sobre la respuesta de la persona a los agentes de estrés.

Madeleine Leininger (*TE*) en 1978 enfatiza en la ciencia y arte humanista aprendidos, centrados en los comportamientos, las funciones y los procesos de cuidados personalizados, adaptando y reestructurando los cuidados culturales.

Margaret Newman (*OF*) en 1979 sostiene en la ciencia que reconoce patrones y favorece la expansión de la conciencia creando una relación mutua entre enfermera y paciente.

Jean Watson (*OF*) en 1979 plantea con el enfoque heideggeriano el *arte y ciencia del caring*, ideal moral y procesos transpersonales dirigidos a la promoción de la armonía “cuerpo alma y espíritu”, utilizando 10 factores de cuidados.

Rosemarie Rizzo Parse (*TE*) en 1980 con el enfoque heideggeriano propone su teoría *Man-living-health*, en la que ciencia y arte están centrados en el ser humano en tanto unidad viviente en actualización y en la calidad de vida mediante la participación cualitativa de la persona en sus experiencias de salud.

Resumiendo, son seis escuelas de pensamiento, según las cuales el cuidar-cuidado aparece como:

- Necesidades: Henderson, Orem, Abdellah
- Interacción: Peplau, Orlando, Travelbee, Wiedenbach, King.
- Efectos deseables: Roy, Johnson, Levine, Neuman.
- Promoción de la salud: Allen.
- La concepción unitaria de la persona: Rogers, Newman, Parse.
- Corriente existencialista del cuidado: Leininger, Watson.

Lo interesante es que a pesar de la numerosa cantidad de obras internacionales publicadas -aunque poco accesibles- sobre la complejidad del cuidar-cuidado se hace imprescindible seguir expandiendo y profundizar los estudios en razón a la multidimensionalidad de estos dos constructos y por otro lado a la pluridiversidad del cuidar en diferentes escenarios.

Enfermera que destaca es **LEININGER** al plantear una teoría del cuidar o **teoría transcultural** sosteniendo que hay comunalidades y diversidades en el cuidar. Esta propuesta es contestataria a la praxis de enfermería que continuaba y continúa aún orientada a los procedimientos técnicos de la curación y al culto de la eficiencia, productividad cosificando al doliente y omitiendo su condición ontológica en el marco del hegemonismo biologista positivista. Su mérito fue que hasta hace una década ella identificó **175** constructos de cuidar/cuidados con significados, usos e interpretaciones específicas; para ello propuso la etnoenfermería, método basado en la etnografía, centrado en las percepciones **émicas** de los informantes, en vez del enfoque **éticos** del investigador. La apertura antropológica-filosófica por tanto insta a trascender el enfoque de escenarios intrahospitalarios positivistas para ir al encuentro pleno del ser humano.

Constructos de cuidar/cuidado incluyen acciones y actitudes de asistir, apoyar, capacitar y facilitar que influyen en el bienestar o estado de salud de las personas, familias o grupos como condiciones humanas generales, estilos de vida y contexto ambiental. Ella se dió cuenta que el reconocimiento de las dimensiones culturales del cuidar era imperativo para el reconocimiento de enfermería a fin de establecer su base epistemológica, ontológica y **axiológica** (el agregado es de la tesista).

Para el desarrollo de su teoría, usó el concepto básico del cuidar/cuidado como la esencia de enfermería y su foco principal, dominante y unificador; es decir, hay definiciones culturales como también hay definiciones universales.

Identificó y definió cuidar/cuidado genérico y profesional. El primero lo entendió como formas naturales, caseras, folclóricas. La segunda como sistemas de cuidado.

Es importante destacar las tres modalidades principales previstas en esta teoría que guían los criterios, decisiones o acciones de enfermería de forma de proveer lo que ella llama *cuidado cultural congruente*. Estas modalidades incluyen: 1) preservación o mantenimiento del cuidado cultural, 2) acomodación y/o negociación del cuidado cultural, 3) reempadronamiento o reestructuración del cuidado cultural.

En cualquier cultura, los seres humanos perciben y experimentan comportamientos de cuidado y no cuidado dentro de su contexto cultural familiar. La propuesta de la *Teoría Cultural del Cuidado* es investigar diversidades y universalidades en relación a las visiones del mundo, estructura social y otras dimensiones, para descubrir medios de proveer cuidar/cuidado congruentemente a las personas de diferentes culturas, de manera de mantener o rescatar su bienestar, salud o enfrentar la muerte en forma apropiada, respetando sus normas culturales. Es interesante cómo en 1978 en la ciudad de Alma Atta nace oficialmente la Atención Primaria, cuyas raíces es precisamente el rescate del cuidado cultural.

Por otro lado, llama la atención que las palabras, términos cuidar-cuidado siendo comúnmente utilizada por enfermeras por más de un siglo, aún tengan en su significado características, procesos, tipos, elementos con expresiones divergentes, identificadas y validadas de manera circunscrita, en la que no se conceptúa al individuo como ser antropológico-filosófico.

El cuidar-cuidado precisa ser visto como foco central de la disciplina enfermería, permeado por el *cotidiano* de su praxis en diferentes contextos.

WATSON Directora del *Centro de Cuidado Humano, en la Universidad de Colorado*, destaca los diez “**carative factors**”⁵ sosteniendo que en el *día a día* la práctica de enfermería requiere un fundamento en un sistema

⁵ Es interesante cómo establece analogía con Maslow; véase *The philosophy and Science of Caring*. University Press of Colorado. USA Así mismo confróntese con **Notas 2** del capítulo I de esta tesis: *Caring Science as Sacred Science*.

humanístico de valores, combinado con el conocimiento científico por cuanto que esta combinación subyace en la ciencia del cuidado. Ella usa el término *carative* en contraste al término *curative* para ayudar al estudiante de enfermería a diferenciar con la medicina. Evidentemente reconoce que se debe seguir profundizándose en el estudio.

Esta enfermera establece previamente siete premisas para la ciencia del cuidado en enfermería como el hecho de ser demostrada y practicada sólo interpersonalmente; implica la satisfacción de ciertas necesidades humanas⁶; promover la salud individual o crecimiento familiar; considerar el desarrollo valorativo humano⁷ mediante el cuidado del ambiente circundante; la condición saludable del cuidado, de ahí que “(...) a science of caring is therefore complementary to the science of curing” y por ende lo central de enfermería y no son contrapuestas.

En este marco no se acepta que la enfermera adopte comportamientos de sacrificio, dando todo y negándose a ella misma; sino por el contrario resaltar sentimientos y actuaciones que promuevan la vida, la salud de ambos, porque ambos crecerán.

WATSON en su segundo factor -retoma escrupulosamente datos históricos- aborda el infundir, inculcar fé-esperanza, así menciona que Hipócrates pensó que la mente y el alma de la persona enferma deben ser inspiradas antes que la enfermedad fuese tratada, en tanto que Aristóteles fue consciente que el teatro tenía efectos terapéuticos. Asclepio el dios griego de la medicina fue a menudo representado con sus dos hijas Hygiea, diosa de la salud y Panacea, diosa de la curación.

La primera guardó la salud, prescribiendo la autodisciplina y buen ambiente y la segunda usó drogas y manipulaciones para curar. Mirando a la cultura egipcia antigua, menciona que el sumo sacerdote y el médico fueron la misma persona y por miles de años la medicina fue cerrada y asociada con la religión y fé.

⁶ Watson tiene y evidencia la influencia heideggeriana, buberiana. Confróntese en Marriner-Tomey *Modelos y Teorías de Enfermería*. Méjico: Mosby/ Doyma Libros; 1995, pág 150.

⁷ Confróntese con Ortiz Cabanillas: la información del paleocórtex límbico-heterotípico, subsumido por la información sociogenética en el sistema conativo-volitivo

La fé y esperanza tradicionalmente han sido importantes para resaltar los sistemas de la enfermedad; la medicina fue secundaria a la magia, encantamientos, hechizos y rezadores, milagros de fé aparecen a menudo en la Biblia. Otros enfoques antiguos de tratamientos como el astrológico babilónico fueron basados sobre explicaciones sobrenaturales de las causas y curaciones de la enfermedad. El coraje, ánimo e inspiración fueron complementarios y tuvieron efectos psicoterapúticos de modo que el doliente asumía actitudes de cambios favorables.

Los factores fé y esperanza son básicos pudiendo afectar el proceso de curación, cada vez más se acepta que la medicina es sólo una de las maneras de tratar la enfermedad. Es por ello que desde el encuentro de ministros de salud en Alma Atta en 1978 se acepta a la medicina tradicional como complemento de la medicina convencional, por cuanto que continuarán millones de personas sin atención y por otro lado se ha abierto el diálogo entre los saberes convencionales y los *otros saberes*.

Dentro del marco científico como dentro del marco filosófico, en el infundir fé-esperanza, la enfermera no desestima las creencias del doliente, al contrario los animan como influencia y contribución significativa por que son válidas.

El tercer factor, se refiere al cultivo de la sensibilidad hacia el autoconocimiento o self, partiendo del sistema afectivo-emotivo⁸ que se desarrolla en los primeros cuatro años de vida. **WATSON** acierta en reconocer que la única manera de desarrollar sensibilidad es el autoconocimiento de uno y de los demás, es por ello que la frase acuñada por Sócrates “conócete a ti mismo” sigue vigente. La práctica de la *pedagogía del nosotros*, explicado en nuestro entender por **BUBER** (1992:40-50) y **LEVINAS** (1993:9-15), antes citados, son paradigmas axiológicos del cuidar/cuidado.

⁸ Ver la hermenéutica de la corporeidad que Torralba i Roselló, con el enfoque holístico, sostiene que el hombre está encarnándose a sí mismo, desarrollándose en un cuerpo entre la facticidad de sus proyectos y el perspectivismo trascendente, de ahí que abogue de no robarle su identidad para transformarlo en el objeto, no robarle seguridad, no robarle su privacidad, coincidiendo con Merleau-Ponty [.op.cit](#), cap 9

Esta enfermera -que continúa asesorando grupos de cuidado en América Latina como la Facultad de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela- arremete con la axiología como guía de la propia actuación a través de la autoaceptación y reflexión moral-ética para *respetar* la dignidad ontológica del doliente, su libertad, su individualidad insustituible, intransferible, incanjeable, su heterogeneidad, su arraigo, su biografía, su propio itinerario, que manifiesta su mundo interior en la corporeidad⁹.

La autenticidad con el autoconocimiento es el fundamento para la integridad que se establece en la relación *yo-tú* buberiana, base para establecer una relación empática de aceptación, exploración, crecimiento, que conmina a la enfermera a ayudar al otro en el logro de satisfacción, confort, libertad de dolor. Esta sensibilidad de la enfermera permite que el doliente comprenda sus sentimientos, los acepte y juntos movilizar a niveles de madurez, funcionalidad, que es singular en cada persona¹⁰.

Otra teórica de enfermería es **ROACH** (1998:13-17) que también considera el cuidar-cuidado como una **forma de ser** visto bajo una perspectiva ontológica, no como expresión exclusiva de enfermería sino de la humanidad; es decir, los individuos cuidan porque son seres humanos, enraizado en su naturaleza óntico-ontológica. La capacidad de cuidar puede ser desarrollada, despertada o inhibida a través de experiencia educacional y principalmente por la presencia o ausencia de modelos de cuidar/cuidado, ésta es contestaria en respuesta a alguien o algo que representa o se atribuye importancia y valor¹¹. Esta autora presenta cinco características (**5Cs**) que, parafraseando a **SPRADLEY**, diríamos *temáticas* conteniendo *dominios*; es decir, conjunto de simbologías con significados.

Compasión: “(...), *comprende una relación vivida en solidaridad con la condición humana, compartiendo alegrías, tristezas dolores y realizaciones.*”

⁹ Confróntese nuevamente en págs 101-115 de *Antropología del Cuidar* de Torralba i Roselló.

¹⁰ Es interesante el análisis que hace Martín Buber en *Yo y Tú* sobre la interpersonalidad que no es un alter ego, sino lo denomina el otro como infinito, irreductible a mis pensamientos y posesiones, que es imprevisible e improgramable, el hombre se torna en yo a través de un tú; para Buber el espacio donde se da el encuentro entre dos seres humanos es un proceso dinámico, ese encuentro es presencia abierta, honesta, auténtica donde cada uno es confirmado y reafirmado por el otro; así como Inmanuel Lévinas en *Trascendencia y altura* cuyo tema central es ir hacia la otra persona, hace que nuestro mundo sea moral, nos convoca a ser responsables...(…) para el Yo, como existencia en primera persona, en la medida en que su egoidad significa una responsabilidad infinita para el otro.

¹¹ Ortiz Cabanillas estudia ampliamente el sistema emotivo-afectivo en su modelo psicobiológico de la personalidad, confróntese así mismo con referencias bibliográficas 5 y 73.

Envuelve una forma de estar presente, unos con los otros (...) la necesidad de enfatizar el ingrediente humanizador en un mundo cada vez más frío e impersonal de ciencia y tecnología”.

Competencia: “(...) conocimiento, criterio, habilidad, energía, experiencia y motivación necesarias para responder a las demandas de las responsabilidades profesionales, unida a compasión (...) competencia sin compasión puede ser brutal y deshumana y compasión sin competencia es intrusión inexpressiva”.

Confianza: “(...) promoción de donde las personas se sientan seguras (...) este estado de sentir seguridad, de sentir confianza envuelve otro ingrediente que es el respeto”.

*Conciencia: “(...) estado de conocimiento moral, envuelve una respuesta a un valor importante **per se**, de afectividad, no emotividad o sentimientos casuales sino respuesta intencional, deliberada, significativa racional”.*

Compromiso: “(...) respuesta afectiva compleja, caracterizada por la convergencia entre deseos y obligaciones y por una escogencia deliberada para actuar en concordancia con ambos”

Veamos ahora una de las últimas teorías: **teoría transdimensional de da SILVA** (1996:27-31)

Esta enfermera buscó estructurar las ideas en un conjunto de significados interrelacionados que traducen la síntesis de un todo complejo, coherente, adoptando el *proceso* como camino, evidenciando la construcción del *diálogo* entre la razón y la intuición, entre lo objetivo y lo subjetivo, teniendo como aspecto directriz las creencias y valores de las experiencias personales-profesionales vividas en el plano individual y grupal¹² En este caminar, delimitó el área de estudio, tomando los paradigmas particular-determinístico; el interactivo-integrativo y el unitario-transformativo proponiendo avanzar en dirección a una nueva perspectiva de integración y

¹² Tanto la enfermera como la persona que recibe los cuidados buscan la soledad como espacio metafísico intermitente para el autoreplanteo, autoconfrontación no sólo en situaciones límite jasperianas ,o la transición de Meleis, sino para la construcción-deconstrucción, la autopoyesis del self / selbst socrática, buscando la neguentropía frente a la entropía antropológica. Muy diferente es la soledad obligada durante la dolencia que, como aplastamiento, vértigo, náusea de ese **ser-ahí**, del *geworfenheit* requiere de la morada de la condición humana, en la acogida, acompañamiento del cuidar.

de transdimensionalidad del ser en su medio, ultrapasando el proceso de salud-enfermedad y teniendo como prioridad la vida en sus más diversificadas formas de expresión, es por ello que la autora adopta los conceptos filosóficos de immanencia y trascendencia como principios orientadores que recibirán nuevos significados incluyendo oposición y complementariedad con el propósito de superar el extremo separatismo entre las disciplinas y/o profesiones y entre éstas y el sentido común¹³.

El mérito de esta enfermera es que indaga cómo las palabras cuidar/cuidado comienzan a destacar en enfermería en la década de los cincuenta, habiendo sido la esencia de enfermería como ocupación y profesión, de ahí que haya adoptado algunos principios de la filosofía oriental, teorías de la personalidad de Jung y mitologías culturales, por lo que propone tres niveles para la evolución del cuidado: 1) conciencia femenina del cuidado, 2) conciencia masculina del cuidado y 3) relación estética de ambas conciencias. Estos niveles se presentan en forma relativa.

Así, en la conciencia femenina del cuidado, destaca un patrón universal en la psique humana (arquetipo jungiano) que se manifiesta en una relación maternal, en que aún no hay división entre el **yo**, el **no- yo**, el **self** y el **otro**, en el sentido que el grupo es más importante que el individuo y las relaciones de las personas con la naturaleza es asociada con lo divino¹⁴.

En la conciencia masculina del cuidado emerge en el estadio de la conciencia patriarcal que, como en el nivel anterior se caracteriza por una creciente complejidad y se expresa de forma trascendente,¹⁵⁻¹⁶ es decir, el universo del cuidado ahora se da en un nivel de objetividad analítica,

13 Es interesante la coincidencia con la cosmología andina, analizado por Josef Estermann que hasta ahora subsiste, ver *Filosofía Andina*, Quito: Ediciones Abya-Yala, 1998

14 La Dama de Elche en España, es una de las tantas evidencias de esta cosmovisión.

15 Interesantísimo resulta las explicaciones antropológicas que nos proporciona Fernando Silva Santisteban Bernal en su ensayo *El primate responsable*, Fondo Editorial del Congreso que se ha publicado en el 2005 "(...) el hombre ha ido hacia la diferenciación y la marginación de determinadas sociedades y entiende cada vez menos su relación con la naturaleza. Aquí - dice el autor - ya no hablamos de la ética como disciplina filosófica, sino como una condición de **supervivencia**. Aunque somos una especie joven (tenemos cinco millones de años a diferencia de otras especies que tienen cien millones), estamos acelerando nuestra extinción"

16 El reduccionismo inmanentista es la delimitación del ser humano a sus concreciones de tipo histórico, temporal y espacial, no hay destello de eternidad, es el aquí y ahora en una integración y unidad; en tanto que la trascendencia va más allá del espacio y tiempo intentando la diferenciación y la separación. Estas categorías filosóficas han sido desarrolladas por Platón, Agustín de Hipona, Kierkegaard, Wittgenstein, Jaspers, Nietzsche, entre otros. Entonces interrogantes como de dónde vengo, a dónde voy, especialmente cuando se afronta experiencias límite, de transición en que se destaca su precariedad, fragilidad, vulnerabilidad ontológica son las dimensiones metafísicas de la trascendencia.

detectándose la dicotomía entre el saber teórico y el práctico. Otra diferencia es la inversión de valores; es decir, que en este segundo nivel se da énfasis al cuerpo y cura de la dolencia, debiendo ser eliminada inclusive con prácticas invasivas. El arte del primer nivel es olvidado y sustituido por el verticalismo impersonal del cuidador en desmedro del ser ontológico del doliente.

Concluye que el cuidado es visualizado tanto como proceso como producto, como un modo de ser y transformar nuestra civilización, de ahí que sea como el imperativo moral kantiano.

2.2.2. En la búsqueda de la integración

Hay unanimidad en reconocer la urgencia de mejores aproximaciones en el núcleo central de enfermería no obstante las divergencias en los abordajes sea cultural, existencialista, transpersonal/transdimensional, estética e inclusive la organizacional, así hemos visto estas posiciones: el cuidar como esencia (**LEININGER**), el imperativo existencial (**WATSON**), el modo de ser de la persona (**ROACH**).¹⁷

MORSE (1998:11-19) corrobora al sintetizar algunas de las investigaciones y proposiciones teóricas sobre el cuidar, identificando los siguientes conceptos epistemológicos: el cuidar como una característica humana, como un imperativo moral, como afecto, como interacción interpersonal y como intervención terapéutica.

LEININGER insiste al distinguir el cuidar, el cuidado, el cuidado cultural, el cuidado genérico y el cuidado profesional de enfermería; en tanto que **WALDOW** afina, delimita las definiciones, así el cuidar lo representa: como comportamientos y acciones que implican ciencia, valores, tecnología y actitudes, emprendidas en el sentido de favorecer las

¹⁷ Heidegger en el cap.VII, pág 218 interpreta el cuidar como preocupación (*sorge*), fundamento del ser-ahí, veamos la fábula 220 de Higino tomada de Goethe “ (...) una vez llegó Cura a un río y vió terrones de arcilla.Cavilando, cogió un trozo y empezó a moldearlo.Mientras piensa para sí, qué había hecho, se acerca Júpiter.Cura le pide que infunda espíritu al moldeado trozo de arcilla.Júpiter se lo concede con gusto. pero al querer Cura poner su nombre a su obra, Júpiter se lo prohibió, diciendo que debía dárselo el suyo.Mientras Cura y Júpiter litigaban sobre el nombre, se levantó la Tierra (Tellus) 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.Este les dió 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 dió forma a este ser, que mientras viva lo posea Cura.Y en cuanto al litigio sobre el nombre, que se llame “homo”, puesto que está hecho de humus (tierra) , Heidegger menciona a Burdach sobre la doble connotación de Cura : esfuerzo angustioso y solicitud , entrega .

potencialidades de las personas para mantener o mejorar la *condición humana* en el proceso de vivir y morir; y el cuidado: como fenómeno resultante de ese proceso de cuidar, en la que éste representa la forma cómo ocurre o debería ocurrir el cuidar entre cuidador y la persona que es cuidada.

Sin embargo cuando se habla de cuidado en el *cotidiano* se sigue objetivando y anclando, en términos de Moscovici, la idea de ejecución de algún procedimiento de enfermería y aún más, con tecnología de punta, sólo como resultado de prescripciones médicas relacionado a problemas patológicos, de ahí que aún se continúe -en muchas entidades formadoras- este modelo en la enseñanza. Seguido viene la revisión de la patología, se aborda rápida y finalmente los cuidados de enfermería como se concreta en el acápite 2.2.5.

Veamos la aproximación a la comprensión antropológica -inevitable- de la muerte como categoría existencial¹⁸, nuestra reflexión la enfatizará como el único acontecimiento real, seguro en la vida; su condición dialéctica de presencia-ausencia; el sentido y dignidad de morir.

En sociedades contemporáneas se la ha tabuizado, hay un silencio, un ocultamiento, lo que conlleva al peligro de la muerte indigna, a la prolongación tecnológica. Entonces comprender los límites ontológicos del hombre es aceptar que el morir es dejar de ser, es desestructuración, desvertebración total, término del proyecto, como decía **HEIDEGGER** (1993:65-71) la *imposibilidad de mi posibilidad*, o más optimista *posibilidad de mi imposibilidad*, como decía **SARTRE** (1966:11-115).

Es por eso que **LEININGER**, innegablemente es considerada -en enfermería- la teórica e investigadora que más se ha preocupado en difundir el cuidado significativo en la persona. Esta se torna en el centro para la cual

¹⁸ Para Heidegger la muerte como estructura ontológica-existencial, es la posibilidad de ya no poder ser-ahí (...) es la posibilidad más peculiar, irreferente, cierta y en cuanto tal indeterminable, e irrebable de la absoluta imposibilidad del ser-ahí (...) existencia, facticidad, caída caracterizan el ser relativamente a la muerte y por tanto ingredientes constitutivos del concepto existencial de la muerte. Para Sartre es por el contrario, la imposibilidad de toda posibilidad.

las acciones del cuidar son dirigidas¹⁹. Otras teóricas y estudiosas han contribuido en la comprensión del temperamento de la cuidadora, añadimos para ambos.

ROACH, defendiendo el cuidar como una forma de expresión de nuestra humanidad, refiere que el cuidar es contestatario; es decir, es una respuesta a un valor. Ella explica que el cuidar como respuesta, afirma valores ontológicos, pertinentes a la naturaleza del ser como dignidad, moralidad, estética, conocimiento científico, política, economía. El cuidar al paciente, asume la naturaleza de una respuesta deliberada no sólo del intelecto, sino del temperamento y carácter.

WATSON añade el *arte de cuidar* como forma de expresión total. Ella acepta el pensamiento posmoderno²⁰ para ayudar a encontrar nuevas explicaciones y significados. La realidad y la verdad no son más definidas sólo objetivamente; el cuidar y la curación (healing) están ligados unos con otros siguiendo la metáfora del holograma.

Los primeros debates sobre el cuidar que resurgieron más recientemente en enfermería tuvieron el referencial en **MAYEROFF** (1971:58-60) quien utilizó el concepto relacional, existencial como ideal filosófico -*latus sensus*- que incluye el cosmos, envolviendo desarrollo, ayuda a crecer y a realizarse y para eso existe un pensamiento común: al cuidar se experimenta el sentido del otro levinano. La otra *personalidad* es respetada como ser independiente, así como son respetadas sus necesidades, las que son satisfechas con devoción que **MAYEROFF** explica como compromiso para con la persona.

¹⁹ Véase *La Postmodernidad* de J.F. Lyotard en que se proclama la caída de la razón como única vía para alcanzar la verdad, la ruptura de las ideas totalizantes, la liberación de las diferencias y la apertura a la tolerancia hacia otras metodologías, de ahí que Leininger incorporó la etnometodología en enfermería, Gauthier-Santos la sociopoética, Cabral el método sensitivo creativo, con investigaciones en enfermería sea para tesis doctoral o maestría en enfermería.

²⁰ Jane Morse - al igual que Watson - en el análisis de las estrategias de confort de la enfermera, denomina un estilo específico de hablar como Registro de Habla de Confort (Proctor & Morse, 1996) así por ejemplo, cuando se observa el cuidado en Emergencia, todos parecen estar gritando al mismo tiempo. Procuran de alguna forma comunicarse usando tonos y volúmenes diferenciados. A pesar de la proximidad entre enfermera y paciente (en general 25 cms.), ella se comunica con el paciente ,utilizando una voz monótona, que frecuentemente interrumpe el paciente; por ejemplo durante la reacción al dolor, ella le responderá inmediatamente: "yo sé.Yo sé, querido"[...] al confortar al paciente en sufrimiento la enfermera se posiciona de una forma particular, se inclina asumiendo una posición cara a cara, paralela al del paciente.Si los ojos del paciente están abiertos, ella mantiene el mirar del paciente fijo con su propio mirar y el paciente responde.El toque terapéutico de ella es firme, con la palma de la mano en el brazo o pecho del paciente.El toque es continuo. De esta forma, utilizando estrategias directas de habla, postura y toque, permite al paciente-en sufrimiento agudo-resistir y mantener el control.

Entiendo a esta *personalidad* como el individuo humano organizado -en el decir de **ORTIZ CABANILLAS**- a partir de la *información* genética de sus células, reestructurada en base a la *información* sociocinética almacenada, transcrita y procesada en el neocórtex en *información* psíquica consciente: afectiva, cognitiva y conativa, de cuya actividad depende la reestructuración social de sus componentes: temperamento, intelecto y carácter.

Precisado el constructo *personalidad*, retomo a **MAYEROFF**, cuando presenta ocho ingredientes principales tales como *conocimiento del otro ser*; estar bien intencionado no es suficiente como se dijo anteriormente; *alternar ritmos*, modificar el comportamiento frente a las necesidades del otro; es decir, aprender de los errores, ser flexible; *paciencia* para que el otro crezca a su propio ritmo. *Honestidad* frente a sí y al otro; *confianza* libertad y no dependencia; *humildad* para aprender del otro, como antítesis de poder; *esperanza* de que el otro crezca en ese proceso de cuidar y el *coraje*.

En Leininger, Roach, Watson y en Mayeroff subyacen las ideas de **HEIDEGGER** que, desde 1929 plantea la noción de cuidado auténtico, el ejercicio de poder ser, no como una forma de enseñar auto cuidado sino como una forma de enseñar a reconocer y utilizar sus propias potencialidades pasadas (*como ser- cabe-los entes-intramundanos*), presentes (*ya-en-el-mundo*) y futuras (*pre-ser-se*).

Subyacen así mismo ideas de **BUBER**, utilizadas bajo su aspecto relacional personal, intencional, terapéutico que fortalezca el self/selbst del *yo-tú* e impersonal de las cosas *yo-ello*, en franca oposición al pensamiento moderno cartesiano que sostenía la imposibilidad de entender al otro y por tanto la relación con el otro será tangencial o instrumental. Así, al *yo* sólo le cabía suponer que el otro es como él, que piensa racionalmente como él, que siente lo mismo que él, que tiene las mismas necesidades que él.

De ahí que **BISHOP-SCUDDER** (1991:44-48), citadas por Waldow retoman el *yo-tú* entre enfermera que cuida y el doliente, no sólo como un individuo con categoría nosológica sino como una *personalidad* única, histórica, incanjeable. El *yo-ello* se interpreta como la exterioridad, los procedimientos de baja o alta tecnología que la enfermera está rodeada y arraigada (Moscovici) por la productividad y eficiencia de *Adriátrica von Mylendonk* cuando Heidegger insiste en el *umwelt* que subsume al *dasein* de la enfermera y del doliente, escapando de su mirada la interioridad (que está - ahí en él, en ella por la parafernalia de la tecnología de punta).

2.2.3. El confort en el cuidar/cuidado

Una categoría que hace una década entró en el debate del cuidar lo constituye el confort es por ello que amerita en esta tesis doctoral revisar rápidamente el avance del análisis teórico-conceptual. **NEVES ARRUDA** (1998:20-25) y **PEREYRA NUNES** (1996:55-59) analizan el concepto de confort a partir de seis estudios exploratorios con personas de diferentes edades, en diferentes contextos y situaciones de salud-enfermedad. Los significados atribuidos incluyeron constructos: libertad, integración, mejoría, afecto, seguridad, protección y comodidad. Proponen estas enfermeras que el confort es experimentada por la persona en su relación con el ambiente favorable que sea afectuoso, cálido, atento, amoroso y que propicie crecimiento, alivio, seguridad, protección, bienestar; es decir, un ambiente en el cual la persona experimente el cuidado humano.

Resaltan que el confort es una experiencia subjetiva que trasciende a la dimensión física porque incluye componentes psicopsicológicos-sociales-espirituales y ambientales al mismo tiempo. Como resultado del confort la persona recupera su fuerza o poder personal, experimenta ánimo, bienestar, crecimiento es capaz de movilizar mecanismos para encarar problemas y funcionar mejor en sus *competencias cotidianas*, mejorando su calidad de vida, adaptándose a la situación crónica que está vivenciando, sea esta situación relacionada a la salud o a la enfermedad.

Para **WATSON** es una variable que implica el medio ambiente externo e interno de las personas, sugiere por tanto proveer un ambiente de cuidado que incluya lo físico-mental-sociocultural y espiritual.

PATTERSON-ZDERARD (1988:30-33) abordan hace cuatro décadas el constructo confort-práctica clínica, con la interrogante “(...) *porqué yo, como enfermera estoy presente en una situación clínica relacionada a la salud y a la enfermería?*”

Estas preocupaciones las condujeron al desarrollo de la teoría: Enfermería Humanística en la cual la *construcción confort-práctica clínica*-todo al mismo tiempo es percibida como un fenómeno relevante para cualquier enfermera en su mundo de enfermería; es decir, que haya diálogo auténtico, envolviendo encuentro, relacionamiento y presencia en el mundo de las personas.

Lo interesante es que las personas pueden estar confortables aún en presencia de la enfermedad, situación explicada por la armonía de la dimensión interior de la persona. Lo que se remarca es que el ambiente sociocinético, así como la propia corporeidad contribuyen pero no determina el confort. Ahora bien, si parafraseamos a **SARTRE** diríamos *el infierno son los otros*, cuando encontramos tensiones entre el **ser –en– sí; el ser –para– sí y el ser –para– el otro.**

Cuidar es sinónimo de confortar en tanto que cuidado es condición para que ocurra el confort; vale decir, éste último es el efecto, resultado del cuidar y cuidado.

Cuando la enfermera evalúa el nivel de confort desde la óptica émica del doliente, asume que el antecedente es la satisfacción de necesidades del doliente, para luego encontrar categorías emergentes como libertad, integración, mejora, seguridad, protección, comodidad, gratificación, ánimo, autoestima, asertividad, divertimento (esto último en niños dolientes), asume así mismo que el consecuente es cuando el doliente recupera su fuerza o poder personal (reestructuración, vertebración de su

pluridimensión y plurirelación), capaz de movilizar mecanismos para funcionar sus *competencias cotidianas*.

Evidentemente el confort es una experiencia personal, subjetiva que trasciende la dimensión física que incluye sentimientos de mejora, seguridad, protección, comodidad, libertad, integración, que ocurre cuando no existe amenaza inmediata a la vida y a la integridad del ser.

Es por ello que **BOYKIN –SCHOENHOFFER** (1998:18-23) proponen que el significado de confort es único, irreplicable en cada situación de enfermería. La experiencia de confort es vivenciada en relaciones fundadas en el respeto, interés en oír al paciente; en que se ofrece comprensión, intención, percepción, lo que lleva a reflexiones continuas, reuniendo pistas, señales a la luz del marco conceptual, axiológico, utilizando múltiples formas de percepción personal, empírica, intuitiva, ética, creando lo artístico del momento, poniendo en evidencia la promoción del confort. Ellas toman a **BUBER** como su referencial del diálogo el que incluye una abertura (*da-sein*), una receptividad al otro, requiriendo confianza, autenticidad y una convicción básica en la totalidad de la persona, por cuanto ambos traen para la experiencia terapéutica todo su ser, su totalidad, en la que el foco del cuidar no es la entidad nosológica en sí, sino la condición humana, el respeto por la persona como individuo y de esta forma apoyar el derecho del paciente de hacer opciones; concentrarse en oír la historia del paciente, de forma que las respuestas atiendan a la totalidad del paciente, ser tan auténtica cuanto sea posible en el momento y estar receptiva a percibir las expresiones singulares del otro.

2.2.4. Contradicciones en el cuidar/cuidado

FRY (1980:78-90) recientemente ha propuesto un modelo de cuidado visualizando el *marco moral*; como un modo de ser, como una precondition para ser iniciado.

En nuestra opinión, en esta tesis se interpretarían dos aspectos del cuidar: el de actividad (desempeño) y el actitudinal (carácter); ambos no sólo se complementan sino que están inextricablemente articulados. Las actividades

(cognitivas, procedimentales), definidas como ayudar o asistir y servir son evaluadas a través de la relación cuidadora-doliente. Sólo pueden ser consideradas realmente cuidando al doliente desempeñadas de un modo particular, por la expresión del componente temperamento –carácter de ambos.

En cambio **MAYEROFF**, insiste en el *llamado o vocación*, de hacer el bien que no es un desempeño impensado, sino responde a la estructura carácter. Esta postura no es compartida ni por **ROACH** ni por **BOYKIN-SCHOENHOFER**. El debate no debe continuar. Debe dar por concluida esa brecha preocupante entre lo observado y lo esperado. Hay enfermeras cuidadoras *objetivadas y arraigadas* en tareas cuyo real y auténtico compromiso moral con la profesión, está muy alejado de lo esperado no obstante su trabajo sea productivo, eficaz y eficiente que –stricto sensu– tampoco sería cuidado. (*Adriática von Mylendonk*) El valor agregado para esta posición estará en la objetivación y arraigo concomitante de la condición humana, superando esa dicotomía.

En esta última postura coincidimos con **MORSE**. Por otro lado para **ROACH, MAYEROFF**, el cuidar es un fin en sí mismo, que discrepamos y más bien coincidimos con **WALDOW** cuando postula que la finalidad es mantener, mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir. Decimos que concordamos con esta última enfermera por cuanto que el marco teleológico del cuidar como se ha venido sosteniendo–en lenguaje metafórico–en esta tesis es *acoger* al otro que está en la intemperie, sin morada, desvertebrado, desarticulado para ayudarle a reconstruir sea total o parcial su estructura pluridimensional y plurirelacional. El cómo se le acoge puede ser respondido de acuerdo al enfoque transcultural leiningeriano, al enfoque transpersonal watsiano, al enfoque transdimensional silvano entre otros; vale decir de *n* maneras y para ello dejamos el pensamiento lineal, simple cartesiano y optamos por el pensamiento complejo, hologramático postmoderno.

2.2.5. Corolario

Del análisis conceptual resaltamos que hay rasgos típicos del cuidar:

- 1) Inabarcabilidad por cuanto el ser humano es complejo en su estructura antes mencionada,
- 2) Inacabado ya que el ser humano no tiene sustancia fija, como sostenía Aristóteles sino es un proyecto de vida, una sustancia que se está haciendo, como defendían Heidegger y Sartre,
- 3) Inaccesibilidad porque es impenetrable, sólo podemos aproximarnos a su interioridad, de ahí la angustia socrática *conócete a ti mismo*,
- 4) Incerteza debido a que no podemos prever la conclusión del proyecto de vida (*somos seres incumplidos* decía Heidegger),
- 5) Compromiso versus indiferencia, por entrar en juego la estructura de la personalidad de ambos, requiriendo ambos salir de su interioridad para reconocer al otro, cara a cara,
- 6) Inmediatez para tender puente al *yo-tú-nosotros* (Buber, Lévinas),
- 7) Continuidad en el *día a día* versus transversalidad,
- 8) Cuidar –*latus sensu*- es un deber humano, en tanto-*stricto sensu*-es acompañar, suplir total o parcialmente mientras que el doliente está en la *intemperie*, desestructurado, desvertebrado en su pluri dimensionalidad y relacionalidad,
- 9) Cuidar y curar son complementarios, armónicos,
- 10) Es polisémico con muchos significados:
 - Entonces la condición *sine qua non* para cuidar/cuidado es la vulnerabilidad ontológica del ser humano, que amerita recuperar su autonomía, ayudarle a que sea, que crezca, que desarrolle, ello equivale a promover su ser, apostar por sus posibilidades, velar por la unidad de su ser en su singularidad y especificidad.

- Si la persona es singular, única, histórica, incanjeable, irrepitible por tanto el cuidar es singular, único, asimétrico (en el conocimiento y tecnología),
- Si la persona es libre por tanto el cuidar se da en un marco de libertad, caminando discretamente- sin ruido- a su lado, cara a cara, respetando su libertad para decidir el itinerario con el doliente,
- Si la persona tiene también una dimensión metafísica, el cuidar se constituye en *arte*²¹, en el que el diálogo primario, central lo constituye la sensibilidad, la presencia seria de la interioridad de la enfermera alrededor de la vulnerabilidad del doliente que necesita recuperar *la morada*, con el objetivo de acercarnos al fondo oculto y misterioso del doliente con simetría (en lo ético-moral) estando con, siendo con, caminando con, trascendiendo el límite *yo-tú*, yendo a la *nostridad*, trascendiendo el conocimiento lógico argumentativo del manejo científico, cartesiano, tecnológico, de ahí que se insista: la enfermera al escenario terapéutico va con su temperamento, su intelecto y su carácter. El problema es qué calidad tienen estas tres estructuras, éste es su límite.

No sólo estamos por tanto inmersas en el humanismo griego clásico, u otro, y el existencialismo que contrarresta la indiferencia intra-inter personal, sino que adoptamos el perspectivismo jasperiano como integración, como síntesis dialéctica para comprender la pluridimensionalidad y plurirelacionalidad de ese doliente.

- Si el doliente en su estructura psíquica de su actividad personal tiene un nivel de temperamento desarrollado; por tanto el cuidar se

²¹ Al respecto M.F. Colliere en *Promover la vida*, hace del linde filológico de los verbos en inglés **To care**: cuidar de, ocuparse de; en tanto **To cure** es curar, reseca, tratar suprimiéndole mal; de ahí deriva curetaje, cura. Añadiríamos los verbos en alemán **sorge** como preocupar, cuidar en tanto que **besorgen** es cuidar de, preocuparse de. Ver a propósito cómo L. Boff desentraña la riqueza escondida de cuidar/cuidado que deriva del latín *cura*, como *coera*, usada en un contexto de relaciones de amistad, amor, develo, preocupación y de inquietud por la persona amada u objeto de estimación. Otros como Boff dicen que deriva de **cogitare-cogitatus** como pensar, colocar atención, mostrar interés, revelar una actitud de preocupación. "(...) el cuidar/cuidado sólo surge cuando la existencia de alguien tiene importancia para mí (...) paso entonces a dedicarme a él, me dispongo a participar de su destino, de sus búsquedas, de sus sufrimientos, de sus éxitos, en fin de su vida". Boff cita a Horacio (65-8a.C.) "el cuidado es el permanente compañero del ser humano". *Saber cuidar: ética del humano-compañero por la tierra* pág 90-91.

dirige a ayudar a eliminar, atenuar el sufrimiento, es ágape regalándole algo de la propia vida continuamente,

- Si la persona es un fin; por tanto el cuidar es teleológico con la direccionalidad kantiana, ayudarle con lo que está siendo,
- Si la enfermera también es un ser con vulnerabilidad ontológica, requiere un mínimo de salud para trascender –salida extática- para ayudar al otro; por tanto el cuidar/cuidado tiene sus límites como decíamos líneas arriba y este trascender es en el *día a día*.

2.3 La cotidianidad

2.3.1. Aproximación teórica

Entonces comprender el *día a día* en general implica definirlo como lo rutinario, aquello que ocurre, transforma nuestra realidad permanentemente, por cuanto como señalábamos antes no somos sustancia fija -contradiendo a Aristóteles- sino sustancia que se va haciendo concordando con Heidegger y Sartre.

Se subraya que en lugar de relacionarse las personas sobre la base de *arraigos* -en las relaciones *yo-tú-nosotros*- los grados de libertad varían. Se consideraba el lenguaje como una forma específica del proceso de “significación”, un subtipo de *objetivación-arraigo* que se distingue por su propósito manifiesto de representar una amplia serie de significados subjetivos. El lenguaje^{22 23 24 25}, es un sistema de símbolos vocales, el sistema de símbolos más importante que evidencia la conquista del Homo sapiens sapiens. La importancia del lenguaje se debe a que puede desvincularse del aquí y ahora, de la interacción cara a cara y es capaz de comunicar significados y significantes que no son expresiones inmediatas de subjetividad. El lenguaje también permite conocer cosas que nunca hemos experimentado y probablemente jamás experimentaremos. También

22 En extenso estudio Eward Sapir *El lenguaje: Introducción al estudio del habla*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1966, explica la evolución del lenguaje, lengua y habla.

23 Véase Mauricio Swadesh en *Lenguaje y la vida humana*. Méjico D. F. :Fondo de Cultura Económica; 1996

24 Ver a Melville Herskovits *El hombre y sus obras*. Méjico D.F. :Fondo de Cultura Económica; 1984

25 Confróntese con Joshua Fishman en *Sociología del lenguaje*..Cuarta edición.Madrid:Cátedra lingüística; 1995

contribuye a acumular conocimientos y simbologías que se transmiten a generaciones futuras. Este y otros sentidos, constituye -en el pensamiento de los autores en pie de página- la estructura social de mayor importancia.

Por consiguiente, en toda sociedad hay una vida cotidiana y toda persona, sea cual sea su lugar ocupado en la división social del trabajo, tiene una vida cotidiana. Sin embargo, esto no quiere decir de ningún modo que el contenido de la estructura de la vida cotidiana sea idéntico en toda sociedad y para toda persona.

La pregunta que emerge es ¿cómo *interpretar* ese continuo de vida que queda plasmado en cada etapa de vida y que lo hace diferente?

2.3.2. *Hermenéutica de lo cotidiano*

En la interpretación de lo cotidiano ¿qué es la comunicación? ¿No se trata, entonces de abordar una temática dentro de la mixtura de posibilidades con el intento de abrir horizontes al hacer de las enfermeras docentes?

Lo cotidiano es precisamente "desde donde" las enfermeras docentes pueden realizar su hacer, una categoría sociológica-filosófica articuladora de la existencia, posible de abordar desde tres perspectivas históricas planteadas por: Heidegger, Lefebvre y Husserl, para buscar el sentido de las enfermeras docentes bajo diversas dimensiones: lo individual, lo social, lo económico, lo histórico, lo ético-político y lo ontológico, es por ello que emerge la interrogante:

¿Por qué y desde dónde la cotidianeidad y comunicación de las enfermeras docentes?

En las últimas décadas lo cotidiano se presenta como un fenómeno de interés para las ciencias humanas; sociólogos como **SCHWARTZ /JACOBS** (1994:41-47), **RITZER** (1996:57) reivindican la vida cotidiana²⁶
²⁷ ²⁸ como articuladora de la sociedad.

²⁶ Véase vida cotidiana en la construcción social de la realidad que hace George Ritzer en *Teoría Sociológica Contemporánea* México D.F.: Mc Graw Hill ; 1997.

En historia, especialmente en los trabajos enmarcados dentro del interés por recuperar la historia de las mentalidades colectivas, se da espacio al análisis de hechos de la vida diaria que a simple vista parecen ser triviales.

En antropología, el desarrollo del método etnográfico, a diferencia de los métodos tradicionales de encuesta o de acción participativa, consiste precisamente en la observación y análisis de los procesos que vive el hombre.

Lo cotidiano supone encontrar relaciones entre los elementos, implicaciones que deben descifrarse, es un trabajo de filigrana, encontrando lo sutil. Es el paso de los *efectos de superficie*, que es lo visible a las *estructuras profundas*, lo que hay detrás de lo visible del quehacer de las enfermeras docentes. No es simple taxonomía de dominios, sino más bien el espacio para ir "tejiendo" las redes del sentido académico. Lo cotidiano, como hipótesis de base, es la explanada, escenario donde las enfermeras docentes *dicen -hablan- enseñan y hacen su vida laboral*; lo cotidiano entonces, siempre es comunicación.

2.3.3. *Lo cotidiano y su reflexión en la historia*

Haciendo un enorme recorte y tomando una posición muy interesada, señalo tres ejes históricos en la reflexión sobre lo cotidiano que señalábamos en la página 34. En el primer eje retomo el pensamiento de **HEIDEGGER** que mira lo cotidiano como la caída, la muerte, lo trivial, como los hechos fruto de un tiempo inmediato, banal, donde la persona es anónima, gris, indefinida, unidimensional (*Adriática von Mylendonk*); (*der man: de todos y de nadie*), como un escenario de la cultura -y terapéutico- que es necesario hacer trascendente y no sólo *ser-ahí* arrojado (*geworfenheit*), como simple presencia como enfermera docente (*vorhandenheit*) en su escenario académico-terapéutico; es la referencia al hombre masa, unidimensional, muy al estilo de **MARCUSE**(1968:93-97) esa visión apocalíptica, de "la caída del ser"

²⁷Geertz ha denominado este tipo de actividad como "descripción densa", que busca encontrar las minuciosidades, las sutilezas, las pequeñas diferencias que explican y dan sentido a las *acciones cotidianas* del hombre.

²⁸Anthony Giddens en *Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización*. Bogotá: Taurus; 1999, sostiene que en la vida académica todo funciona dentro de tradiciones, que habría que defenderla diferentemente, ése es el futuro.

En el segundo eje, tomo el materialismo en **LEFEVRE** (1984:110-115) como una posición materialista, que parte de mirar lo cotidiano como falsa conciencia, como lo que enajena, aliena, como conciencia de clase que coloca un filtro, un lente para poder acceder a la realidad. Lefevre lo especifica diciendo que lo cotidiano opera sobre formas, funciones, instituciones; es un producto, un conjunto de funcionalidades que unen y reúnen los sistemas aparentemente distintos. Es lo que hace funcionar a las personas, pero las hace máquinas, las hace programadas, encerradas en su propio mundo, una visión muy de acuerdo con la cosmovisión marxista²⁹ de enajenación de no socialización, no confrontación (reclama *agudizar las contradicciones, para que haya movimiento, cambios*). Sin embargo, Lefevre no se queda ahí.

En un artículo titulado "Quotidien" dice que lo cotidiano es "(...) *lo más general y lo más singular, lo más social y lo más individual, lo más evidente y lo mejor ocultado*", y propone descifrar el mundo moderno, desde el jeroglífico de lo cotidiano. El concepto de "cotidianeidad" no designa pues, un sistema, sino el denominador común a los sistemas existentes.

Emerge otra interrogante: ¿por qué temer que el conocimiento de lo trivial, sería trivial; por qué el concepto de cotidianeidad no nos revelaría el aspecto extraordinario de lo ordinario, y más por el contrario nos ayudaría a avanzar?

Como tercer eje, me remito a la fenomenología, en particular a algunas propuestas metodológicas de **HUSSERL** (1986:100-112). El mundo-de-la-vida - *lebenswelt*- resume lo que es la vida cotidiana que conjuga el deseo y el sentido. Es lo que no se capta directamente, es el fenómeno -que se da para ser conocido- al que se llega regresivamente, en una continua interrogación regresiva que nos llevará hasta el *wessen*. El mundo-de-la-vida siempre estará ligado a la pregunta por el fundamento. Se busca así encontrar lo sistemático de lo superficial. Esto significa superar la visión de mundo-de-la-vida como lo sensible, lo evidente para entenderlo como mundo cultural y axiológico, asegurado por una cosmovisión de las

²⁹ Alfonso Ibáñez en Agnes Heller. *La satisfacción de las necesidades radicales*. Lima: Luis Valera editor. Instituto de Apoyo Sagrario; 1989, pág 19, hace una cita de Heller "(...) Marx dijo una vez que ser radicales significa afrontar problemas desde su raíz, y la raíz del hombre es el hombre mismo; por tanto todo cuanto se diga sobre la naturaleza del hombre está dentro de los límites de una filosofía radical".

docentes enfermeras, definida en términos de acción, y temperamento (*befindlichkeit*), se tratará de un *yo puedo* y de un *yo hago*. Aquí es donde nos situamos al abordar lo cotidiano de las enfermeras docentes en el que se dan “efectos de superficie” en sus manifestaciones como testimonios, discursos.

2.3.4. *El discurso de lo cotidiano*

HELLER (1972:120-125) y **ARENDT** (1974:92-97) aseveran que el discurso de lo cotidiano comprende tanto la esfera privada como la pública y podríamos afirmar que se dan tantos "discursos de lo cotidiano" como dimensiones humanas.

Así, en el ámbito individual diremos que para cada hombre, para cada mujer en su cotidianeidad se concreta su vida.

Los hechos cotidianos son "sus" hechos cotidianos, sus acciones individuales, singulares, particulares; es decir, es la esplanada de sus conflictos, donde se vive y se expresa el dolor y la felicidad: "su" trabajo, "su" diversión, "su" forma de llorar y de amar, en donde se manifiesta –latus sensu- su padecer humano, el drama de la vida humana como ya lo hemos analizado en la dimensión antropológica filosófica del cuidar en el acápite (2.2) Se enfoca a la persona doliente que por estar en la intemperie, desvertebrada en su pluridimensionalidad y plurirelacionalidad, requiere acogida, morada en su espacio más privado, único, irremplazable, incanjeable.

Enfoquemos -brevemente- sólo el espacio público de la cotidianidad de las enfermeras docentes.

Como lo afirma **HELLER**, lo cotidiano "*es espejo y fermento secreto de la historia*". No solamente las revoluciones sociales y tecnológicas cambian radicalmente la vida cotidiana sino que la vida cotidiana tiene una historia. Son las acciones diarias las que transforman la sociedad, es la interacción cotidiana, casi escondida o discreta la que posibilita la macro-historia.

Desde ahí dimana el sentido ético-político de lo cotidiano; es decir, la vida cotidiana es un escenario de continua elección que exige una permanente

toma de decisiones: desde las más privadas hasta las más públicas como en el caso de ejercer la docencia en enfermería.

Allí justamente se concreta las necesidades y la libertad. Se mixturán de una parte lo instantáneo y fugaz con fundamentos arraigados que condicionan las acciones. Como bien lo expresa Luckács, citado por **HELLER**:

"(...) en lo cotidiano se compromete el hombre entero con pensamientos, sentimientos, percepciones y acción".

Llegamos así a lo cotidiano en su dimensión ontológica, como fundamento del ser. Lo cotidiano es el lugar de la vida, el mundo de la vida como fundamento. Es el comienzo y fin de toda actividad humana. Es el fundamento de la realidad sobre la cual se configuran como andamiaje la ciencia y el arte, o bien como construcción teórica, o bien como creación de arquetipos que tienen su fundamento en lo real, en las acciones del día a día.

Es por ello que a enfermería se le considera como disciplina científica aplicada y arte en tanto vaya deconstruyendo, construyendo el pensar de su hacer.

Podemos -hasta aquí- afirmar que lo cotidiano es denso, complejo, resonante, que tiene dimensiones temporales y espaciales y que por ser conflictivo y contradictorio es potencializador. Lo cotidiano es a su vez lo más íntimo y lo más proyectivo; lo cotidiano, entonces, supone describir el carácter sintomático de lo superficial, manifestaciones que permiten develar la existencia humana.^{30 31}

De ahí que la filosofía occidental marque a lo cotidiano como algo superficial, ordinario; sin embargo reconoce en ella una potencialidad para interpretar al todo, ya que se asombra (*záudmazo*) de cómo hasta los grandes filósofos hablaban de cosas ordinarias al comienzo de sus reflexiones. En este sentido, la filosofía propone explorar lo repetitivo para

³⁰ Transcribo la referencia conocida que nos da Ernst Cassirer en *Antropología Filosófica* (...) el hombre ya no vive en un universo exclusivamente físico sino en un universo simbólico. El lenguaje, el mito, el arte y la religión forman parte de este universo, son los hilos que constituyen el tejido simbólico de la enmarañada trama de la experiencia humana. Cada progreso en el campo del pensamiento y de la experiencia refuerza y perfecciona la red"

³¹ Jean Françoise Lyotard en *La Postmodernidad*. Barcelona: Gedisa; 1986, págs 99-100, nos ilustra cómo en el siglo XXI el aumento de la complejidad será en la mayoría de los dominios, incluso en los modos de vida, en la vida cotidiana. Insiste en una tarea decisiva hacer que la humanidad esté en condiciones de adaptarse a unos medios de sentir, de comprender y de hacer muy complejos que excedan lo que ella reclama. Esta tarea implica como mínimo la resistencia al simplismo, a los slogans simplificadores, a los reclamos de claridad y de facilidades, a los deseos de restablecer valores

entender lo cotidiano, tanto lineal como cíclico, sea en la música, el lenguaje, la escritura manifestados en el quehacer del día a día.

Es a partir de estas premisas, y de la discusión existente sobre la cientificidad de las propuestas, que se trató en el pasado de abordar la sistematización de las cosas ordinarias, dejando entrever que hay una simultaneidad y una relación.

Ojo: falta línea horizontal

Pero éstas no son las únicas aproximaciones a la definición de vida cotidiana **HELLER** nos deja apreciar otra cuando dice:

“(...) la vida cotidiana es el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales, a su vez, crean la posibilidad de la reproducción social”.

Es decir que el ser humano particular es aquél que se apropia de una serie de habilidades y conocimientos que le permiten moverse en su ambiente, en su mundo, en la extracción de clase en que ha nacido.

MAFFESOLI (1988:41-43) piensa que la nobleza de la vida cotidiana se da a partir de lo ordinario, privilegiando lo íntimo, lo vivido, los microelementos:

“(...) una red sutil compleja, en la cual cada elemento objeto, asunto, situaciones anodinas, eventos importantes, pensamientos, acción, relaciones, etc. (...) sólo en cuanto ligadas al todo y sólo hace sentido dentro y por la globalidad”

Como se supone, la cotidianeidad aún encuentra rechazo en la comunidad científica, especialmente entre los neopositivistas³², probablemente porque consideran que en lo cotidiano, no conseguimos discriminar con certeza la dicotomía entre lo verdadero de lo falso, la ciencia de la ideología, el análisis de la síntesis, lo digital con lo analógico, lo real con lo imaginario, la razón con la irracionalidad. En el enfoque postmoderno la epistemología tiene mezcla de rigor e intuición, de razón y afectividad, de lógica y mitología, es por ello que entendemos a **MAFFESOLI** así como a **MORIN** (1936:201-209) que en la construcción de un nuevo saber, queda sin efecto el pensamiento totalitario, lineal, simple. Oo falta línea horizontal aquí

De esta manera la separación entre el discurso intelectual académico y la acción podrá ser atenuada, cuando la tónica sea de una epistemología renovada que se abra y comparta otros saberes en una complementariedad cuando del cuidar/cuidado se trata por ejemplo, permitiendo acoger al otro, darle morada en su transitoriedad en el proceso de la enfermedad o en su estado terminal.

Estos filósofos nos invitan a escapar del gran movimiento de la racionalidad o de la intelectualidad cartesiana para adentrarnos al *verstehen* weberiano de la cotidianeidad, llevándonos a reflexionar en la condición humana tanto de la enfermera que cuida como de la persona que es cuidada.

Pienso que transitar por estas rupturas epistémicas que se dan en esta postmodernidad nos da la oportunidad que *-en nuestro cotidiano-* repensemos la enfermería como una práctica social que deconstruye-reconstruye su pensar y su ethos en la relación con el *otro y el nosotros*; y sea halagüeño sospechar que en ese proceso, enfermería afine su criterio frente al positivismo y postpositivismo e inicie un tránsito hacia la pluralidad conceptual y metodológica de su pensar y hacer.

32 Confróntese con Pierre Bourdieu en *Los usos sociales de la ciencia*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 1997, pág 12 "(...) el campo científico como sistema de relaciones objetivas entre posiciones adquiridas (en las luchas anteriores) es el lugar (es decir, el espacio de juego) de una lucha competitiva que tiene por desafío específico el monopolio de la autoridad científica, inseparablemente definida como capacidad técnica y como poder social"

POLO SANTILLAN (2004:5-11) nos ayuda en esta reflexión cuando cita a lo que Taylor denomina la “afirmación de la vida corriente”.

“(...) pienso que la afirmación de la vida corriente, aunque puesta en entredicho y frecuentemente presentada en forma secularizada, se ha convertido en una de las ideas más potentes de la civilización moderna (...) dicho sentido de importancia de la cotidianidad de la vida humana, a la par de su corolario sobre la importancia del sufrimiento, colorea nuestra comprensión de lo que en verdad significa el respeto hacia la vida y la integridad humana”

Y por otro lado **Arendt** trata de tres actividades cotidianas: labor, trabajo y acción.

La labor tiene que ver con las necesidades vitales de la vida, por eso señala que “la condición humana es la vida misma”, en tanto que el trabajo corresponde a las actividades no naturales en la existencia humana. Indica que “la condición humana del trabajo es la mundanidad”.

En cuanto a la acción, considera en estrecha relación con la natalidad, hasta el punto de considerarla “la categoría central del pensamiento político”

2.3.5. Lo cotidiano: categoría articuladora de existencia

Hasta aquí expuesto, reconocemos que lo cotidiano como categoría articuladora de existencia, es mediación, preconfiguración y espacio de poiesis, de propuestas, de replanteos, de creatividad importantes en el quehacer de las enfermeras docentes.

El hecho cotidiano es lo que se dice, lo que se hace, es siempre discursivo, siempre presente como efectos de superficie que requiere interpretación de las estructuras profundas. Sin embargo, de una parte, está arraigado en la memoria, en la tradición, en la historia, en lo dado, lo que es estructural, institucionalizado, cerrado y anónimo; y de otra, se proyecta en la acción individual, particular-que incluye lo privado- como acontecimiento, como lo que se va haciendo.

Es en las acciones cotidianas donde se recrea el *aquí* y el *ahora* de la existencia humana y donde se concreta la condición conceptual y simbólica del ser humano.

Visto así, lo cotidiano no es lo aparente (efectos de superficie) sino lo descifrado, develable (estructuras profundas); lo entendemos entonces como mediación que a su vez requiere mediaciones para acceder a él. La vida cotidiana articula lo privado y lo público (como se señaló líneas arriba), es lo que facilita y permite conjugar la acción individual de la persona con la del *otro*, y con la de *nosotros* (**BUBER / LEVINAS**) es lo que da sentido al decir y al actuar. Es lo que permite el paso de lo privado a lo público, de lo singular a lo universal, el paso de la docente a su estamento. Lo cotidiano es mediación entre la persona y la naturaleza como posibilitador de cultura. En su cotidianeidad las enfermeras docentes expresarían su temperamento, intelecto y carácter creando y recreando en continua tensión-distensión con la esencia de la profesión.

En sus hechos cotidianos conjugan teoría y práctica, en cada acción cotidiana hay un saber, un conocer, un valer que permiten y facilitan el hacer. En la vida cotidiana se involucran integralmente, como diría **MORIN** hologramáticamente.

En lo cotidiano se va resumiendo el legado social de las docentes para permitirle su propia configuración, la construcción de su propio relato donde se van explicitando las condiciones de posibilidad de ser un proyecto. Lo cotidiano es entonces posibilitador, espacio, explanada de apertura para la imaginación, la creación, la subversión³³ en las prácticas cotidianas que constituye un conjunto muy amplio, difícil de delimitar, que provisionalmente podemos designar como conjunto de procedimientos, como esquemas de operaciones que dan sentido a las acciones como es el cumplimiento de su carga académica lectiva, no lectiva.

Visto así, lo cotidiano como prefiguración permite la construcción y reconstrucción de la "historia" de la existencia humana.

³³ Estamos totalmente de acuerdo con Albert Camus con la interpretación del hombre con espíritu de revuelta, de rechazo a que sea amordazado; por el derecho de impugnación cuando siente que está en el absurdo, que debe salir de las contradicciones. Muy diferente al hombre rebelde en el sentido de partido político que lo dogmatiza y lo arraiga. Véase El hombre rebelde.

Es precisamente en el hecho cotidiano en que las enfermeras docentes se expresan, se afirman, se realizan dejando su huella en la vida social. Lo cotidiano es, entonces, su *creatividad permanente*.

Las prácticas cotidianas siempre serán hechossingulares, únicos, incanjeables, repletos de imaginación creadora que permita el desarrollo de la profesión.

En el hecho cotidiano la persona se manifiesta como ser único que continuamente ejerce su voluntad, confirma su libertad. En su práctica cotidiana recupera su privacidad, haciendo uso de su posibilidad de elegir, ahí radica el potencial de la vida cotidiana como salida de la alienación, del absurdo, de la banalidad.

Si bien lo cotidiano se lo califica como lo que se repite, pensamos que esa repetición no debe verse linealmente sino como repetición creadora de Ojo falta línea horizontal sentido -recreadora- donde se semantiza el quehacer universitario. La repetición cíclica da sentido al tiempo porque la acción será nueva, en un tiempo nuevo, que adquiere sentido en forma nueva.

Lo cotidiano también se da en el decir. La conversación es espacio permanente de invención. Es en la narración cotidiana donde la docente va diciendo lo que ejerce en la EAPE.

El hecho cotidiano es sólo un fragmento de la realidad inmediata. Es por tanto menos que la vida, sólo una parte de ella, pero es más que la vida porque es en los hechos cotidianos donde se hace y se fija la historia. Decimos que el hecho cotidiano siempre es singular, único, irrepetible pero al volverse parte de la vida cotidiana se generaliza, se universaliza, se vuelve representativa de un tipo humano. No obstante que lo cotidiano siempre está arraigado a la tradición, al pasado, a lo ya dado, en su acción se posibilita la innovación, la creación, la proyección de la persona en su hacer y decir simbólico.

Si se está viviendo en otras entidades formadoras de enfermería rupturas de concepciones, paradigmas de la modernidad para dar paso a corrientes de pensamiento de la postmodernidad; en el que se revisa el plan curricular que expresa la relación aleatoria entre la concepción educativa del estamento docente y la realidad, implica que la teoría, doctrina y tecnología

curricular que ellas manejen, permiten monitorear y disminuir sesgos en el día a día, dado que el currículo se le entiende no sólo en su connotación estática como documento, sino en su connotación dinámica como proceso cotidiano.

Ese es el sentido de la tecnología educativa – stricto sensu- como conjunto de esfuerzos (procedimientos, técnicas e instrumentos) que usen -en el día a día- para la plasmación en los hechos de la doctrina, teoría curricular, asumidas por ellas y que la evalúen permanentemente y reporten en los talleres de evaluación curricular.

ALMEIDA-ROCHA (1984:51-53) revisan cinco fases en la enseñanza de enfermería: el religioso, el vocacional, el funcionalista, la organización de principios científicos y la construcción de las teorías de enfermería, desde la década del 50 hasta la actualidad.

El modelo religioso: presente en la etapa preprofesional (final del siglo XIX e inicio del s. XX). Los ideales cotidianos eran fraternidad, caridad, servidumbre, autosacrificio, desprendimiento, amor al prójimo, mostrando fuerte influencia de la Iglesia, por tanto el trabajo era concebido como espiritualizado y no necesitaba de marcos conceptuales. El escenario fue el hospital a donde acudían los menesterosos de modo que no había encuentro con el médico, ni dependencia.

El modelo vocacional: que emerge como resultado del Capitalismo, institucionalizándose en cuanto profesión, considerándose como arte o llamamiento, separándose de la práctica religiosa. Sin embargo lo cotidiano era el altruismo, la abnegación, la pureza, el sacrificio, la humildad, la falta de ambición profesional, el conformismo, la fidelidad y la responsabilidad. Se valoriza la disciplina y el ambiente del paciente. A enfermería le correspondió los cuidados del paciente frente a las nuevas relaciones de trabajo, propiciadas por las transformaciones en el saber y en la práctica médica; es decir, que ambos se encuentran y a partir de ese momento compartirán el mismo escenario, creándose la dependencia.

La fase funcional: alrededor de 1940, su principal característica cotidiana fue el desempeño de tareas y procedimientos, que se estandarizaron para ser supervisadas minuciosamente. Las relaciones de trabajo fueron impersonalizadas; con mucha disciplina y rigidez en el entrenamiento acompañadas con exigencia de humildad, devoción, servilismo y ser un profesional dócil, obediente, controlable. Su marco conceptual se basó en los principios de organización más que en los conocimientos científicos por cuanto se valoraba la destreza manual, resaltándose las actividades.

Fase de organización de los principios científicos que norlean la práctica: Ocurrió desde 1940 hasta 1960, la cotidianeidad se centra en el trabajo en equipo, en la preocupación de organizar los principios científicos, lo más próximo al saber médico, de ahí que se enfatizó la dependencia, sin naturaleza propia, específica y sin autonomía. Las normas rígidas se simbolizaron en la vestimenta, gestos, actitudes y posturas, siempre detrás del médico.

Construcción de teorías: Se inicia en la década del 50 hasta la actualidad. Hay gran preocupación por adquirir el “status de ciencias” y también se comienza a reflexionar por la humanización de su trabajo. Sin embargo es cuestionada por no contextualizar su hacer así como también de haber contribuido a ocultar y/o legitimar prácticas que reproducen la sumisión y dependencia cotidiana.

Mientras tanto en la formación también hay rupturas, así las corrientes de pensamiento en el área de educación, influenciadas por concepciones filosóficas destacan:

La tendencia liberal: no en el sentido de abierto, democrático, sino en el de defender los intereses individuales que, para el sistema capitalista privilegiaba a la propiedad privada de los medios de producción en una sociedad clasista, irreconciliable. De ahí que la misión de la formación era preparar a los individuos moral e intelectualmente para el desempeño de acuerdo a sus aptitudes. Si bien difunde la igualdad de oportunidades, niega la igualdad de condiciones.

Impera la educación tradicional con el profesor como único actor social trasmisor de conocimientos, enciclopedistas, dicotomizando la teoría de la práctica, lo simple de lo complejo, la mente del cuerpo, el neocórtex del resto del cuerpo, la naturaleza de lo humano, enfatizó lo determinístico obedeciendo a la lógica de la mecánica, de lo predecible, de lo previsible, del orden, así como del discurso y la praxis de valores acumulados históricamente y reproducidos a las nuevas generaciones como verdades absolutas. Es por eso que el método cotidiano fue rígido, vertical, en un monólogo inquebrantable.

El producto como consecuencia sería acrítico, pasivo, limitado en su creatividad, escaso cuestionamiento y problematización con fuerte sentido de individualismo, reproductor del *statu quo*.

Pedagogía progresista: Forma parte de las tendencias que pretenden un análisis crítico de las realidades sociales, sustentando implícitamente las finalidades sociopolíticas de la educación; incluye las tendencias libertadora, libertaria y crítico social de los contenidos o histórico crítico.

La liberadora: se caracteriza por su actuación en la educación no formal, fuera del claustro universitario, destacando por tanto el carácter político pedagógico, el modo de comunicación es el diálogo cotidiano para comprender lo vivido hasta llegar a un nivel de codificación -decodificación y la problematización de la situación, tomando distancia para analizarla críticamente, para pasar por un proceso de comprensión, reflexión y crítica de la práctica social. La relación profesor-alumno es horizontal y la autoevaluación se instalará en un proceso consustancial al de la enseñanza.

La libertaria: en tanto, intenta formar la autogestión por cuanto que su desarrollo se dará en el colectivo, es por ello que los contenidos resultan de los intereses y necesidades del grupo para lo cual se usan cotidianamente metodologías participativas en que el profesor es un facilitador del aprendizaje.

El Crítico social de los contenidos: la tendencia aquí, es comprender a la educación con la tarea primordial de la difusión de los contenidos vivos, concretos, indisociables de la realidad social, tornándose democrática. De

esta manera la educación es mediadora de una práctica social global, preparando al alumno para el mundo y sus contradicciones.

Los contenidos culturales universales serán reevaluados constantemente frente a las realidades sociales, caminando de la experiencia inmediata y desorganizada hacia el conocimiento sistematizado resultante de cambios entre el medio y el sujeto. El profesor colabora en el día a día con la ruptura que el alumno hace en relación a la experiencia poco elaborada, introduciendo nuevos elementos de análisis a ser usados en la práctica.

Es evidente que ambos modelos son criticados en sus debilidades, en el segundo por la falta o escasa claridad de la explicación del proyecto político histórico.

La trayectoria de las prácticas pedagógicas dominantes en el transcurso del tiempo en muchas facultades y escuelas de enfermería en general y del Perú en particular, denuncian el predominio aún del modelo tradicional, que difícilmente posibilita una formación más crítica y reflexiva, en tanto que, débilmente se abren paso movimientos cada vez más crecientes, buscando cotidianamente salidas y caminos que superen modelos o paradigmas que colaboran en la reproducción del modelo social vigente cada vez más excluyente.

En este movimiento están la filosofía, psicología, sociología, historia, entre otras, para colaborar en el estudio de enfermería de manera contextualizada que posibilite una educación más comprometida con una sociedad justa, igualitaria que incluya a todos.

La resistencia es aún fuerte, todavía la *representación cotidiana de la enfermería* es de ser considerada como disciplina paramédica, fragmentada, aislada y con su estigma de género no sólo por las instituciones de salud, la población, sino por algunas enfermeras que explicaría el anclaje, arraigo positivista en que se está.

Una estrategia que se viene ensayando -aisladamente- es la educación continua en los servicios de enfermería, entendida como un conjunto de acciones cuidativas y educativas, orientadas al desarrollo del personal en enfermería, a partir del trabajo cotidiano dirigido a la reflexión y

actualización de las prácticas de salud, al cambio del perfil epidemiológico y a la cultura de valores, no logrando articularse con la docencia. Entonces los discursos cotidianos son discordantes, dobles discursos que lejos de ayudar al aprendizaje de los alumnos, los confundiría y a la larga optarían por acomodarse o rutinizarse (reproducción de la objetivación y anclaje).

2.4. Representaciones sociales

2.4.1. Aproximación teórica

Desde hace más o menos diez años la teoría y el método de las RS han adquirido fuerza en el campo de las investigaciones en ciencias de la salud, no obstante que desde la década del 60 los psicólogos sociales lo vienen usando como respuesta al Positivismo y Postpositivismo que limita la participación de los sujetos de estudio, o por el interés cada vez mayor de los abordajes cualitativos, o la posibilidad de estudiar el imaginario colectivo, o la valorización de los saberes populares (émics), o la ampliación de los conceptos salud-enfermedad, o la posibilidad de develar situaciones del cotidiano-no visibles objetivamente- sea de las personas, de instituciones.

DURKHEIM es el primero que trabaja abiertamente con el nombre de representaciones colectivas, sostiene que no son dadas a priori, son universales en la conciencia surgiendo ligadas a los hechos sociales, convirtiéndose en hechos sociales pasivos de observación y de interpretación, escribe:

“(...) las representaciones colectivas traducen la manera cómo el grupo piensa en sus relaciones con los objetos que lo afectan. Para comprender cómo la sociedad se representa a sí misma y al mundo que la rodea, necesitamos considerar la naturaleza de la sociedad y no de los individuos. Los símbolos con los que ella se piensa cambian de acuerdo con su naturaleza (...) si ella acepta o condena ciertos modos de conducta, es porque entran en choque o no, con algunos de sus sentimientos fundamentales, sentimientos, éstos que pertenecen a su constitución”

Varias corrientes sociales como la *comprensiva* y la *fenomenológica*, la postura *materialista* han reaccionado con posición crítica.

La primera plantea categorías como ideas, espíritu, concepciones, mentalidad, visión del mundo (*weltanschauung*)³⁴ por cuanto que la vida social -conducta cotidiana de las personas- está cargada de significación cultural, juicios de valor, con dinámica propia y tienen tanta importancia como la base material, de ahí que le permite analizar el avance del capitalismo en el mundo occidental.

No es difícil reconocer que muchos de los actuales reclamos por una mayor atención al estudio de los problemas de la “subjetividad” ponen de manifiesto la estrechez del paradigma objetivista que durante mucho tiempo dividió las cosas del mundo social en dos partes a) la ciencia y b) *todo lo demás*.

La segunda usa el término “sentido común” (*etno*) para hablar de RS, pues tanto el conocimiento científico como el común envuelven conjunto de abstracciones, formalizaciones y generalizaciones construidas, interpretadas en el día a día.

Es por ello que se explique que la existencia cotidiana esté dotada de significados y sea portadora de estructuras de importancia para los grupos sociales que viven, piensan y reaccionan en determinado contexto social, cultural. Son estos significados que al ser estudiados adoptan el nombre de RS.

La idea es la preocupación del *día a día*; vale decir, los supuestos de las estructuras significativas de la cotidianidad. Parafraseando con él, la comprensión del mundo de las enfermeras docentes se da a partir de un almacenamiento de experiencias personales y de otros (sus colegas en la EAPE. así como de los servicios de salud).

34 En *El extranjero*. Buenos Aires: Alianza Editorial S.A.; 1969, Camus describe en forma detallada la carencia de valores en el mundo contemporáneo como consecuencia de la frustración y la desesperanza en la que quedó Europa después de la Segunda Guerra Mundial. Meursault, es el protagonista metafórico de la filosofía del absurdo, la sensación de alienación, del desencanto frente a la vida. El aburrimiento, la **cotidianidad** lo van haciendo insensible, extraño, indiferente y despiadado. Parecería que da lo mismo ser de una forma que de la otra. Sin embargo también el autor afirma cualidades positivas de la divinidad y fraternidad humana. ¿nos llevará a una profunda reflexión acerca de la importancia de encontrar sentido a la vida?. La costumbre no debe vencer al hombre, ninguna fuerza extraña debe dominarnos. Fuimos creados libres y con esa libertad debemos superar la cotidianidad, el absurdo, el sin sentido.

El autor separa experiencia de conocimiento, la primera es común a todos en tanto que la segunda es individual: consiste en la elaboración interior, subjetiva e intersubjetiva, a través del sentido común, de la experiencia vivida y que funciona como esquema de referencia para las personas. Es por ello que, el mundo cotidiano es entendido como un tejido, redes de significados, instituido por las acciones humanas y susceptibles de ser estudiadas e interpretadas.

Interpretamos que el número y la naturaleza de las experiencias de cualquier persona dependen de su historia de vida, de modo que su sentido común o RS definen su propia situación, no sólo reacciona sino que atribuye significados portadores de relevancia a su acción de acuerdo con su historia de vida, su almacenamiento de informaciones.

En la tercera: la dialéctica materialista se habla de la relación de la supraestructura y la estructura económica; sin embargo es el propio Marx – en sus inicios- que al conjunto de ideas (ideología) lo considera peyorativamente, puesto que incluían dogmas, preconiciones, nociones. Marx las consideraba fantasías pueriles neo-hegelianas. Realmente toda RS es un filtro que condiciona nuestra manera de pensar. Serían sus seguidores como Gramsci y Luckács los que retomarían el estudio de la categoría de RS.³⁵

En esta dialéctica conviene puntualizar que aún cuando algunas formas de pensar de la sociedad sean abarcadoras, como cemento que mantiene sus estructuras de dominación, cada grupo social-las docentes enfermeras- hace de la visión abarcante una representación particular, de acuerdo con su extracción, situación y posición de clase en el conjunto de la EAPE. Esta RS es a su vez, portadora de los intereses específicos de estos grupos y de su propio dinamismo. Habrá por tanto *n* RS, con sus respectivos significados y significantes, de ahí que la palabra (hablada o escrita) sea la arena donde se confrontan intereses y contradicciones que, de agudizarse

35 En *Ideología alemana* Marx, fundamenta "(...) los individuos determinados como productores, actúan de forma determinada, establecen entre sí, relaciones sociales y políticas determinadas (...) por tanto la producción de ideas, de las representaciones sociales, de la conciencia, está desde el inicio directamente enlazada con la actividad material y con el intercambio material entre los hombres, como el lenguaje de la vida real. El representar, el pensar, el intercambio espiritual de los hombres aparece aquí como la emanación directa de su comportamiento material (...) los hombres son productores de sus representaciones, de sus ideas, etc, pero los hombres reales, activos tal se hayan condicionados por un determinado desarrollo de sus fuerzas productivas y por el intercambio que les corresponde"

posibilitaría el movimiento, el cambio caso contrario se entra en un estado de inercia de reposo académico preocupante. falta línea horizontal.

Cabe también recordar que las RS pueden ser al mismo tiempo, ilusorias, contradictorias y dadas por “verdaderas”, convirtiéndose en filtros que no permiten complejizar la cotidianidad del cuidar y del enseñar a cuidar, doblemente preocupante.

Ahora bien, en nuestro medio el estudio de las RS diríase que son muy nuevas –aparte de los antropólogos, sociólogos-en enfermería se está dando importancia a las experiencias y el sentido que las personas (enfermeras/ usuarios) dan o conceden a su accionar, por cuanto emergen contenidos no sólo cognitivos sino afectivos y conativos-valorativos.

RS es un término polisémico que, por un lado es concebido como un proceso social que envuelve comunicación y discurso a lo largo del cual significados y significantes son construidos y elaborados. Por otro, las investigaciones empíricas son operacionalizadas como atributos personales, como estructuras individuales de conocimiento, símbolos y afectos distribuidos entre las personas en grupos y en sociedades.

Esta doble visión del concepto lo hace versátil y da origen a varias interpretaciones y usos que no siempre concuerdan unos con otros.

Ahora bien, se acepta que cualquier teoría científica procura describir, explicar fenómenos sometiendo a un orden procesual y causal. En cambio en la teoría de las RS, el fenómeno es del orden de diferentes tipos de teorías populares, sentido común y saberes cotidianos, científicos, que se llaman RS. Algunas veces actúan como variable independiente (*explanans*) y otras veces como variable dependiente (*explanandum*).

Cuando actúa como variable dependiente, interesa identificar homologías estructurales; es decir, una relación caracterizada por una causalidad, función e historia común (cómo fueron formadas las docentes en el pregrado así como los servicios hospitalarios en que laboran las profesoras a tiempo parcial).

Cuando actúan como variable independiente –nuestro caso- lo hacen como explanans y explanantia de comportamientos grupales (el *hábitus* de Bourdieu) y es por lo general de mayor aplicación.

Las RS sea como teoría o como método son utilizadas –como se ha analizado- tanto por el materialismo histórico, como por la fenomenología o por la sociología comprensiva, dejando claro que en cuanto fenómeno psicosocial están necesariamente radicadas en la esfera pública y en los procesos a través de los cuales las personas desarrollan una identidad, crean símbolos y se abren para la diversidad de un mundo de otros.

Entendiendo que la esfera pública como lugar, explanada de la alteridad, abastece a las RS de modo que les permite ser cultivadas y reconfiguradas, reconstruidas, necesitamos retomar a **ARENDT** y **HABERMAS** (1987:150-155) en lo referente en los espacios del *yo, de los otros*. Lo social ha sido una categoría problemática en psicología social sea porque apenas era considerada como influenciando fenómenos y por el reduccionismo de la cuantificación, es por eso que poco se problematizó sobre la naturaleza misma de lo social; es decir, los significados que éste asume su dimensión pública en el escenario de encuentro con los otros, directa (calles, plazas, rituales colectivos) o también a través de mediaciones institucionales como universidades, hospitales en que nos interesa poner mayor énfasis.

ARENDT cuestiona la filosofía occidental contemporánea que prefirió hablar del hombre como categoría universal en vez de pluralidad humana - condición sine qua non- para la acción y el discurso, por cuanto que si las personas son distintas y al mismo tiempo las mismas, la acción del discurso se torna necesario: si fuéramos todos idénticos no habría necesidad de comunicación ni acción sobre lo que nunca varía; si no tuviéramos nada en común, el habla perdería su propio fundamento y la acción no se justificaría a sí misma.

Añade que es en la experiencia, explanada de la pluralidad y de la diversidad entre perspectivas diferentes que se puede llegar al entendimiento o lo más difícil al consenso. Enfatiza que el término público

indica dos fenómenos interligados: puede ser visto y escuchado por todos, y segundo se diferencia del espacio privado aunque éste se manifiesta en el primero, razón por la cual ha devenido la historia y la política.

HABERMAS en tanto, define la esfera pública como un espacio en que los ciudadanos se encuentran y hablan de modo que garantiza acceso a todos, con preocupaciones comunes, con relativa igualdad de posición y de decisión. Estas características, asume que fueron debilitados por el capitalismo por ello es que aboga por su recuperación para disminuir o abolir la incomunicación del individualismo, la indiferencia a la condición humana.

Aquí está resaltando lo que se ha venido insistiendo en el cuidar/cuidado: *la alteridad* de **LEVINAS**, **BUBER**, que Habermas lo coloca como dialéctica en la acción comunicativa de la vida cotidiana, apareciendo como un espacio en que las enfermeras docentes pueden desarrollar y sustentar, socializar saberes, expresar su temperamento y carácter en lo referente al asunto académico del cuidar-cuidado; es decir, sus RS.

Queda claro las 3 etapas de socialización: (1) la esfera pública como espacio de alteridad, (2) el lugar de la alteridad en la construcción de la actividad simbólica o de qué forma las RS se ligan a la actividad representacional de las docentes, (3) en qué medida las RS van más allá y por tanto se diferencian de los trabajos individuales de la representación simbólica.

ARENDT como señalábamos líneas arriba, sostiene que el término público indica dos fenómenos interligados: primero lo público puede ser visto y escuchado por todos y posee la máxima publicidad; segundo, se refiere al mundo mismo, en la medida que es común a todas las personas y se diferencia del espacio privado. Al mismo tiempo, la vida pública fortalece las condiciones necesarias para la permanencia y la historia, ya que ella no pertenece a una sola generación y no se restringe a los que viven. Todos entran en ella al nacer y la dejan al morir, sin embargo trasciende el ciclo de vida de una generación. Su trascendencia envuelve su capacidad para producir, mantener y transformar una historia que permanece en narrativas humanas. Si las personas estuviesen aisladas dentro escenarios privados en el mundo sin historia, la vida pública sería imposible, no participarían en la

arena, explanada de encuentros, desencuentros que garantizan las condiciones para descubrir las preocupaciones comunes del presente, proyectar el futuro e identificar aquello que el presente y el futuro deben al pasado.

Por otro lado, como su esfera es plural, tiene su base en el diálogo en que no siempre ocurre el consenso.

La única posibilidad para que ocurra una coincidencia de perspectivas depende del esfuerzo de unos en dirección a los otros en un proceso de acción y discurso que contenga tanto las diferencias como las similitudes entre las personas; éste es el diálogo que reclama Habermas.

El modelo liberal individualista, indiferente de la esfera pública en sociedades burguesas actuales es el centro de los debates relacionados que evidencia los problemas del uso del poder, por ejemplo en la ciudadanía de democracia y participación política por ello cuestionada que de alguna manera se reproduce en la entidad formadora.

Es por eso que **HABERMAS** ha venido insistiendo, cuestionando la inaccesibilidad de todos en la esfera pública, en tanto el principio de transparencia y el rendir cuentas se desarrolle plenamente con características tales como (1) el debate en el espacio público debe ser abierto y accesible a todos; (2) la temática debe ser preocupación común – los puramente privados son inadmisibles; (3) desigualdades de posición son desterradas; (4) la decisión debe ser equitativa.

El resultado de tal espacio público entonces sería la opinión pública, considerada como un consenso adquirido a través del libre debate sobre la vida en común, no siempre logrado como se dijo líneas arriba. El uso de la razón para guiar el debate fue otra novedad histórica del modelo liberal-a través de él la sociedad como un todo crea un saber sobre sí misma -sin embargo ella no ha logrado convencer, y por tanto las brechas se han acentuado.

De ahí nuevamente que la preocupación de **HABERMAS** sea mostrar y discutir cómo las funciones críticas de la esfera pública fueron debilitadas

por las transformaciones que sufrió en el capitalismo y al hacer eso, evoca un compromiso con sus ideas, como un espacio que debe ser recuperado ahora en la posmodernidad, como un espacio que acepte discrepancias en el ejercicio de poder.

La esfera pública por tanto es escenario que existe en función de la pluralidad humana, como el ágora en función de la diversidad humana, que arremete la noción de transparencia, rendición de cuentas que encuentra como se dijo, su forma de expresión en el diálogo y en la acción comunicativa, que trae el análisis dialéctico entre *el uno, el otro y el nosotros*, señalando la importancia de las relaciones entre sujeto-otros sujetos-sociedad para dar cuenta –desde una ética interna kantiana- de posibles significados tanto en la vida individual como pública, como es el caso del escenario universitario.

En esta construcción es fácil entrar en contradicción: ¿porqué soy *yo* y no el *yo* que *otros* representan sobre mí? (el conflicto sartreano del ser- para- sí y el ser- para- los- otros).

Si la vida pública en cuanto alteridad es un elemento constitutivo de génesis y desarrollo de vidas individuales, también puede señalar algunos parámetros normativos que definen la vida en común.

El paradigma del mundo de la vida –*lebenswelt*- es un estilo de pensamiento que aborda la realidad social en términos de posibilidades de consenso entre sujetos capaces de hablar y de actuar como dice **HABERMAS** antes que un problema epistémico.

Aquí, la esfera de la vida social garantiza la continuidad y reproducción de las sociedades en la esfera del trabajo mediado por el lenguaje. De ahí que la representación de cualquier pretensión de universalidad radique en la posibilidad de entendimiento, de acuerdo donde la verdad es considerada como un consenso y la verdad científica como producto de un consenso no coactivo; es decir, el diálogo y el consenso sin coacción se convierten en valores para restablecer la racionalidad de las intenciones.

El mundo de la vida es la experiencia inmediata de la realidad tal como la experimentamos subjetivamente, por cuanto no existe realidad social que no sea experimentada por alguien. De este mundo de experiencias cotidianas experimentamos todos, científicos y no científicos, hombres y mujeres, ancianos, adultos y niños, los del norte y los del sur. Son las estructuras de la intersubjetividad lingüística las que permiten esbozar un concepto de razón, alternativo del objetivismo instrumental.

En el objetivismo instrumental los significados de las palabras son entendidas en el sentido de definiciones de un diccionario antes que la manera de buscar la reconstrucción de un contexto que permite la validez de cierto tipo de proposiciones. Un caso típico es el representado por los estudios sobre cuidado a usuarios en general, donde es preocupante que el cuidar aparezca como indiferencia o ausencia del diálogo que, como dice **HABERMAS**:

“(...) si la corrección normativa y la sinceridad subjetiva son introducidas como exigencias de validez, del mismo modo que la verdad del mundo objetivo; es necesario postular un mundo en el que puedan instituir legítimamente las relaciones interpersonales y un mundo en el que puedan ser reivindicadas las experiencias vividas subjetivas”.

Las exigencias de esta racionalidad impregnada de solidaridad es visto no sólo como un valor ético sino de sobrevivencia en el decir de **Silva Santistéban Bernal** como apuntamos en la nota ¹⁵, página 23, permiten hacer de la reivindicación de ciertos haceres, por ejemplo los vinculados a la situación vital del cuidar cotidiano, como una demanda racional y valorativa. Una vez que el cálculo es reemplazado por el consenso no coactivo la representación del mundo tendría una radical reformulación, replanteo de la condición humana.

Esta nueva racionalidad no se despliega ante “hechos” o “medios” sino surge a partir de un universo de interacciones de prácticas con sentido, que tienen lugar entre personas. Esas prácticas pueden estar referidas a los más

diversos aspectos del mundo social, universitario, empezando por las interacciones en torno al trabajo en el día a día.

El término “subjetividad” adquiere un significado muy distinto que el paradigma objetivista. En vez de ser un sinónimo de lo no-social, la perspectiva de la subjetividad es precisamente la que nos permite reconocer las múltiples dimensiones del mundo social, que le corresponde un saber práctico específico: el sentido común, de ahí que se piense que cualquier persona pertenece a varios colectivos de pensamiento al mismo tiempo. Como investigador, quizá pertenezca a una comunidad científica con la que trabaja y a menudo genera ideas y desarrollo que, al hacerse independiente puede entrar en conflicto con su promotor. Como miembro de un partido político o movimiento político, de una clase social, de un país, de una cultura, entre otros, pertenece también a otros colectivos. Si entra casualmente en una sociedad cualquiera, se convertirá en un miembro de ella y se someterá a sus reglas como contrato social implícito.

Estos colectivos de pensamiento son los contextos en los que se desenvuelven las opiniones, ideas, formas de comunicación de las personas en sus particulares actividades; ahí entonces tendrá como defensa sus soportes éticos.

Como se sabe el término RS fue introducido en 1961 por **MOSCOVICI**, insatisfecho con el excesivo individualismo de la psicología social norteamericana, buscó fundamentos para la psicología en la sociología del conocimiento, para lo cual tomó la representación colectiva de Durkheim como punto de partida, no limitándose a ellas.

Demostró que las RS son modalidades de conocimiento particular que circulan en el día a día, teniendo como función la comunicación entre los individuos, creando informaciones y familiarizándonos con lo extraño, de acuerdo con las categorías de una determinada cultura, por medio de procesos: objetivación y el anclaje.

La **objetivación** consiste en materializar la palabra, descubrir la cualidad icónica de una idea o ser impreciso, reproducir un concepto en una

imagen. Objetivar es, por tanto transformar una abstracción en algo casi físico; es decir, es hacer con que aquellos contenidos vagos y nebulosos sean transformados en figuras (éstas para Moscovici puede ser una palabra o una símbolo).

El **anclaje** consiste en la integración cognitiva del objeto representado (sean ideas, personas, acontecimientos, relaciones) a un sistema de pensamiento social preexistente. Ese proceso es responsable por el enraizamiento, arraigo de las ideas. Anclaje es, por tanto clasificación y denominación. La clasificación se da mediante la escogencia de uno de los paradigmas o prototipos fijados en nuestra memoria, con el cual comparamos el objeto a ser incluido en la interrogación. La denominación se encarga de sacar la idea del anonimato, para dotarla de una genealogía e incluirla en un complejo de palabras específicas, localizándola en una matriz de identidad de nuestra cultura.

Es interesante resaltar que esos dos procesos norlean el método de investigación en relación a las personas, motivo de estudio. Por ejemplo por medio de técnicas de investigación como la entrevista o grupos focales, permitimos que la representación sea objetivada, haciendo que la figura emergida tenga un significado. Después de este procedimiento seguimos al anclaje, que es la clasificación y la denominación, de acuerdo con la construcción teórica que estamos tejiendo.

Estamos interpretando que en esta construcción defendida por el Interaccionismo Simbólico presupone que el comportamiento humano:

- Se basa en un mundo “nombrado”, clasificado y que los nombres comportan un significado que consiste en expectativas participadas de conducta que emergen del proceso de interacción social con los otros. Las personas aprendemos en interacción con otras, tanto a clasificar los diferentes objetos como el modo se espera que se comporte ante ellos. La clasificación de los objetos que uno efectúa depende de las expectativas de los demás;

- Entre estos nombres están los símbolos usados para designarlos componentes estables y morfológicos de la estructura social denominados “posiciones”, y son estas posiciones las que se denominan convencionalmente “roles”, según Weber;
- Los actores sociales se denominan unos a otros dentro de esta estructura social y;
- Al hacerlo así invocan y van creando las expectativas internalizadas de conducta respecto de unos con los otros;
- La conducta social se aprende por la información sociocinética subsumiendo a la información epigenética, y en esa explanada va construyendo sentidos, significados de la realidad ambiental.

Entonces entiende, interpreta y maneja la realidad a través de un marco complejo de creencias y valores que en parte es irreductiblemente único para él. De modo que para entender porqué las personas actúan como actúan, hay que comprender no sólo el sentido compartido, sino el sentido único (etnométodos) que ellas dan a sus actos.

De ahí que cuando se le entrevista, el entrevistador parte de la premisa que desconoce el sentido émic, por eso le pregunta.

Ahora bien, no todas nuestras RS se forman tan simplemente en nuestro cotidiano una vez que pueden ser gerenciadas por mediación social de las personas, consideradas autoridades necesarias para la reproducción de las relaciones. Sólo seremos capaces de percibir lo que es ideológico en nuestras representaciones y acciones cuando confrontamos nuestras representaciones con las de otros, incluyendo nuestro grupo social; de modo que al cuestionárselas desarrollamos acciones diferenciadas que, a su vez serán objeto de nuestro pensar. Sólo así desarrollaremos la conciencia (*self*) de nosotros mismos, de nuestro grupo social y/ o clase social como productores históricos de nuestra sociedad.

Insistiendo que en relación al *anclaje*, fue **MOSCOVICI** al trabajar con las RS y sostener que son modalidades de conocimiento particular, que tienen

como función la comunicación entre los individuos, la adaptación con lo extraño de acuerdo a las categorías de nuestra cultura, propone tres condiciones en que emergen:

- Dispersión de la información que son datos que se disponen la mayor parte de las personas.
- Focalización que se refleja en la interacción social como hechos que conmueven los juicios a las opiniones.
- Presión a la inferencia; es decir, cuando las personas están en situación de responder.

La función que desempeñan es la de establecer un orden que capacite a las personas a orientarse consigo mismas con su mundo social y material y dominarlo; hace posible la comunicación entre los miembros de una comunidad.

Propone que se elaboran, construyen a través de dos etapas: la objetivación y el anclaje; es decir, qué se sabe acerca de algo (información); qué se cree; cómo se interpreta; qué se hace frente a una situación concreta cotidiana. Dicho en otras palabras refleja en el *YO SE, YO VEO, YO SIENTO, YO CREO*, así en un doliente se presenta como mínimo cuatro dimensiones:

“(...) primero estar enfermo, segundo sentirse enfermo, tercero identificarse como enfermo y cuarto poder estar enfermo”

BOURDIEU en cambio, teorizó sobre la práctica de la investigación de campo, afirmando que las conductas ordinarias de vida se prestan a un desciframiento aún que parecieran automáticas e impersonales. Ellas son significantes, sin intención de significar y decantar una realidad objetiva que exige apenas la reactivación de la intención vivida de aquellos que las cumplen. Insistió sobre la objetividad de las representaciones:

“ (...) cada agente, aún que no sabe o que no quiera y es productor y reproductor en sentido objetivo porque sus acciones son el producto de un modo de actuar del cual él no es el productor inmediato ni tiene un dominio completo”.

Estas ideas fundamentan el esquema teórico de lo que denominó como “habitus”; es decir, una forma paradójica de definir comportamientos de los agentes tomando al inconsciente no determinista. Entonces para este autor no hubo teoría de teorías, no hay una metodología única, absoluta. El vivenció esta paradoja por pertenecer a familia de campesinos, que tuvo que sufrir al relacionarse con la burguesía académica parisina, que implicó un choque de hábitos diferentes subsumidos, de modo que rechazó tanto el lado subjetivista sartreano como el lado objetivista estructuralista levistraussiano que olvida del agente, la descripción antropológica, ubicándose en consecuencia en la posición intermedia que busca la teoría que explique los comportamientos de los agentes, sin despojarlos de su propia concepción abordando integralmente lo epistemológico, lo metodológico y lo social. Es por ello que el denominó “hábitus” como:

“(…) un sistema de disposiciones durables y transferibles que integran todas las experiencias pasadas y funciona en todo momento como matriz de preocupaciones, apreciaciones y acciones. El hábitus torna posible el cumplimiento de tareas infinitamente diferenciales, gracias a las transferencias analógicas de esquemas que permiten resolver los problemas de la misma forma, gracias a las correcciones incesantes de los resultados obtenidos y dialécticamente producidos por estos resultados”

Comparó habitus con el inconsciente, intentando resaltar el carácter social de las representaciones:

“(…) el inconsciente de la historia, que la historia produce, incorpora las estructuras objetivas esta casi naturaleza que es el “habitus”.

Interpretarlo se diría que el “habitus” es como una ley “inmanente”, depositada como *información epigenética* en cada enfermera docente y sujeta a cambios por la *información sociocinética* desde que nace a partir de su clase social. Son efectos de la extracción y situación de clase. El dijo que son mediaciones universalizantes que proporciona a las prácticas sin

razón explícita y sin intención significativa, de un agente singular, sin sentido, su razón y su organicidad; por tanto:

“(...) las relaciones interpersonales en una investigación son apenas relaciones de individuos y la verdad de la interacción no reside enteramente en la interacción (...) es la posición presente y pasada en la estructura social que los individuos traen consigo en forma de “hábitus” en todo tiempo y lugar, que marca la relación”.

Emergen estas interrogantes:

¿Cómo es vivir la vida con las otras enfermeras docentes?, ¿es la intersubjetividad espacio público para las representaciones sociales de las ellas?

Estas interrogantes podrían ser debatidas en el marco de las RS que no sería novedad en el decir de **JOVCHLOVICH** (1994:40-47) en tanto que reconoce que hace más de 40 años **MOSCOVICI**, incorporó este concepto, y que aún hay la interrogante de la relación material y simbólica.

Basándonos en esta autora se deja en claro cómo las RS en cuanto fenómeno psicosocial están necesariamente radicadas en el espacio público y en los procesos a través de los cuales las enfermeras docentes desenvuelven una identidad, crean íconos, símbolos y se abren en la diversidad de un mundo de los otros (colegas, alumnos, pacientes).

La relación entre las RS y espacio público es compleja y debe ser discutida con pensamiento igualmente complejo como lo recomienda esta autora. La esfera pública, en cuanto lugar de alteridad, las fortalece. La alteridad es también la condición necesaria para el desenvolvimiento del yo. Parafraseando a la autora nos interrogamos:

¿Cómo se procesa la transición entre los procesos individuales de construcción simbólica y la producción de RS que son construidas colectivamente de forma compartida en la EAPE?

Tal como ella enuncia las condiciones que relaciona la alteridad, la construcción simbólica, el espacio público y las RS, así podríase inferir con las de ellas.

Finalmente mencionamos que **MINAYO** (1997:78-86) explica las RS como:

“(...) un término filosófico que significa la reproducción de una percepción anterior o del contenido del pensamiento (...) en cambio en las ciencias sociales son definidas como categorías de pensamiento, de acción, de sentimiento, que expresan la realidad, la explican justificándola o cuestionándolas. Como unidad de análisis estas percepciones son consideradas importantes atravesando la historia y las más diferentes corrientes de pensamiento sobre lo social.”

Este abordaje de la dimensión teórica nos induce a reflexionar, repensar en torno a los límites de las **RS de las enfermeras docentes acerca del cuidar /cuidado de enfermería** como **categorías** de pensamiento, de acción, de afectos-emociones y de valores objetivadas y arraigadas en proceso de construcción-deconstrucción en el marco de enfoques positivistas, postpositivistas, manifestadas en su cotidianeidad.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudio

Como indiqué en el planteamiento del problema, opté por la investigación cualitativa considerada como un proceso activo, sistemático y riguroso de indagación científica que opera con representaciones *conceptuales y simbólicas* en dos dimensiones: *los contenidos del discurso* de las enfermeras docentes que, como dice **PECHEUX** (1969:40-49) en ellos subyacen creencias, cosmovisiones, argumentos, valoraciones del cuidar-cuidado dadas como condiciones de producción y la *expresión del mismo* en un sistema lingüístico como proceso de producción en la que se dan campos semánticos del cuidar-cuidado que direccionan su pensar y hacer.

Sin ánimo de contradecir a **COFFEY**, concuerdo con **MAINGUENEAU** (1999:17-23) cuando insiste que:

“(...) el observador no es un individuo separado de la vida y de las actividades bajo estudio, es también un participante de aquel círculo de actividades (...), tornándose persona familiar y conocida, tendrá acceso a las informaciones más reales y verdaderas en vez de aquellas obtenidas por los métodos tradicionales de recolección de datos (...) es desarrollado en una situación natural, rico en datos descriptivos, tiene un plano abierto y flexible y focaliza la realidad de forma completa y contextualizada”

El universo de significados y significantes -como unidad de análisis- se dió en una explanada, rica en datos émicos: las propias versiones, testimonios de las docentes enfermeras acerca del cuidar/cuidado, esencia de la profesión a la luz del

naturalismo adoptando –la tesista- una actitud de interlocutora humana, procurando la tolerancia hacia la alteridad como defendía **LEVINAS**, reconociendo el carácter reflexivo de la investigación; es decir, que era parte de ese mundo social, no como un asunto estrictamente metodológico sino existencial.

Este *naturalismo* se mueve dentro de una amplia gama de corrientes filosóficas y sociológicas; vale decir, el interaccionismo simbólico, la fenomenología, la hermenéutica, la filosofía lingüística y la etnometodología.

En esta tesis la corriente adoptada fue la escuela de la interacción simbólica que descansa en tres premisas importantes: los seres humanos actúan hacia las cosas sobre la base de los significados que éstas tienen para ellos; esa simbología de tales cosas se deriva, o surge, de la interacción social que se tiene de los demás y estos significados se construyen-deconstruyen-reconstruyen en un proceso de interpretación que utilizan las enfermeras docentes en su cotidianidad¹.

Así **BLUMMER** (1996:107-110) considera que:

“(…) existen dos formas, muy conocidas (…) de explicar el origen del significado. Una de ellas es considerar a este significado como intrínseco a la cosa que lo tiene (...) la otra forma principal considera el significado como un engrandecimiento físico producido en la cosa por la persona para la cual la cosa tiene sentido. Este crecimiento físico es tratado como una expresión de los elementos constitutivos de la psique, de la mente o de la organización psicológica de una persona (...) el interaccionismo simbólico considera que el significado proviene de una fuente distinta a la de los dos puntos de vista que acabamos de mencionar. Considera que el significado no emana de la composición intrínseca de la cosa, ni emerge a través de los elementos psicológicos de la gente. El significado de una cosa para una persona surge de las formas en que otras personas actúan hacia la persona con respecto a la cosa. Sus acciones operan para definir la cosa para la persona; por tanto, el interaccionismo simbólico considera que los significados son

¹ La metáfora que nos da Luis Galindo de la **cotidianidad** como el horno donde se cocina la vida social, en ella se dan las grandes transformaciones, en ella se confirma y continúa el orden social establecido. Sólo puede entenderse la vida social y su devenir si se comprende la vida cotidiana y su composición. Confróntese en Técnicas de investigación e sociedad, cultura y comunicación. Méjico: Addison. Wesley-Logman; 1988

productos sociales formados por medio de las actividades de la gente al interactuar”.

Se trató efectivamente -como se planteó en el problema- de una interrogante sustantiva de larga data y que ahora estas cosmovisiones, percepciones, conceptualizaciones, significados émicos son enfocadas no en la corriente estructuralista funcionalista, sino en la del significado y acción, o *naturalismo* pues asumí que fueron las propias docentes que actuaron, continúan actuando en un contexto circunscrito, único en que traté de llegar al *verstehen* de los significados y significantes que el mundo del cuidar/cuidado profesional tiene para ellas.

3.2. Métodos

Usé métodos específicos como el etnográfico-inspirado en la etnometodología- como el método preminente, “viendo las cosas desde dentro”, porque para lograr esa *verstehen* requerí aprehender la cultura de las enfermeras docentes estudiadas como *observación participante* de **HAMMERSLEY-ATKINSON** (1992:212-215), de la vida pública-académica cotidiana de ellas durante un tiempo relativamente extenso, viendo lo que pasaba, escuchando lo que se decía de la esencia de enfermería y arrojar *un poco de luz* sobre la interrogante norteadora, como nos lo recuerda Gastón Bachelard.

Un objetivo del método etnográfico usado fue obtener cúmulos de información de gran riqueza conceptual y simbólica, componentes de sus RS, para interpretarlas.

Así mismo usé el método etnometodológico como sostiene **COULON** (1987:8-12):

“(…) la etnometodología se refiere a un estudio sobre la organización del conocimiento de un grupo sobre sus actividades; sobre su propio emprendimiento organizado, donde el conocimiento es tratado por nosotros como parte del mismo ambiente que él también organiza”.

Siguiendo a **COULON**, la etnometodología es conocida como el estudio de los “métodos” que las enfermeras docentes utilizan para construir sus acciones cotidianas y darles sentido: comunicar, tomar decisiones, razonar en torno al cuidar/cuidado. Analiza los conocimientos y comportamientos de sentido común en

cuanto constituyentes necesarios de “toda conducta socialmente organizada”. Dice que el lenguaje cotidiano esconde todo un tesoro de tipos y características preconstituídas con contenidos inexplorados, de modo que para comprenderlo es necesario reflexionarlos **n** veces.

Lo simbólico es parte significativo del mundo social, histórico y colectivo, expresado bajo diferentes aspectos: palabras, metáforas y símbolos. Lo simbólico es un vehículo a ser continuamente interpretado en un contexto determinado, por ello el mundo del cuidar de las enfermeras docentes está continuamente haciéndose, es por eso que también se centra en el señalamiento que el sentido común, no es una categoría residual o versión inferior, atrofiada del conocimiento científico sino más bien es *otro modo* de conocimiento que tiene su coherencia interna, su pertinencia y a partir de él, se puede hacer un nuevo objeto de investigación, por ello la etnometodología estudia esos etnométodos; es decir, los procedimientos para actuar y decir, describiendo las reglas que rigen el cómo decir dentro de un grupo determinado, a propósito de lo que hacen los individuos.

Al insistir en la interpretación como asunto fundamental, rescaté la preocupación por el significado- significantes que produjeron las enfermeras docentes en interacción; es decir, cómo concepciones, simbologías del cuidar/cuidado, abordadas por enfermeras teóricas de fuera son utilizadas como recurso pertinente para interpretar y construir/reconstruir conceptualizaciones y simbologías propias.

Con la etnometodología el lenguaje cotidiano de las enfermeras docentes fue esencial para comprender la interacción social, de ahí que ésta permitió abordar la interpretación que daban ellas al cuidar/cuidado, bajo qué formas, qué medios, bajo qué circunscripciones, aceptando discordancias no como aberraciones -como lo vería la sociología clásica- sino como algo tan normal en cualquier grupo que revela aspectos velados, propios de las RS.

Finalmente, destacué aquí algunas diferenciaciones habidas entre la etnometodología y el análisis de las RS: mientras que con la primera logré entrar, sumergirme en el proceso por el cual ellas construyeron/reconstruyeron sus conceptualizaciones y simbologías mentales y afectivas-conativas, con la segunda hice emergerlas. Con la primera me inserté en el *lebenswelt* de ellas para

entenderlo, con la segunda entré o coparticipé en ese mundo para recolectar datos producidos y analizarlos a partir de mi propia perspectiva afectiva-cognitiva-conativa.

Esas fueron las razones optadas para el uso concomitante de la observación etnográfica y la entrevista individual etnometodológica, en profundidad que se describe en el acápite correspondiente.

También usé la transducción analítica como procedimiento para interpretar las RS, en el marco del método: análisis de discurso, una de las variantes del análisis de contenido de Spradley y Bardin.

3.3. Contexto del escenario

La EAPE de UNMSM, creada en Convenio Tripartito (UNMSM, Ministerio de Salud y OPS) en 1964 y puesta en funcionamiento en 1967, año que ingresó su primera promoción, en tanto que su DAE fue creado recién en 1985, en sus primeros 20 años, evidenció rol protagónico en el conjunto de Programas, Facultades o Escuelas de Enfermería a nivel nacional, enmarcados en el enfoque Positivista, hegemónico en ese momento, centralista, cuyo liderazgo acreditó una cultura organizacional normativa, cerrada, vertical, personalista que, no obstante a ello, fue modelo paradigmático en el pregrado peruano que, en 1982 resultó ser pionera en la creación de la Maestría en la enfermería peruana, así como en el año 2000 –con mucho esfuerzo- de la Segunda Especialización tanto no escolarizada como escolarizada. Sin embargo, el haberse circunscrito sólo en esa cosmovisión y sobre todo en una cultura organizacional personalista, de escaso diálogo terminó por desencadenar su repliegue gradual frente al desarrollo científico y epistémico y organizacional en general y de otras facultades de enfermería peruanas en particular, puesto que desde finales de la década del 80, fue perdiendo liderazgo. Lo repetitivo no sólo se prevalecía sino que trascendía hacia otros escenarios sociales, en palabras de **PECHEUX**, en tanto que otras facultades de enfermería venían virando consensualmente hacia cosmovisiones emergentes postmodernas, holísticas, complejas, hermenéuticas, ensayando –con mucho esfuerzo- culturas organizacionales estratégicas, flexibles, coparticipativas de ahí que una de ellas haya creado y puesto en funcionamiento el primer doctorado peruano en enfermería

en el año 2000, liderando –hasta el momento-la reflexión y el estudio de la esencia de enfermería, liderazgo reconocido fuera del país.

En esta dialéctica, el marco de referencia me ofreció información que, de antemano venía obteniéndolo directamente desde 1991, en tanto que desde el 2002 lo inferí en el proceso de captación, reconstrucción del contenido e interpretación de las RS de las enfermeras docentes.

3.4. Sujetos

Las informantes claves seleccionadas –por muestreo estructural- como *sujetos actuantes*, provenían de 65 enfermeras docentes entre nombradas y contratadas a tiempo completo y parcial. Debido a la naturaleza del estudio, el tamaño de la muestra fue indeterminada, su tamaño llegó a establecerse por el nivel del punto de saturación, definido como el examen intensivo de cada enfermera docente en que iba cubriendo paulatinamente los constructos de primer, segundo orden (dominios etnográficos emergentes), hasta arribar a los constructos de tercer orden (taxonomías etnográficas temáticas), de tal forma que a partir de una cantidad determinada, las siguientes enfermeras docentes tendían a repetir-saturar- el contenido de la información lograda. De ahí que la muestra cualitativa se perfiló paulatinamente conforme avancé el estudio, quedando en 21 el punto de saturación.^{2,3}

El único criterio de inclusión de las informantes claves, adscritas al DAE, fue el reunir la condición sine qua non que señala **SPRADLEY: la enculturación completa**, ratificada por Baptista, citada por **EVANGELISTA CABRAL** (1998:42-45)

“(…) la calidad del material obtenido dependía de la calidad del informante escogido en función a lo que se quería desvendar. Esta circunstancia postula la existencia de un conocimiento previo del informante por parte del

² Véase en Jesús Ibáñez. Más allá de la sociología. Méjico: Siglo XXI; 2 001 pág 264. El muestreo es estructural, regida no por la extensión sino por la comprensión de interrelaciones, en vez del muestreo estadístico.

³ Julio Mejía Navarrete en *Problemas Metodológicos de las Ciencias Sociales en el Perú*, Lima: Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales, UNMSM, Mayo 2002, cita a Daniel Bertaux “(...) 1-10 casos, muestran una gran variedad de aspectos del objeto de estudio, 11-15 casos, comenzamos a comprender las pautas estructurales que definen el objeto de estudio. Se inicia el proceso de saturación, de 16 –25 casos, se tiene un retrato claro de las pautas y de sus transformaciones recientes. Se confirman las pautas establecidas, sólo se añaden ligeras variaciones, de 26-30 casos se redundan en el conocimiento de las pautas de los procesos sociales, se logra el proceso de saturación”. En el caso peruano menciona investigaciones de Gonzalo Portocarrero Maisch: 10 casos; Imelda Vega-Centeno: 10 casos; Patricia Portocarrero y Gabriela Arrieta: 12 casos; Norma Fuller 23 casos; entre otros.

investigador; cuanto más conocido por éste, más seguro estará de obtener un buen relato interesante y apropiado a lo que está buscando; cuanto menos conocido, mayor el peso de contingencia; esto es, de la posibilidad de obtenerse menos de lo esperado”.

Entonces el tipo de informante clave no lo estructuré de antemano, puesto que mi objetivo era alcanzar las declaraciones más ricas y diversificadas, que revelaran un aspecto transcultural, transdimensional, transpersonal de cómo las enfermeras docentes conceptualizaban y simbolizaban el cuidar/cuidado y qué había detrás de esas conceptualizaciones y simbologías de ese contexto.

Se trató por tanto de un diseño emergente, puesto que el punto de saturación relacionó los términos comprensión y por añadidura el de extensión, en tanto había cierta diversidad en ellas así, en el Departamento Académico de Enfermería- en que ellas están adscritas- unas eran a dedicación exclusiva, otras a tiempo completo y otras a tiempo parcial; unas tenían carga adicional en la Maestría en Enfermería (ME), otras ocupaban cargos administrativos tanto en la UNMSM como en los servicios hospitalarios, otras estaban en el llano, sin ocupar los mencionados cargos. Unas eran de categoría Principal, otras Asociadas y otras Auxiliares, que laboraban sólo en la UNMSM, otras tenían multiempleo, unas tenían más de 25 años laborando, otras pocos años o meses; unas tenían la formación del pregrado y postgrado en la UNMSM otras no; el contexto fue; por tanto, el marco referencial en el que cada una de las enfermeras docentes reflejaba hologramáticamente la unidad de análisis de interés de la tesis, incluyendo discordancias y concordancias.

En este aspecto, ilustró **MINAYO**: ¿a quién observar?, ¿a quién entrevistar?, ¿qué observar?, ¿qué debatir?, ¿con quién discutir?

“(…) a) definir claramente el grupo social más relevante para las entrevistas y para la observación; b) no agotar sin delinear el cuadro empírico de la investigación; c) (...) prever un proceso de inclusión progresiva encaminada por los descubrimientos de campo y su confrontación con la teoría; d) prever una triangulación; esto es, en lugar

de restringir a una sola fuente de datos, multiplicar las tentativas de abordaje”

3.5. Técnicas e instrumentos de producción de datos

Observación participante: consistió en el proceso de aproximadamente dos años⁴ antes del estudio doctoral en que contemplé, oscilando entre la no sistematización y sistematización y detenidamente cómo se desarrollaba el cotidiano académico, con la autoimposición de no manipularlo ni modificarlo con el intrusismo, tal cual discurría por sí mismo, primando el *naturalismo y la inmediatez* (con toda su complejidad), no obstante que emergían algunas rupturas epistémicas con la tesista en diferentes momentos. Evidentemente la observación -visto el proyecto de tesis doctoral- fue planificada en fases, para los constructos (1er, 2do, 3er orden) y sujetos actuantes, sometiéndola a monitoreo de veracidad, objetividad⁵, fiabilidad y precisión.; captando las unidades de registro, categorías analíticas e interpretándolas.

Describía los comportamientos de los informantes claves, la cultura organizacional en el escenario de las conceptualizaciones- simbologías, comprendiendo la realidad, conforme LUDKE-ANDRE (1994:26-28):

“(…) el observar como participante es un papel en que la identidad del investigador y los objetivos del estudio son revelados al grupo investigado desde el inicio. En esa posición el investigador puede tener acceso a una gama variada de informaciones, hasta confidencias, pidiendo cooperación del grupo. Con todo tendrá en general que aceptar el control del grupo sobre lo que será o no público en la investigación”.

Algunas normas sirvió para cautelar mi libertad de no seguir acudiendo a *todas* las enfermeras docentes en busca de información con el riesgo de perder la neutralidad de querer observar *todos* los significados y símbolos que, objetivamente se daban en ese escenario.

⁴ Este tipo de observación es el representado por etnógrafos como Franz Boas, Bronislaw Malinowski, Ralph Linton, Margaret Mead. El símbolo es Boas *llegando para una larga estancia*, es por ello que recomienda hacer etnografía en un tiempo no menor de un año para adentrarse en la captación del contexto, exigiendo una entrega completa a la tarea hermenéutica. El observador se hace parte de la situación, para sentir lo que es vivir esta situación. Absorbe además energías y transforma al investigador en su doble esfuerzo por identificarse con y, al mismo tiempo, permanecer distante al contexto.

⁵ Este planteamiento ha producido la etnocencia y la descripción espesa como lo describen dos de sus principales exponentes Geertz y Goudenigh. Para el primero, el hombre es un animal suspendido en la tela de araña de significados que él mismo ha tejido. Sólo una descripción espesa nos lo revela, en el sentido que están fabricados, contruidos, de ahí que la teoría cultural sea diagnóstica, no predictiva, no generalizadora, útil para desentrañar la importancia no aparente del cuidar/cuidado.

Así de una “visión amplia” rápida, al inicio, cambié a una de “ángulo pequeño”, tratando de bloquear otras no relevantes como recomienda Spradley.

De ahí que la aproximación teórica de la categoría como variable compleja, en cierto modo fue un mapa-guía flexible de : la *concentración*, en que traté de captar lo transparente, lo dado por supuesto, las estructuras latentes o profundas (categorías analíticas) en la cotidianidad que no siempre fue silenciosa y armónica; la *oportunidad* de acertar los momentos prudentes de acercamiento a los sujetos actuantes claves; la *marginalidad* cuando procuraba distanciarme y cuidar mi independencia y objetividad del “nativo”; la *agresividad controlada* que permitió el avance progresivo, calculando las diferentes reacciones de las enfermeras docentes; la *sindiéresis* para no perder la visión de conjunto, sopesando astucia/ingenuidad; certidumbre/incertidumbre; lo claro/lo oscuro; lo fácil/difícil en el *lebenswelt* de la EAPE.

El instrumento fue las **Notas de campo** en que recogí materia prima de la observación participante, consignando -fundamentalmente en la descripción escrita- las manifestaciones (verbales, acciones, actitudes), de las circunstancias físicas que se constituyeron como necesarias y que rodeaban a las enfermeras docentes , registrándose así mismo mis reflexiones, mis contradicciones –no siempre compartidas- sentimientos que, en cierta manera incluía interpretaciones preliminares como “comentarios del observador” (C.O.).

Entrevista etnometodológica en profundidad

Fue la herramienta de escarbar⁶, usada en su modalidad focalizada, en reiterados momentos, entendida como una conversación entre iguales, en un esfuerzo controlado por el arte de hacer las preguntas y lo más importante y difícil: el saber escucharlas, procurando en ese momento *el epojé*.

En esta construcción la entrevista no fue un arma neutral sino que se acondicionó al escenario académico en cuyo marco cobraron sentido las respuestas obtenidas (“efectos de superficie”), así como la interpretación de las “estructuras profundas”⁷

⁶ Véase a Denzinger en *El acto de la investigación*. Nueva York: Mc Graw; 1978. la entrevista en profundidad es la herramienta favorita del investigador cualitativo, como una conversación en la que, se ejercita el arte de formular preguntas y escuchar respuestas (...) es un acto artificial y artificio, a través de la cual se crea la situación concreta, no neutral, única, irrepetible en que se producen significados y simbologías.

⁷ Triviños en *Introducción a la investigación en ciencias sociales*. Sao Paulo: Atlas; 1987, esclarece que (...) para evitar error, esas preguntas claves se constituyen en parte de la entrevista semiestructurada, en el enfoque cualitativo no nacieron “a priori” (...) son el resultado no sólo de la teoría que alimenta la acción del investigador, sino también de toda información *que* él ya recogió sobre el

Entendí que era la propia tesista, la *responsable del* manejo del guión orientador, sabía que esta técnica reposa exclusivamente en la experiencia vicaria transmitida a la tesista, a través de la conversación con los sujetos actuantes, creando un marco artificial y artificioso de recogida de datos en el que, fruto de la cotidianidad, se creaba una relación intensa entre tesista que entrevista y enfermera docente productora de datos. Así, haciendo un esfuerzo de “inmersión”, “reimersión”, procuré encontrar lo que era importante y significativo en su temperamento (sentimientos de solidaridad de Lévinas, acogida al doliente), en su intelecto (epistemología del cuidar/cuidado) y en su carácter (ethos práctico) desde su propia percepción émica.⁸ Aquí entonces ocurría la reinterpretación de interpretación (“post festum”).

La entrevista en sí, fue el contexto en el cual se elaboró estos relatos, testimonios, creándose explícitamente esta situación para que ocurriera –lo más fácil posible– esos relatos.⁹

En cambio en la observación etnográfica, no había esta experiencia vicaria -muy por el contrario- era mi propia experiencia personal como tesista, la que me llevaba a la captación de las unidades de contexto: interpretación de significados y significantes sin mediación alguna (“festum in vivo”).

Usé el procedimiento de preguntas descriptivas, “en torno a un punto diana” o disparador, recorrí panorámicamente el universo de significados y significantes de las enfermeras docentes, referidos al tema norteador: *el cuidar/cuidado de enfermería*. Por otro lado, no esperé ni supuse que cada una de ellas fuesen objetivas y neutrales, sino todo lo contrario. Lo que procuré realmente fue que coincidieran consigo mismas, con su propio universo individual. De ahí que renuncié a la posición de objetividad neutral a favor de una actitud de empatía, de *pares igualitarios* para aproximarme con ese universo etnográfico del cuidar/cuidado de ellas.

fenómeno social que le interesa, no siendo menos importante sus contactos, inclusive realizados en la escogencia de las personas entrevistadas”.

⁸ Finalmente dentro de las entrevistas en profundidad, usé el tipo monotemática (**focused**) siguiendo a Robert Merton y semiestructurada con flexibilidad, concordando con Spradley que orienta ir por la etapa abarcante para luego ir cerrando el foco.

⁹ Es interesante cómo nos recuerda al método mayéutico que creó Sócrates en su rol de facilitador. Ver a Steve Taylor y Robert Bogdan en *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós; 1987.

Un instrumento fue el **guión orientador**, no como un protocolo estructurado sino una ayuda-memoria conteniendo probables unidades de registro, dominios etnográficos e incluso taxonomías etnográficas, trabajados como aproximación teórica en la variable- de modo que el objetivo fue el recoger información producida para comprender los campos semánticos, sus modos y condiciones de producción -más que para explicar- buscando maximizar los significados y significantes.

Aposté por encontrar respuestas *sinceras*, antes que verdaderas, tanto cognitivas como emocionales-afectivas y valorativas, para ello utilicé la grabadora, previa autorización.

Finalmente el tiempo usado para cada docente no excedió de los 80 minutos.

Otro instrumento fue el **diario del entrevistador**, donde también consignaba mis comentarios, mis reflexiones existenciales -muchas veces contradictorias- en un monólogo con mis **notas de campo**.¹⁰

3.6. Análisis e interpretación de datos

El estudio orientó a reconstruir las RS de las enfermeras docentes acerca del cuidar/cuidado como conceptualizaciones y simbologías portadoras de componentes *estructurales profundos* que articulan campos semánticos cognitivos, saberes de sentido común, afectivos, valorativos acerca de la acogida, acompañamiento a las personas -que sufren desestructuración temporal, duradera, total, parcial de su ser- como resultado de procesos de construcción-deconstrucción colectiva desde unidades de registro a unidades de contexto expresadas en sus discursos en la intersubjetividad cotidiana de su actividad académica, trascendiendo el plano estrictamente lingüístico en tanto situadas en un escenario académico/asistencial.

¹⁰ **Primo non nocere**: veamos la recomendación formulada por Taylor y Bogdan, *Op.Cit.*, pág 122-123. "(...) de alguna manera todos debemos aprender a conocer a los otros (...) por cierto debo decir que a mí mismo, amablemente y en ocasiones firme o severamente, se me recordó lo absurdas que habían sido algunas de mis preguntas, lo engañosos o presumidos que eran los supuestos que ellas trasmitían El hecho es que reiteradamente he visto a un trabajador emigrante, iletrado, pobre y humilde, retroceder un poco ante algo que yo hice o dije, sonreír un tanto nerviosamente, echar chispas por los ojos y enfurruñarse, hacerse algunas preguntas sobre mí y mis propósitos, y a través de sus gestos hacerme conocer la desaprobación que seguramente había sentido; y en efecto, la crítica que también surgía en él, la crítica serena, reflexionada, quizá difícil de expresar en palabras..."

Es por ello que se partió de unidades de registro, ascendiendo-**en espiral**- a unidades contextuales de segundo y tercer orden, éstas últimas la expresión de las temáticas o etnoclasificaciones de significados y significantes del cuidar/cuidado de enfermería.

Las categorías teóricas buscadas en el proceso de reconstrucción y reinterpretación fueron:

- Perspectivismo humano dialógico ante la vulnerabilidad de la condición ontológica, antropológica, axiológica pluridimensional /plurirelacional de la condición humana: dignidad ontológica-social, alteridad - nostridad
- Reconocimiento de la interioridad
- Interpretación de la corporeidad
- Rasgos característicos del cuidar
- Singularidad del cuidar
- Límites ontológicos: finitud
- Ciencia/tecnología del cuidar
 - conceptualizaciones, simbologías en el marco de modelos teóricos: transcultural, transpersonal, transdimensional
 - Dialogicidad consustancial
 - Cotidianidad del cuidar

El análisis y la interpretación estuvieron centrados en la codificación; es decir, en la atribución de categorías analíticas a partes circunscritas del discurso de las enfermeras docentes y por tanto se hizo la reducción analítica e interpretativa de éstas hasta convertirlas (con la transducción) en etnoclasificaciones, expresión de significados y significantes.

Así se trabajó con el denominado *primer documento* conteniendo respuestas, testimonios grabados de las enfermeras docentes, constituyéndose en: “texto de

campo”.El asunto –desde el inicio, hasta el final - fue captar, reconstruir categorías analíticas y equipararlas con las categorías teóricas antes mencionadas.

En esta **primera etapa**, el objetivo fué: captar y extraer los constructos de primer orden o unidades de registro, conteniendo categorías analíticas derivadas de: reconocimiento de la interioridad, interpretación de la corporeidad, rasgos característicos del cuidar, singularidad del cuidar, límites ontológicos del cuidar como la finitud, conocimiento y tecnología del cuidar, conceptualizaciones, simbologías en el contexto de modelos teóricos, sean transcultural, transpersonal, transdimensional; dialogicidad comnsustancial, cotidianidad del cuidar.

El *segundo documento* conteniendo las *unidades de contexto* o los constructos de segundo orden, *dominios emergentes* que, como construcciones etnográficas menores tienen 3 elementos estructurales: término incluido (expresiones originales), el término cubierto (expresiones mixtas) y término semántico, de ahí que el objetivo haya sido captarlos, construirlos ayudados con el marco teórico.

Los dominios etnográficos (conjunto de conceptualizaciones y simbologías) formaron redes de relación de significados o de simbología.

En la **segunda etapa**, el objetivo fue construir esas redes, estableciendo cadenas asociativas de significados y significantes de los dominios emergidos, de manera que permitió elaborar a modo de *taxonomías etnográficas* los constructos de tercer orden, ayudados, así mismo del marco teórico.

El *tercer documento* o “texto interpretativo provisional”, contiene nueve *temas* o etnoclasificaciones (reinterpretación de la interpretación, reconstrucción de la construcción de las RS de las enfermeras docentes). Cinco corresponden a los significados y cuatro a los significantes presentados en el capítulo cuarto.

El objetivo fue la relativización de los temas, la persistente contextualización correspondiente¹¹, es por ello que se llegó a conclusiones a modo de consideraciones finales.

Hice dos tipos de “lecturas”: la directa, reconstruí los 3 componentes estructurales que dice **SPRADLEY** con los significados y significantes emergentes por los “*efectos superficiales*”; la segunda la indirecta o soterrada, busqué la interpretación

¹¹ Digo persistente hermenéutica, por cuanto hay n interpretaciones a partir de este momento para adelante, no sólo por la tesista sino por otras investigadoras, de ahí que insisto como Minayo: hay punto de partida, más no de llegada. Ver de igual modo a Spink en *Desvendando las teorías implícitas: una metodología de análisis de las representaciones sociales*. 4ta. edición. Rio de Janeiro: Vozes; 1995 cuando coloca la cuestión de relatividad de las interpretaciones, ninguna es la más verdadera que la otra pues pertenece a la esfera de la intersubjetividad, sino en búsqueda de la contradicción creativa permanente como también lo dice Morin (1983:16-17)

de las "estructuras profundas", procurando capturar, identificar las categorías analíticas y equiparalas con las categorías teóricas, explicadas en las páginas 76 y 77.

3.7. Consideraciones éticas: Consentimiento para participar en la entrevista y grabación de la misma

En esta Tesis Doctoral me he ratificado en premisas tales como:

Premisa primera: el cuidar/cuidado enfermero –latus sensu antropológico filosófico- es reconstrucción, restructuración, reconfiguración, articulación de la pluridimensionalidad, de la plurirelacionalidad del ser del ente, como acción demiúrgica, como pedagogía de las posibilidades, como acción esperanzadora-edificante de la interioridad-exterioridad del doliente-enfermo que agudizándose su condición vulnerable, de desamparo, procuramos acogerlo en consideración y respeto de su dignidad ontológica.

Premisa segunda: la búsqueda de la eudaimonia aristotélica: ataraxia, frónesis en mi reflexionar, pensar y hacer del cuidar/cuidado enfermero; por tanto, ratifico el respeto de la sentencia ética-moral: *primo non nocere* y de la *solidaridad* que reclama LEVINAS, la *alteridad* que insiste BUBER, *el hombre como fin supremo* que sentencia KANT.

Premisa tercera: la búsqueda del rigor en el proceso de investigación, considerando lo que BOURDIEU señaló como 3 posibilidades de cometer error: la ilusión de transparencia: suponer que la interpretación de los efectos de superficie y de la estructura profunda de las RS de las enfermeras docentes era rápida de conseguir; el dar cuenta de las transcripciones y de las interpretaciones de las RS; incertidumbre en las interpretaciones/reinterpretaciones de las mismas, por la propia naturaleza intersubjetiva.

Premisa cuarta: el respeto de la identidad y de las versiones producidas y dadas - con entera confianza-por mis colegas, las enfermeras docentes que *dieron con mucha sinceridad su consentimiento de responder a la entrevista en profundidad, no habiéndose requerido tener por escrito el consentimiento.*

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES ACERCA DEL CUIDAR/CUIDADO EN LAS ENFERMERAS DOCENTES

“(…) quien desee comprender un texto debe hallarse dispuesto a que éste le diga algo”

HANS GEORG GADAMER

4.1. Deconstrucción –reconstrucción de los *significados* en las conceptualizaciones del cuidar/cuidado de las enfermeras docentes

4.1.1. Taxonomías etnográficas

Las cinco etnoclasificaciones temáticas que a continuación presento, como constructos de tercer orden constituyen el producto del *tercer documento* como fue explicitado en el acápite 3.6 del capítulo III, de modo que mi reinterpretación correspondiente ofrece la relativización de las RS de las enfermeras docentes, relativización en persistente contextualización .

A) EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS: RESGUARDO PRIMORDIAL

Con esta primera *temática* clasificada reconstruyo el constructo **cuidar** que para las enfermeras docentes es indispensable, no sólo para la vida de los individuos, sino para la perennidad de todo el grupo social. En esta *estructura profunda* tomamos a **COLLIERE** (1989:120-130) cuando insiste que en la especie humana los cuidados son la garantía directa de la continuidad de la vida del grupo desde épocas inmemoriales, las mujeres participando en lo que contribuye a la manutención y desenvolvimiento de la vida y los hombres en el rechazo a la muerte.

Esta temática refleja la red de interacciones destacándose cuatro conceptualizaciones libertad, entendida como el resultado de la relación

dialéctica entre determinismos e indeterminismos y el compromiso como un compromiso responsable, de ahí que reconozcan la intervención del intelecto y la voluntad.

Ellas asocian la vida con los cuidados, que conlleva a que ésta pueda permanecer. Cuidar es un acto de vida que tiene primero y ante todo como fin permitir a la vida continuar, desenvolverse y luchar contra la muerte, aceptando que no pertenece sólo a la profesión sino que es universal.

Ahora bien, esta primera temática es soportada en cinco constructos de segundo orden o dominios etnográficos emergentes contextuales: 1) sensibilidad hacia el enfermo; 2) intervención a las respuestas salud-enfermedad; 3) alerta ante la enfermedad; 4) interferencias internas-externas y 5) cuidados estandarizados.

Estos cinco constructos de segundo orden se derivan a su vez, de constructos de primer orden que contienen unidades de registro.

1) sensibilidad hacia el enfermo; tener el conocimiento de lo que es vivir y ser saludable precisa de la perspectiva émic de cada persona dentro de su cultura, de ahí que la Constitución Política del Perú tenga a la vida como un valor supremo y fundamental para todos y que se refleja en la propia Ley del Ejercicio de las Enfermeras;

Para **DURKHEIM** no hay representaciones falsas, porque todas responden de diferentes formas a condiciones dadas a la existencia humana a través de las cuales:

“(…) es necesario saber alcanzar la realidad que él representa y que le da su verdadera significación. Constituyen objeto de estudio tanto como las estructuras y las instituciones: son todas ellas maneras de reaccionar, pensar y sentir, externas al individuo y dotadas de un poder coercitivo en virtud del cual se les impone”

SPINDOLA (1998:36-39) indagó cómo quince enfermeras entre jefes de servicio y supervisoras perciben su actual práctica profesional, evidenciado por el análisis de los testimonios que el déficit de recursos humanos y materiales interfiere directamente en la calidad de asistencia prestada a los

usuarios quedando sujeta a aspectos subjetivos como “buena voluntad” y “esfuerzo personal”. Analizó la autora que los enfermeros sienten dificultad para cuestionar o disculpar a los funcionarios. El poder institucionalizado acaba por influir en la asistencia prestada ocurriendo una fiscalización ineficaz y descompromiso con el sector salud. El distanciamiento de los enfermeros con el cuidado directo a los pacientes, contribuye a disminuir la calidad; sin embargo también encuentra factores positivos como placer en desarrollar esa función, amor a la profesión, humildad, dedicación y buena voluntad son señalados por los enfermeros como indispensables para el desempeño de sus actividades.

TEXEIRA y SOUZA (1996:2-8), partiendo del principio de que los seres humanos son contradictorios por naturaleza, reconocen que sus prácticas cotidianas, sólo pueden ser entendidas si comprendemos la realidad como fundamentalmente contradictoria como es el escenario de enseñanza-docencia-trabajo del enfermero que se encuentra desarticulado con los servicios de enfermería

De acuerdo con la definición de los interaccionistas simbólicos, la vida cotidiana emerge del conjunto de interacciones subjetivas persona-persona, persona-objeto, donde la subjetividad adquiere un significado propio y se transforma en una realidad independiente a través de la acción; es decir, la actividad humana de las enfermeras docentes transforma el mundo de interpretaciones subjetivas en una realidad objetiva y arraigada. El mundo de la realidad cotidiana en la EAPE es por tanto de predominio del sentido común, que les da estabilidad y sentido- significado al aquí y ahora.

Ello explicaría cómo las condiciones de producción de las enfermeras docentes son dadas, contestadas, aceptadas y legitimadas dentro de la dinámica de la actividad cotidiana, que puede darse, replicarse en cualquier escenario : Facultad, Hospital, en fin, en diferentes campos de actuación de salud, en el que construyen, interpretan, deconstruyen la realidad social, mediados por el lenguaje.

El mundo cotidiano de ellas contiene su quehacer, rutinas ordinarias académicas, cuya riqueza se configura en una variada red de conceptualizaciones múltiples y cambiantes. Así, pese a que viven la cotidianidad como un todo coherente, ellas experimentan la realidad en comunalidad, de acuerdo a su temperamento, intelecto, carácter, nivel socioeconómico, edad, género, etnia.

La cotidianidad se da a través de sus cargas académicas prescritas y predeterminadas, las que anteceden antes de incorporarse a la EAPE y a la cual acceden cuando forman parte activa de ella.

De ahí que ese cotidiano de ellas no es algo que se da inmediatamente, que aparece, que se ilumina como una revelación, sino como algo que es mediación. Tiene que analizarse como expresión de significados, descifrando, encontrando el carácter semántico a partir de sus discursos, buscando la esencia del cuidar-cuidado que no está a la vista -es como el iceberg- ni está ante los ojos, sino que es mediado por múltiples elementos sea distribución de su carga lectiva, no lectiva, posibilidades de ascenso de categorías, posibilidades de nombramiento, entre otras.

Hemos partido desde dos puntos de vista, primero que lo cotidiano es complejo, no definible en una forma única; es denso, lo contrario a lo transparente, tiene estructura profunda (el cuidar-cuidado), perspectiva, tiene aristas, y es resonante: tiene capacidad de significados y significantes. Segundo, implica algunas consecuencias metodológicas. Ello quiere decir que no se podría acceder a ese cotidiano en forma directa; ha sido necesario dar rodeos, *ir en circare* para encontrarlo a través de sus expresiones y manifestaciones. Ha sido como dar el salto entre la verdad que se devela y el sentido que se esconde, entre la claridad y la oscuridad de la realidad; el paso entre lo pautado, lo reglado, lo dado y lo simbólico; entre lo presente, lo actual y lo original como originario y único como ocurre en el hacer de las enfermeras docentes.

Lo cotidiano del cuidar-cuidado se ha ido deconstruyendo-construyendo, no está dado, se arma. El proceso metodológico (etnometodología-etnografía)

apunta hacia esa construcción, ya que a medida que se avanza se va construyendo ese sentido del cuidar/ cuidado en ellas.

Analógicamente, parafraseamos con **ORTIZ CABANILLAS** que lo cotidiano contiene tanto información inconsciente que traemos al nacer (información determinada epigenéticamente), que se asume como dado y que es subsumida por la información sociocinética en la que el escenario de la EAPE forma parte.

2) Intervención a respuestas humanas frente a la salud-enfermedad:

parafraseando así mismo a Rosemarie **RIZZO PARSE** (1995:201-215) que, en su teoría de nivel medio: Man-living-health, explicita el énfasis sobre la experiencia humana en salud como aspectos centrales para la disciplina de enfermería, concepto que permite definir a enfermería como el estudio del cuidado de la experiencia de salud del hombre que implica, por un lado una exigencia social, una identidad de servicio como compromiso moral y por otro lado, un dominio específico para el desarrollo del conocimiento de enfermería por que enlaza dos conceptos salud y cuidado. Aisladamente el concepto salud-enfermedad es relevante para cualquier disciplina de salud y no específicamente para enfermería. En cambio sí es relevante para nuestra profesión en tanto enlace con las experiencias humanas existenciales, como son las vivencias cotidianas.

Por tanto los constructos de primer orden “*efectos de superficie*” de los dos dominios etnográficos son: vida; encuentro entre personas; sensibilidad; persona sana o enferma; valores humanos; situaciones de riesgo; apoyo; prevención –protección– recuperación; bioseguridad en cualquier etapa de la vida; transacción intersubjetiva. Así:

“(…) **creo** que no se da un cuidado adecuado, no sólo por
aspectos que conciernen a la capacidad de la enfermera,
capacidad que deriva de su formación, de su **sensibilidad**
como persona y, sobre todo, de lo que haya introducido
en su conceptualización de enfermería, (...) habría que

preguntarse”

(Docente A)

*“(…) sé que no se está dando el cuidado integral día a día
(…) no estamos siendo capacitadas”*

(Docente B)

*“(…) sí, actuamos frente a los problemas, incluso
potenciales para lograr bienestar (…)
la problemática de salud es **real** o hay también el riesgo,
por ejemplo **vemos** la violencia, drogas”*

(Docente D)

*“(…) es **brindar intervención** o cuidados según **respuestas
humanas** a trastornos psicosociales, socioculturales,
ambientales”*

(Docente E)

*“(…) respondemos a la familia, individuo, colectividad,
para eso nos **basamos** en conocimientos, actitudes,
habilidades”*

(Docente C)

*“(…) cuidar es acompañarlo en sus experiencias (…)
es desvelo”*

(Docente L)

En este sentido, hay concordancia –sin que la mencionen– con CASTRILLON (1998:39-41), porque indagan por los problemas de salud de los grupos humanos. Esto es relevante desde que acudían como alumnas a la comunidad urbana autogestionaria de Villa El Salvador (CUAVES) hace más de treinta y cinco años, allí se perfiló esa competencia, de modo que *objetivaron* y *anclaron* tempranamente que el cuidar plantea exigencias sociales, venido a menos por efectos de políticas neoliberales..

La concordancia es asimismo –no la mencionan - con **MALVAREZ** (1996:16-18) puesto que asumen que esa política neoliberal en el marco de un proyecto global de reorganización de las sociedades, incluye a los sistemas de salud como bienes privados de cambio, apropiados por consumidores en proporciones variables y que busca convertir las actividades del sector en rentables.

De modo pues en el arraigo de ellas estaría latente la interrogante ¿cuál es el lugar y valor de enfermería para sociedades en desarrollo y mediados por contradicciones de corrupción, narcotráfico e intolerancias de toda índole. Si hasta 1998 había cinco millones de enfermeras a nivel mundial, los desafíos en el cuidar-cuidado para ellas también serían tres: a) *el ético político* de defender la vida, el desarrollo humano, el rescate de la subjetividad, la solidaridad, la disminución de las inequidades, el acceso a los servicios de salud; b) *el teórico-epistemológico* la discusión cotidiana de las bases filosóficas del cuidar-cuidado y c) *la praxis cotidiana* afrontando el doble discurso.

3) *Alerta ante la presencia de la enfermedad:* Si tomamos a **BENNER** (1984:24-29) en que el ejercicio clínico encarna la idea de excelencia y que mediante el estudio podemos descubrir nuevos conocimientos, es precisamente su modelo que describe 5 fases en la adquisición y desarrollo de habilidades y experticia, produciéndose cambios en 4 aspectos: a) sustitución de la confianza en principios y reglas abstractas por una experiencia concreta adquirida; b) sustitución de la confianza en el razonamiento analítico basado en reglas, por la intuición; c) la modificación de la percepción de la situación por el aprendiz que deja de verla como una recopilación de porciones de igual importancia para considerarla como un conjunto de complejidad creciente en el que algunas partes son importantes; d) pasar de la posición de observador aséptico que contempla una situación desde fuera, a una posición de compromiso completamente incorporada a la situación de modo que los niveles permitan avanzar desde el principiante avanzado hasta el experto.

BENNER destaca los límites en expansión del conocimiento clínico más que describir una típica jornada de trabajo de una enfermera, de modo que el

concepto de experiencia definido como el resultado de cuestionar ya se basa en **HEIDEGGER** y **GADAMER** (1996:42-49), por cuanto que a medida que adquiere experiencia, el conocimiento clínico se convierte en mezcla de conocimiento teórico práctico. Los constructos de primer orden son: perspectiva holística, prevención, alerta, compartir, valor. Así:

*“(...) el objetivo esencial es el cuidado de las personas desde una **perspectiva holística** que lo hemos aprendido en la formación del pregrado (...) **pareciera** sin embargo, al observar la práctica profesional intrahospitalaria existir una incongruencia entre lo teórico y lo real”*

*(Docente **E**)*

*“(...) las acciones están encaminadas a **evitar** las enfermedades que se pueden **prevenir** (...) proteger la **salud** tanto física como mental, social (...) se necesita de una preparación adecuada en aspectos relacionados al conocimiento de la persona de forma **holística** y también se necesita conocerse a sí misma”*

*(Docente **F**)*

*“(...) para mí significa que en la población asignada deberá **estar alerta** a cualquier caso sospechoso de alguna enfermedad o influencia externa que pueda proporcionar un daño primero en una **parte** de dicha población y después en **toda**”*

*(Docente **G**)*

*“(...) **comparto** con Carper que situaciones de grave enfermedad o de proximidad a la muerte, piden hacer a un lado el significado instrumental del cuidado y poner **en el centro** en aspecto más necesario y central de éste: el arte de estar **completamente presente** para la otra persona”*

*(Docente **H**)*

“(…) para mí, cuidar es una **oportunidad** invaluable de poder atender a un ser humano, entendiéndolo y ayudándolo a **preservar la salud** o a recuperarla en caso que la haya perdido”

(Docente I)

Lo que **ven**, lo que **sienten**, está de algún modo sobrecargado por lo invisible y por lo que es provisoriamente insensible a nuestros sentidos.

Las RS manifiestan la capacidad cotidiana de ellas para adaptarse al escenario en mención por medio de conceptos, afirmaciones y explicaciones originadas durante las interacciones sociales en relación al objeto ontológico común para tornarlo familiar, arraigado y garantizar la comunicación al interior del grupo y también para interactuar con los alumnos y otras personas.

Las enfermeras docentes están situadas, integradas en el contexto en donde se encuentran con el conocimiento que se hace práctico compartiendo significados básicos, habilidades y hábitos derivados de sus experiencias comunes.

La expresión de sus conocimientos y el sentido de la existencia son premisas para la capacidad de enseñar o prestar asistencia en los servicios; ello explicaría porqué las enfermeras docentes construyen significados y significantes por lo general concordantes en lo referente al núcleo conservador de la enseñanza y asistencia en los servicios.

4) Interferencias internas: en este constructo de segundo orden emergen *estructuras profundas* la objetivación de la profesión aún en lo caritativo, en la abnegación, en la vocación y en la ayudantía del médico; conllevando al arraigo de crisis de liderazgo, estilos pasivos en el manejo de poderes, demora en el ensayo de nuevos modelos de cuidar, limitada productividad científica, medida por el número de publicaciones indexadas, por artículos publicados en revistas de circulación nacional e internacional, y por el número de enfermeras docentes dedicadas a la investigación.

Distanciamiento con el paciente, con el alumno que paradójicamente cuando se llega a la categoría de principal se pediría exoneración de prácticas clínicas/comunitarias en la carga académica, entregando estas responsabilidades a docentes que recién se inician y que están menos calificadas y demandan de especializaciones, de educación continua, sea en cuidado intensivo, pediatría, médicoquirúrgico, maternoinfantil, entre otras.

Esta dicotomía de profesoras de teoría y de práctica, reproduce la ausencia del pensamiento complejo en el cuidar-cuidado.

- 5) *Interferencias externas* : de igual modo, en este constructo de segundo orden emergen unidades de registro o constructos de primer orden: hegemonía médica especialmente en los servicios, deterioro de condiciones laborales, sobrecarga laboral en los servicios, disminución del valor social y económico de la profesión, baja inversión del recurso humano dentro de los sistemas de salud, limitaciones en las posibilidades de estudio, ausencia de educación continua y de exigencias de recertificación y acreditación de enfermeras de los servicios.

Así:

*“(...) **limitará** a la enfermera a tomar decisiones sobre el cuidado si desconoce la historia del paciente, estará **imposibilitada** de brindarle una atención integral (...) debe pues basarse en el uso del método científico”*

(Docente J)

*“(...) para mí el trabajar con personas y sobre todo con la vida y la salud de las mismas, es muy importante (...) me he preparado y me sigo preparando, es fundamental (...) antes por los años setenta y cuatro no se mencionaba el cuidado como tal pero sí se desarrollaba, se enseñaba cómo acercarse al paciente, cómo mostrar interés en él y cómo educarle, **“amén de la preparación teórica”** que tanto se criticaba (...) **“las enfermeras universitarias son muy***

teóricas”, más el tiempo demostró que esa teoría era utilizada en la práctica”

(Docente F)

“(…) enfermería ha tenido muchas épocas de **dificultades** pues al ser una profesión nueva va cambiando poco a poco para ir **mejorando y desarrollando** (...) mi formación fue en base al modelo **biologicista** (...) en el camino me redescubrí la interacción como fundamental”

(Docente H)

“(…) **creo** que en la formación de años atrás en la currícula no había ningún curso de realidad nacional donde se desarrollaran **las críticas** (...) no se está **abierto al cambio** por más que se cambien y cambien, los resultados van a ser los mismos”

(Docente K)

“(…) con demasiada frecuencia se observa que las políticas, estrategias, conceptos, prácticas y servicios de salud persisten en categorías **tradicionales** de análisis e intervención dirigiendo una respuesta **no congruente** a la diversidad, complejidad y naturaleza de los procesos que determinan y condicionan la salud de los pueblos (ellas, las enfermeras) no se apartan de esta norma y, por otra parte demasiado a menudo dirigen sus esfuerzos más al desarrollo de sus capacidades como grupo de clase que a los **problemas de salud**”

(Docente B)

La metáfora singular de la docente F encierra una ruptura epistémica de larga data en la enseñanza del pregrado, ruptura que se inició con la doble ubicación del pregrado: en la universidad (desde mitad de la década del 60) y en las escuelas de enfermería del Ministerio de Salud, Beneficencia de Lima y

de entidades castrenses con lo que se frenó el desarrollo de la profesión. Sería a partir de 1988 en que por la unificación en un solo nivel el universitario es que esta ruptura se ha venido confrontando.

ANDRADE (1998:5-9) estudia el significado y significantes de la incorporación de producciones académicas de enfermería en la construcción de nuevos saberes atribuido por maestrandos y doctorandos de enfermería enfatizando el reconocimiento que en la construcción de las RS, están presentes la dimensión cognitiva, afectiva y social, que la construcción simbólica es simultáneamente un acto de conocimiento y un acto afectivo permitiendo comprender este fenómeno.

LAVOYER (1998:23-27) devela las relaciones interpersonales en el escenario de la enseñanza-práctica de enfermería, cuyos testimonios fueron categorizados según el análisis de contenido, descritas e interpretadas a partir del enfoque de las RS. Sus conclusiones apuntan que lo que determina la forma cómo se da la relación entre enfermeras que cuidan y las que enseñan es el reconocimiento profesional mutuo, lo que implica tener compromiso, valorizar, integrarse con el campo de intercambio.

6) Modo de cuidar estandarizado

Este constructo o dominio etnográfico contradice el significado de pluriculturalidad dimensión poco comprendida como término polisémico del cuidar/cuidado, **LEININGER** encontró **175** constructos como señalamos en la pág. 17 en que fueron estudiados en poblaciones mediante entrevistas y observaciones directas de hábitos de vida y de experiencias de salud, enfermedad y rituales. Entre los 175 constructos en 54 culturas están: aceptar, asistir a otros, ser auténtico, comprometerse, estar presente, confortar, preocuparse, tener consideración, tener compasión, expresar sentimientos, hacer para/con, tocar, amar, ser paciente, proteger, respetar, compartir, comprender, tener habilidad técnica, demostración de conocimiento, seguridad, valorar al otro, ser responsable, usar silencio, relacionarse intencionalmente, oír.

Muchos de esos constructos engloban varios otros, por ejemplo respetar a otros, respetar el estilo de vida, respetar deseos, respetar la privacidad, respetar diferencias sexuales. Para Leininger, las personas desarrollan comportamientos de cuidar y la forma cómo los expresan está ligada a patrones culturales.

Insiste esta autora que para la enfermera el conocimiento de los rituales de cuidar, son de extrema importancia sobre todo en países multiculturales, plurilinguales; toma como ejemplo dos culturas la germánica y la italiana. En la primera, por ejemplo se sienten extremadamente desconfortables al depender de otros, pues invariablemente en ellos está arraigado el *selbst*. Están acostumbrados a mantener todo organizado y bajo control. Se sienten extremadamente incómodos cuando necesitan ayuda para su higiene personal. Son personas que no consiguen manifestar dolor, sufrimiento u otro sentimiento de manera abierta. La segunda, muestra íntima ligación con la familia, de ahí que la separación es traumática, son extremadamente comunicativos, entonces cuando están intubados, traqueotomizados sufren por no poder hablar, verbalizar sus sentimientos.

Estos conocimientos estandarizados además de los datos específicos de cada paciente son de extrema validez en la programación del cuidar.

Asumimos que este cuidar/cuidado conlleva analizar en torno a la *interioridad* del doliente que, como dimensión invisible e inconmensurable donde habita el yo, es inextricable y que haciendo metáfora, la interioridad es un laberinto sin planos cartográficos, sin límites ni fronteras, y que por ello demanda diálogo intrapersonal, e interpersonal.

De ahí que **COLLIERE** piense que la acción de la enfermera se centra por una parte en todo aquello que mejora las condiciones que favorecen el desarrollo de la salud para prevenir y limitar la enfermedad, y por otra, en todo aquello que revitaliza al ser humano cuando está enfermo. Es por ello que el cuidar no es estandarizado.

Agrega que no es posible diferenciar el campo de competencias de la enfermería sin aclarar las diferencias que existe entre *cuidar* y *curar*, y si

darse cuenta de que curar la enfermedad no podrá *suplir* jamás a toda esa movilización de las capacidades de vida que representa el cuidar, pues el campo de competencias de la enfermera se basa fundamentalmente en los cuidados para el mantenimiento de la vida basados en todo aquello que le permite a una persona seguir viviendo. Como ya sostenía Nightingale de la salud, no siendo ésta una entidad abstracta sino que representa un conjunto de posibilidades que permiten que la vida continúe, se desarrolle, que se encuentre sentido, incluso cuando hay enfermedad terminal.

En esta línea está **MAYEROFF** (1971:52-54) que describe ocho ingredientes del cuidar/cuidado guardando similitud con **ROACH** como se ha señalado en la pág. 25, así plantea conocimiento, ritmos alternados (*competencia*); paciencia (*compasión*); honestidad (*conciencia*); confianza (*enfatisa el dejar crecer*); humildad (*es reconocer la singularidad del doliente*); esperanza y coraje (*asumir riesgos, buscar lo desconocido*).

Las palabras claves en ambos es que en la *objetivación* son identificar necesidades; análisis y valoración para el plan de cuidados; satisfacción del usuario; evaluación de la satisfacción del usuario; uso del proceso del cuidado; el cuidado de la vida y costumbres habituales.

Las palabras claves en su *anclaje* son el *care*, referido a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, base del cuidado integral y el *cure*, dirigido al cuidado de la enfermedad, a la atención que realiza la enfermera a pacientes, en relación al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Retomamos a **BOURDIEU** (2002:129) al referirse al campo de las RS a través de la valorización del habla como expresión de las condiciones de existencia, para él la palabra es el símbolo de comunicación por excelencia porque representa -valga la redundancia- al pensamiento. El habla por eso mismo, revela condiciones estructurales, sistemas de valores, normas y símbolos y tienen la magia de transmitir a través de un portavoz las representaciones de grupos determinados, en condiciones históricas, socioeconómicas y culturales específicas.

Cada época y cada grupo tiene su repertorio estandarizado de formas de discurso en comunicación, que es enteramente determinado por las relaciones de producción y por la estructura sociopolítica. La palabra es la arena donde se confrontan los valores sociales contradictorios, donde se reflejan y refractan conflictos y contradicciones propios del sistema de dominación, donde la resistencia está dialécticamente relacionada con la sumisión.

Para él la identidad de condiciones de existencia tiende a reproducir sistemas de disposiciones semejantes a través de una armonización objetiva de prácticas y obras, es por eso que expresara:

“(...) todos los miembros del mismo grupo o de la misma clase son productos de condiciones objetivas idénticas. De allí la posibilidad de ejercerse en el análisis de la práctica social el efecto de universalización y de particularización en la medida en que ellos se homogenizan, distinguiéndose de los otros”

El valor por la calidad es el rasgo que indica fuerza, valentía, coraje, esfuerzo, mérito o significación exacta de un término. Vivir es tener vida, estar con vida, existir, durar, gozar la vida. .

B) EL AUTOCUIDADO: EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS

Con esta temática, el cuidar se centra en la persona sana o enferma, es por ello que **WATSON** (2005:47-49) defiende la moción que la persona es una estructura plurirelacional, en el sentido que no está solo ni aislado en el conjunto del universo, sino que establece vínculos sea explícita o implícitamente. La persona sólo emerge y se empodera cuando entra en relación con otras personas.

Entendemos que hay relación con la naturaleza, con los seres humanos y el ser espiritual, éstos últimos se refieren a la trascendencia en el que el ser humano ora; es decir, se refiere a Alguien que está más allá de su marco existencial. Es el mundo reflexivo referente al binomio hombre-mismidad lo que equivale que el hombre no está solo, para subsistir y existir requiere de esas tres relaciones.

Esta temática se refleja en redes de interacción que giran en torno a tecnologías duras, blandas: saberes, alteridad, indiferencia, interacción.

Ahora bien, esta segunda temática es soportada en dos constructos de segundo orden 1) respeto a los derechos de salud de las personas, 2) el día a día en el camino a cuidar. Estos dos constructos de segundo orden –por ser muy parecidos– derivan de constructos de primer orden conteniendo unidades de registro comunes.

- 1) Respeto a los derechos de salud de las personas: Este constructo fue asimismo encontrado por **LEININGER** entre sus 175 constructos. Lo interesante es que engloba a otros como: respetar a otros, respetar el estilo de vida, respetar deseos, respetar la privacidad, respetar las diferencias.

ROACH refiere que el cuidado es contestatario; es decir, es una respuesta a valores ontológicos pertinentes a la naturaleza del ser como dignidad, moralidad, en que el cuidar enfermero asume la naturaleza de una respuesta deliberada, no sólo del intelecto sino del temperamento y carácter, que lo entendemos como piensa **ORTIZ CABANILLAS**.

Los primeros debates sobre el cuidar en enfermería tuvieron el referencial de **MAYEROFF** en que el cuidar implica el sentido del otro levinasiano; la otra persona es respetada como ser independiente, única, irrepetible, incanjeable, insustituible.

Son respetadas por tanto sus necesidades que se procurarán satisfacerlas con devoción, como compromiso para con el otro. Subyace así mismo ideas de **BUBER**, utilizadas bajo su aspecto relación personal, intencional, terapéutico que fortalece el self/ selbst del *yo-tú*.

ANDRADE SILVA (1998:6-15) con el objetivo de comprender la concepción de la enfermera acerca de la relación enfermera – cliente y el intentar mostrar que tanto el *yo* (la enfermera) como el *tú* (el cliente, lo llama así) son polos que en el evento de la relación, aspiran por el encuentro, pretendiendo muchas veces provocar una abertura para la instauración del diálogo que no debe ser impersonal, sino interpersonal, que acontecen en un clima de misterio. Toma como base el pensamiento de **BUBER** para analizar en las enfermeras a través de una pregunta ¿qué es para Ud. la relación enfermera-cliente?

En su análisis destaca el trato a nuestros semejantes como un fin y no como un medio; sin embargo muchas veces la enfermera trata al cliente como un medio y ella también es tratada como medio por parte del cliente.

Bishop y **Scudder** citadas por Waldow retoman el *yo-tú* entre enfermera que cuida y el doliente no como un individuo con categoría clínica sino como una personalidad única, histórica en el que cuidar se caracteriza como un ejercicio de poder de dependencia o de autonomía, mediado por relaciones facilitadoras o dificultadoras de este proceso, sustentadas por dominios de conocimientos o dominios de fuerzas articuladas o creencias y prácticas habituales, entre otros aspectos que dan mayor conocimiento para un convivir civilizado entre seres humanos.

2) El día a día en el camino del cuidar

Como se ha venido desarrollando en el referencial teórico cotidiano es lo que permite dar sentido a las acciones productivas de la actividad académica de las enfermeras docentes en el sentido que es el escenario donde ocurre la enseñanza-aprendizaje de su carga lectiva /no lectiva, es el ámbito de su socialización, donde se interiorizan las acciones humanas que les permite relacionarse con las demás docentes y alumnas.

Es a través de la actividad cotidiana cómo ellas poniendo en práctica, van sabiendo cuándo, dónde y por qué hacer o no hacer, decir o no decir como lo veremos más adelante.

Desde este constructo de segundo orden se desprenden tres ámbitos: lo profesional, lo ideológico y lo histórico, donde lo cotidiano también se despliega, en toda su extensión. Es en las acciones cotidianas laborales cómo ellas satisfacerían sus necesidades más radicales como dice **HELLER** (1972:78-84). La producción, el trabajo, son parte de la actividad cotidiana, tal vez es el aspecto central de su diario vivir.

Con **ARENDT** (1974:38-42), afirmaríamos que el trabajo en ellas o en la mayoría de ellas es multiempleo considerando como simple "trabajo para sobrevivir", seguramente alienante y empobrecedor que uniformiza, hace "grises" a hombres y mujeres. Pero también puede el trabajo tomarse como "obra", como lo que se fija, lo que va dejando señales de condición humana,

como huellas de su inagotable posibilidad creadora, como el despliegue de su proyecto (el *ser-para-sí sartreano*) o bien puede entenderse como "acción" donde se manifiestan todas las *posibilidades* de iniciativa, de intervención - actuar teniendo en cuenta las circunstancias- de compromiso, como camino de su propia identidad y allí está lo rescatable.

Los constructos de primer orden, efectos superficie como unidades de registro comunales son: debilidades, fortalezas, transacción, ponerse en el lugar del otro, dependencia, estar atenta, exposición. Así emergen:

*“(...) no generen dependencia sino estimularlos a que tengan las condiciones para su desarrollo y **autocuidado** (...) para no opacar sus formas de afrontar y **apabullarlos** con nuestras orientaciones (...) cada quien cuenta con sus **debilidades o fortalezas**”*

(Docente C)

*“(...) hoy en día enfermería como profesión se sustenta conceptualmente en el cuidar-cuidado del individuo sano o enfermo (...) en este proceso un elemento esencial es la **transacción** inter subjetiva en que hay relación interpersonal basada en la comprensión, apoyo moral, emocional, empatía”*

(Docente L)

*“(...) acompañarlo en experiencias de vida ponerse en el lugar **del otro** (...) brindarle trato humano, basado en valores, es devalo buen trato, solicitud”*

(Docente D)

*“(...) los enfermos ingresan a los hospitales por dos motivos: por la enfermedad (es centro de interés de la medicina) y por la **incapacidad** que ésta supone: es esa **dependencia** el foco principal de la atención de los profesionales del cuidado (enfermería)”*

(Docente E)

*“(…) con este **día a día** durante treinta años en el camino de enfermería he aprendido muchas cosas que están en libros y muchas más de las que no están y lo más maravilloso es que se aprende a entender al ser humano, se avanza con él en sus necesidades apremiantes y en sus logros y se comparten éstos y sus fracasos también y se objetivice cómo esta persona con o sin instrucción se vuelve a levantar y trata de intentar **de nuevo** para vencer el fracaso (...) de ello he aprendido mucho hay sinsabores pero también alegrías”*

(Docente F)

*“(…) significa que en la población asignada deberé **estar atenta** a cualquier caso sospechoso de alguna enfermedad o influencia externa que pueda proporcionar daño, primero en una parte y luego en toda la población (...) me refiero también a cuidar de mi salud porque **yo también estoy expuesta** a adquirir una enfermedad, por ejemplo al entrevistar al paciente con tuberculosis y sobre todo si es multidrogorresistente”*

(Docente G)

Simultáneamente hay prácticas de enfermería que van en otra dirección como las de acogimiento, de vínculo, de responsabilidad y de autonomía que son formas de dar al otro un nuevo espíritu para esa práctica, considerando a enfermería como una práctica de relaciones que tienen en su base el cuidado.

La práctica de relaciones es construída en el escenario enfermera - paciente donde se hace presente el universo de RS de esos dos actores sociales siendo por tanto un momento único, irrepetible, exclusivo y siempre nuevo en cada encuentro; de ahí que no haya recetas de cómo deberá ocurrir. Es el escenario donde se da el cuidar, articulando el conocimiento, traducido en tecnologías duras, semiduras y blandas para calificar y desarrollar una atención que favorezca el mayor grado de autonomía de la persona en su modo de estar-en- el –mundo, por eso es arte.

De esta manera el cuidar/cuidado se construye en la relación entre personas a través de un proceso dinámico entre ellas y las condiciones del entorno, donde se encuentran los saberes, las tecnologías, los proyectos y las necesidades a partir de la historia de vida de cada una de ellas.

En este sentido, insistiríamos en el pensamiento complejo para la construcción del cuidar ya que las interacciones abarcan el ecosistema y el universo de referencias sociales e individuales en el que el cuidar atraviesa, recorre subjetividades individuales y colectivas. En esa construcción cotidiana el cuidado se produce a través de una interacción de ecosistemas que incluyen el medio ambiente, las relaciones sociales y la intersubjetividad.

C) LA PROTECCIÓN INTEGRAL, UNA AYUDA A LAS PERSONAS

Esta temática se refleja en redes cuyo nudo central es la condición humana; vale decir, en el enfrentamiento a las *transiciones* como dice **MELEIS**, situaciones límite de su vulnerabilidad ontológica, es por ello que en esa red aparecen categorías como: sistema de valores, fé-esperanza, sensibilidad, confianza, expresión emotiva, método de solución de problemas, enseñanza, soporte, gratificación y apoyo.

En esta tercera temática o etnoclasificación nos ayuda **ALVES da SILVA** (1996:41-42) que identifica las RS de enfermeras cuando cuidan pacientes con SIDA permeada de miedo, inseguridad en hablar, tocar y oír, sin embargo enfatizan que, a pesar de esos sentimientos, acreditan que la dolencia contribuyó para revelar algunos valores y no sólo para realzar aspectos puramente técnicos. Los constructos anclados son prejuicios, etigma y muerte.

Así mismo nos ayuda **RAMOS** (1998:13-15) que interroga sobre el significado de la ética del otro en enfermería a la luz de la filosofía de Lévinas, analiza qué se atribuye al usuario a partir del ser; por ello muchas veces niega la independencia del paciente, entendiendo que el usuario depende de la enfermera para su medicación, baño, curación, cambio de ropa de cama, verificación de signos vitales; es decir, cómo una persona es parcialmente negada en su singularidad. Entonces la esencia del cuidar radica en darle morada, en tanto lo requiera y rápidamente ayudarlo a crecer como ser

humano. Esta temática también se refleja en las redes fé-esperanza, sensibilidad, expresión afectiva-emotiva, solución de problemas, enseñanza, soporte, gratificación, apoyo a la condición existencial, sistema de valores.

A su vez, está soportada en un constructo de segundo orden o dominio etnográfico emergente contextual: la práctica como expresión de ayuda., así:

1) La práctica como expresión de ayuda: que en MELEIS (1997:114-116) la experiencia y luego el soporte teórico nos ha demostrado que generalmente corresponde a las enfermeras cuidar a personas que experimentan alguna forma de **transición** en la vida, en la enfermedad, así las enfermeras participan en la experiencia y las necesidades relacionadas con la admisión y alta del hospital, la recuperación de la enfermedad, de la pérdida de un ser amado, o de la cirugía o durante el proceso de parto.

También corresponde a la enfermera cuidar a los pacientes que salen del hospital y que requieren cuidados continuados, entonces tomando su teoría de la Transición se abre otro escenario: la enfermería familiar que aborda entre otras:

¿Cuáles son las experiencias de los pacientes durante las transiciones?

¿Qué condiciones facilitan o dificultan el progreso para completar la transición?

¿Qué entendemos cuando hablamos de una transición saludable?

¿Qué factores promueven el bienestar de los pacientes durante estas transiciones y cuáles son sus necesidades de cuidado?

Los constructos de primer orden, *efectos de superficie* como unidades de registro son: sentir, necesidad, planeamiento, equipo, afectividad, compromiso. Así:

“(…) **siento** que para alcanzar el cuidado hay que crear vocación de servicio tener presente las **necesidades de los demás**, imperioso es el escuchar (...) desarrollar un **plan mental** o

*escrito que cubra todas las necesidades y que tenga que ser coordinado cooperativamente con el **equipo disciplinario**”*

(Docente C)

*“(…) encierra la **dimensión psicoafectiva** que la diferencia con otras profesiones”*

(Docente D)

*“(…) para ser profesionales autónomos, responsables de nuestros actos con una **praxis fundamentada** tanto en evidencias científicas como en creatividad, **comprometida con la construcción de vida favorables en los grupos menos favorecidos**”*

(Docente E)

*“(…) para brindar este cuidado se necesita de una preparación adecuada en aspectos relacionados al conocimiento, **fé la persona en forma holística** y también se necesita conocerse a sí mismo”*

(Docente F)

Como indicamos en las páginas 18 al 21, **WATSON** aborda la expresión de ayuda cuando desarrolla diez factores del cuidar como la formación de un sistema de valores humanístico-altruístico; infundir la **fé** y esperanza; el cultivo de la sensibilidad y la propia percepción de uno y de los otros; el desarrollo de la relación de confianza; la promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos; el uso sistemático del método de solución de problemas para la toma de decisiones; la promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal; la provisión del soporte, protección y correctivo ambiente físico, socio cultural y espiritual; la asistencia con la gratificación de necesidades humanas y el apoyo de la fuerza existencial fenomenológica.

El cuidado es considerado por ella como holístico en tanto promueva humanismo, salud y calidad. Añade la autora que las intervenciones relacionadas al proceso de cuidar requieren intención, deseo, relacionamiento y actuación, de ahí que llame la atención en la intersubjetividad en el encuentro entre el cuidador y la persona que recibe el cuidado, caracterizándolo como un encuentro real, auténtico entre seres humanos, por cuanto que la enfermera en esa relación expresa y comparte conocimientos, sensibilidad, habilidad técnica y espiritualidad elevando al otro, ayudándolo a crecer. A su vez, el otro en su experiencia genuina, acrecentará y compartirá su ser, su conocimiento, sus rituales, sus características que auxiliarán en el proceso **transpersonal** del cuidar.

D) LA SALUD Y SU DIMENSION ANTROPOLÓGICA

Esta cuarta taxonomía etnográfica o etnoclasificación temática comparte con la inmediata anterior en lo concerniente a las redes, vistas en la página 98.

Ello implica analizar que el cuidado es dialógico, no sólo como estrategia comunicativa sino como constructo que converge y concentra el propio cuidado mostrándose como estructura y propiedad del cuidar en su contenido y forma, en sus procesos como un pensar abierto, creativo y ético, delante de la autonomía y los derechos y deberes de las personas involucradas.

Parafraseando a **RIOS MARTINS** (1995:44-47) el cuidar es esencialmente dialógico-libertador porque involucra sensibilidad, creatividad y ética como características esenciales y que de facto es capaz de contribuir a un modo de pensar, sentir, actuar en la perspectiva de promover el empoderamiento del doliente.

Esta enfermera reconoce las dificultades y fallas en el proceso de cuidar, de ahí su requerimiento de su estudio permanente para ser perfeccionado en una visión holística.

Ahora bien, esta cuarta temática se refleja en un dominio etnográfico, constructo de segundo orden emergente: sentir desde el doliente.

1) Sentir desde el doliente: Responde al marco teleológico del cuidar: acoger al otro que está desvertebrado, desestructurado, en **transición** en su multidimensionalidad y que requiere ayuda para recuperar sus

potencialidades, respetando su condición humana como sostiene Vespieren, porque es deficitario, o vulnerable en palabras de **GEHLEN** (1997:53-60) que, por estar en situación límite, en *transición* experimenta sufrimiento, reclamando de las enfermeras como diría **MELEIS** que se camine discretamente, sin ruido a su lado, respetando su libertad, ayudándole en lo que y con lo que implica su propio proyecto de vida..

De ahí que aproximarnos a la comprensión de la enfermedad y al sufrimiento con el enfoque antropológico filosófico permite dimensionar 3 aspectos, el primero destaca la negatividad en el sentido de vulnerabilidad ontológica de la estructura pluridimensional; el segundo la vulnerabilidad relacional de la persona tanto de su interioridad (temperamento, intelecto, carácter) como de su exterioridad (consideración fenomenológica) y el tercero la vulnerabilidad orgánica en el decir de **GELHEN** (1997:67-68).

De estas dimensiones negativas a su vez, emergen dialécticamente la positividad, permitiendo la relectura, confrontación, deconstrucción-construcción lenta, difícil del propio proyecto existencial para recrear el sentido de su vida, facilitado por el cuidar auténtico de la enfermera.

Los testimonios de ellas hacen emerger como “*efectos de superficie*” o constructos de primer orden: condición humana, afectividad, ser humano, aprendizaje, consejería, moral, actitudes, valores:

*“(...) hay una razón, la cuarta, es la **condición de la tarea humanitaria** por la cual los enfermeros reciben particular reconocimiento social, no es casual y en ella reside una gran posibilidad de recepción de prestaciones por parte de la comunidad, en virtud del carácter social, comprensivo y de contención **socioafectiva** que cualifica las acciones de enfermería”*

(Docente E)

*“(...) En este día a día ,lo más maravilloso es que se aprende a **entender al ser humano**, se avanza con él, en sus necesidades apremiantes y en sus logros (...) se comparten éstos y sus fracasos*

*también y se objetiviza cómo esta persona con o sin instrucción se **vuelve a levantar para vencer el fracazo(...)he aprendido mucho***

(Docente F)

*“(...) En el caso de una **consejería**, cuando confían problema muy serios o hechos que afectan mi salud mental ya que yo también **tengo mis propios problemas**”*

(Docente G)

*“(...) desde el punto de vista de la **moral** es lo que se debe buscar, como ser **humano moral**, que genere confianza”*

(Docente I)

*“(...) cubre con interés, consideración y afecto las necesidades integrales de salud (...) acto que incluye **valores**, deseos, conocimientos y **actitudes**”*

(Docente J)

*“(...) el cuidar se relaciona a la persona, es decir el ser humano con **valores**, no la enfermedad o patología (...) esto debe orientar la **construcción de una filosofía** que oriente y sustente el cuidado”*

(Docente K)

*“(...) para mí lo más importante es compartir su **condición humana**, sentir con **el otro**, requiere una **actitud**”*

(Docente L)

Insistimos nuevamente en **WATSON** que el cuidar es holístico en tanto promueva humanismo, salud y calidad en un proceso que se viene remarcando en el día a día, requiriendo fundamentos de un sistema de valores humanísticos, articulados al conocimiento científico, tecnológico que constituye el armazón del cuidar-cuidado de enfermería. Esta estructura de hecho es fortalecida a través de la información sociocinética como venimos citando a **ORTIZ CABANILLAS** (2001:42-48) sea de diferentes culturas, experiencias

literarias, artísticas, ejercicios de reflexión de valores tempranos que van formando sobre todo el temperamento y carácter de la cuidadora y del doliente.

Es por ello que la autora de la teoría transpersonal reconoce que:

“(...) any one of these and other experiences may help one to recognize and use values to establish a philosophy of life that promotes maturity, satisfaction and integrity. Altruistic values and behaviors bring meaning to one's life through relationships with other people”. (Jean Watson)

Estructuración-desestructuración pluridimensional va dándose en un continuum dialéctico en la existencia humana que radica en su ser o dignidad ontológica y no en el tener o poseer cosas materiales, que va aconteciendo en la temporalidad-espacialidad heideggeriana y sartreana.

Esta perspectiva antropológica filosófica del cuidar a la persona que temporal o duradera, sufre ruptura social, ética, cultural, religiosa, emotiva, intelectual, hologramática (en su interioridad-exterioridad; immanencia-trascendencia; determinismo-libertad; razón-pasión; certidumbre-incertidumbre; rigidez-dinamismo) es crucial en el pensar-hacer de enfermería por cuanto que el núcleo central de la estructura interior de la persona no sólo es inviolable sino impenetrable, aún cuando sea el fundamento que sostiene todo el andamiaje y el desarrollo del individuo como proyecto.

E) CONDICIONES ESPERADAS PARA LAS COMPETENCIAS A CABALIDAD

Las redes que soportan esta quinta taxonomía etnográfica giran en torno a la ausencia de un modelo teórico de la personalidad y por tanto la inadecuada conceptualización de la naturaleza humana en la Facultad de Medicina.

De la ausencia del modelo teórico de la personalidad se tejen: planes curriculares explicados en modelos biólogos, separación de las tres estructuras de la personalidad, énfasis en el enfoque positivista en la formación de recursos de salud, teoría ética del currículo, modelo de desarrollo moral del alumno.

Es por ello que **ORTIZ CABANILLAS** (2001:21-28) oportunamente ha hecho la caracterización moral de la Escuela de Medicina de la UNMSM en tanto institución educativa responsable de la formación profesional de los médicos, abstrayendo ciertas fallas del proceso educativo por la inadecuada conceptualización acerca de la naturaleza del hombre en particular sobre lo que *es* realmente la *personalidad* en formación. Fundamenta y sugiere la necesidad de aplicar una teoría ética y un modelo de desarrollo moral de la personalidad orientada a la moralización de la sociedad, como base de una educación del estudiante de medicina más consecuente con las necesidades de salud de países en desarrollo como el Perú.

Parafraseando con el autor, la denuncia que hace de la ausencia de un modelo integrado de la actividad consciente de la persona -válida para enfermería- explica el énfasis en los objetivos instruccionales, y ahora el denominado “currículo por competencias”, en un desarrollo paralelo de las áreas cognitivas conceptuales, cognitivas procedimentales y actitudinales - realmente el énfasis es el psicomotriz- ignorando la existencia del principal componente de la conciencia: el de su estructura motivacional que organiza todo el conjunto de la actividad personal; entonces la actuación objetiva moral de la persona se explica y evalúa como si fuese una actividad aislada de las demás formas de desempeño y comportamiento, más aún, sin tener en cuenta la naturaleza esencialmente moral de la conducta.

Esta denuncia nos ayuda a insistir en la reflexión colectiva del proceso enseñanza-aprendizaje del cuidar-cuidado en el pregrado de enfermería, por cuanto que al no disponer de una teoría del hombre, de la personalidad, la desarticulación con el ser en su condición humana y la sociedad continuará, por más intentos que se haga con tecnologías educativas llamadas participativas, o con el enfoque de las competencias- trabajado en Estados Unidos de Norteamérica desde los años setenta en tanto no se revisen responsablemente los procesos dialécticos de la estructuración moral de la sociedad que subsume las capacidades morales que traen tanto los alumnos, los docentes y los usuarios receptores del cuidar a su condición actual.

Emergen nuevas interrogantes:

¿Las enfermeras docentes seguirán circunscritas en contenidos cognitivos, cosificando esas tecnologías de punta dentro y fuera del campus universitario, distantes de esos enfoques filosóficos antropológicos y por tanto del vínculo con la condición humana?

¿Qué determina a que las rupturas epistémicas, así como sus procesos de cambios se den por iniciado?

El currículo que ellas elaboran (si es que son convocadas en talleres) y ponen en práctica en el día a día, no está soportado en conceptos antropológicos, fenomenológicos existenciales del ser de las personas; sus metodologías de enseñanza –evaluación, reflejarían estas limitaciones y por tanto los alumnos seguirán reproduciendo esquemas del llamado *proceso de atención de enfermería* (aún persisten las discordancias en las docentes), sin iniciar su competencia de comprender al otro levinasiano, buberiano o heideggeriano, por mencionar algunos; esta rigidez y dicotomía son corroboradas y reproducidas en los escenarios donde se cuidan a las personas en el día a día, lo que *ancla* las RS.

Esta quinta temática está soportada en dos constructos de segundo orden: los tres pilares y viraje de connotación.

- 1) Los tres pilares: Se tiene un trabajo general, que comprende todas las acciones de enfermería en la producción de la asistencia, no obstante operen de tres diferentes formas: cuidar, formar profesionales, gerenciar.

El proceso del trabajo “cuidar”, es el trabajo identificador de la profesión, una vez que se realiza a partir de necesidades de salud concretas o potenciales, caracterizado por su especialización como consecuencia analítica de la ciencia, por la capacidad de formulación de problemas, por la comunicabilidad como objeto epistemológico, predictibilidad del cuidado terapéutico, por tener técnica y arte en su realización.

Como dice **LEOPARDI** (1995:19-23), la actuación de la enfermería tiene como finalidad atender las necesidades relacionadas a la mantención de la salud como condición de su naturaleza como servicio. Los seres humanos,

diferentemente de los animales, requerimos de provisiones. En esta línea se resalta que el cuidar/cuidado *no es*:

- Paralelo al curar; así **COLLIERE** destaca dos tipos de cuidado de naturaleza diferente:
 - Los cuidados de costumbre y habituales, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida;
 - Los cuidados de curación relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida
- Tarea unidisciplinar
- Coactivo
- Acción banal en la condición humana
- Teledirigido, casual, transversal
- Resolver sus experiencias dolorosas
- Proteccionismo ni paternalismo
- Confundirse con él
- Disolución del *yo-tú*
- Asimétrico en lo ético
- Calidad al 100%

2) Viraje de connotación

FRANCO (1996:40-43) hace un estudio histórico en que analiza la configuración de las estrategias de la lucha para la conquista del espacio social de la enfermera y la emergencia del liderazgo nativo en los destinos de la enfermería brasileña en la llamada “era de Getulio Vargas”, evidenciando la Misión de Cooperación Técnica para el Desarrollo de la Enfermería Brasileira, bajo los auspicios de la Fundación Rockefeller que impulsó la moderna enfermería profesional desde la década de 1930. Usa la autora el

análisis documental para analizar fotografías, emblemas identificando los juegos de poder de ese entonces.

FERNÁNDEZ SENA y ALENCAR BARREIRA (1998:1-10) destacan el significado de la enseñanza de la Historia de Enfermería Brasileña en el pregrado, como estrategia de integración con el postgrado que ofrece semestralmente un seminario administrado por un equipo de profesoras doctoras, doctorandas, maestrandas. Entre los estudios realizados en 1997 fueron implantación de la enfermería moderna brasileña, la construcción de servicios de salud pública y la organización de los servicios de enfermería en hospitales modernos.

Estos logros evidencian el *ejercicio del poder*, poder que ha transitado por momentos de crisis, de rupturas epistémicas para iniciar el despegue que implica la capacidad de participar e influir en las decisiones importantes del país, una organización, una comunidad o un grupo. Es la capacidad de influir en el pensamiento, en las actitudes y en las conductas para lograr objetivos. Para este ejercicio no todo está colocado en un solo plano, sino que, por el contrario, existe un escalonamiento de tipos de acontecimientos diferentes que no tienen el mismo alcance, la misma amplitud cronológica, ni la misma capacidad para producir efectos. El asunto consiste en distinguir esos acontecimientos.

Ejercitar el poder enfermero significa la habilidad para sentar sus propias agendas, cambiar eventos de una forma que precisamente no existían, desafiar las relaciones de poder existentes, así como la obtención de mayor control de las fuentes de poder, así desde la década de los 40, el campo de acción de la práctica de enfermería era eminentemente hospitalaria y en su atención primaba la atención de la enfermedad centrada en el modelo médico. En este marco la autonomía es limitada y el proceso de trabajo de la enfermera, está supeditada a la hegemonía médica.

Será la década de los 90 donde se agudiza la preocupación por las indefiniciones de enfermería sea en el objeto de su trabajo, su esencia y su objeto epistémico-axiológico; sin embargo, requerimos descubrir y

determinar las correlaciones de fuerza que se dan en los escenarios laborales; movilizarlos en esas correlaciones; redimensionar y hacer visible la categoría cuidar-cuidado; transformar los sujetos- objeto del cuidar y cuidadores en agentes sociales coparticipativos y transformar las necesidades prácticas de diferentes personas en intereses estratégicos que generen acción.

Los testimonios de las enfermeras docentes expresan los “*efectos de superficie*” o constructos de primer orden como: práctica, enseñanza, organización, deficiencias, procesos, desarrollo, planificación, complejidad, liderazgo:

*“(...) coincido en señalar que los enfermeros tanto de servicio como de docencia, se han caracterizado históricamente por la introducción de modelos alternativos de **práctica, enseñanza, y organización en salud**, aún cuando hayan **fallado** en los análisis estratégicos de inicio, y en consecuencia hayan arribado a fracasos operativos (...) esta capacidad generadora, tesonera y esperanzadora de **nosotras** si trabajamos en equipo y no en grupo, (...) constituye uno de los espacios virtuales más propicios a ser aprovechados para **desencadenar procesos** de transformación en la enseñanza siempre que vayan acompañados de **nuevas categorías de análisis y estrategias de desarrollo**”*

(Docente E)

*“(...) las de tiempo parcial participamos en la **planificación** de programas de salud, para ello actuamos en el área asistencial **administrativa**, investigación, docencia en las diversas instituciones de **complejidad** diferente”*

(Docente B)

*“(...) el trabajo de nosotras en los servicios implica un sistema de supervisión y monitoreo (...) **puede ser** un punto de partida para el impulso del **liderazgo** en la escuela **no por inercia ni por azar**”*

(Docente H)

“(…) todos **sabemos** que en los últimos años se han acelerado los procesos de **información** a tal rapidez que nos es imposible procesar todo lo que nos llega, obligándonos a ser reflexivos para poder seleccionar lo que nos compete y descartar lo **innecesario** (...) mantenernos informados y **actualizadas permanentemente**”

(Docente G)

“(…) profesores y estudiantes **podemos** agilizar los procesos de **enseñanza-aprendizaje**, expandir sus acciones más allá de un salón de clase, concebir **programas virtuales**, comunicarse con el resto del mundo y realizar intercambios sin salir de las localidades”

(Docente A)

“(…) yo sé que **la educación a distancia** nos abre toda una posibilidad de agilizar estos procesos (...) las telecomunicaciones nos permiten proveer una amplia atención de salud en la casa trabajo y en **otros lugares** “

(Docente C)

“(…) en **ese** entonces se **daba privilegio** a la enfermedad y su curación, pasando a segundo plano el cuidado de la salud, sin embargo con el transcurrir del tiempo y **el avance** del conocimiento ha tomado **otra dirección** (...) se distinguen dos palabras claves que es necesario entender: el cuidar y el cuidado, el **care** referido a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y el **cure** a la curación de la enfermedad”

(Docente L)

“(…) recomiendo la **revalorización humana y social** del usuario porque permite **diferenciar** el servicio profesional desde el punto de vista científico, ético y comprometido”

(Docente K)

“ (...) para mí el cuidado de enfermería significa el **núcleo de acción** de la enfermería siendo el sujeto de atención la persona y su **foco de acción** las necesidades humanas y uno de los aspectos esenciales es la historia del paciente en la que se centralice sus vivencias en relación a su salud y enfermedad (...) incluye a la familia y comunidad, ello le ayudará a la enfermera a **tomar decisiones**”

(Docente J)

Las enfermeras docentes coincidirían como sostiene **NEVES ARRUDA**, en su indagación bibliográfica del cuidar/cuidado en tres momentos, el *primero* trata sobre los significados atribuidos a estos dos términos por enfermeras sea en su enseñanza o su práctica, el *segundo*, describen cinco elementos para esa acción en la perspectiva de quien es cuidado y el *tercero* la satisfacción e insatisfacción docente en el trabajo, así identifican divergencias tanto entre las percepciones como en las expectativas de los usuarios; nos interesa- de acuerdo a nuestra pregunta norteadora- sólo el *primero* la percepción de las enfermeras.

4.2. Deconstruyendo-reconstruyendo los *significantes* en las simbologías, iconografías del cuidar-cuidado de las enfermeras docentes

De modo semejante a los significados se presenta la *categorización* de los discursos de las enfermeras docentes que, como proceso incluyente de la **codificación** presentan cuatro etnoclasificaciones o temáticas.

A) RESCATE DEL AUTOCUIDADO

La práctica social es el símbolo central de la red que soporta a esta primera temática simbólica relacionando los elementos: paradigma antropológico, interacción, práctica instrumental, pensamiento complejo, polifuncionalidad, y proyecto de vida.

WATSON, al enfocar las actividades del cuidar las clasifica en instrumental y expresiva. La primera focaliza más el aspecto físico o necesidades del paciente como medicación, higiene, entre otros, la segunda engloba el aspecto psicosocial o soporte emocional es por eso que concluye que las enfermeras identifican el

comportamiento expresivo como un indicador de cuidar, más frecuentemente en comparación con los pacientes, para ellos lo prioritario es el instrumental.

Esta primera etnoclasificación se refleja en dos dominios etnográficos o constructos de segundo orden: tener tiempo para conocer al usuario y enseñar al usuario.

1) Tener tiempo para conocer al usuario:

El valor simbólico, iconográfico de este dominio extrae la estructura profunda de la enfermería como disciplina caracterizada por su práctica social, por cuanto trabaja con el ser humano, interactúa con él, requiriendo el conocimiento de su naturaleza física, social, psicológica y sus aspiraciones valorativas. De ahí que el ser humano en su relación con el medio ambiente, deba ser visto como un ser en constante evolución, en un proceso de *venir a ser*.

Interesante es encontrar coincidencias con **WALDOW** (2005:78-89) y **NEVES ARRUDA –da SILVA** (1998:67-79) cuando recogen definiciones acerca del cuidar, dadas por cuarenta docentes enfermeras al inicio y término de un curso de extensión universitaria. Así al inicio fueron categorizadas en:

1) Asistencia; 2) administración y enseñanza; 3) presencia; 4) ayuda ;5) acción y comportamiento; 6) diligencia, celo ;7) mantener el bienestar

Analizando las definiciones encontradas por estas tres enfermeras, resalta la idea de categorías como unidades de análisis como el conjunto de cada definición por escrito, en términos de su contenido que *cuidar es igual a asistir a alguien*. Algunas definiciones sea en su globalidad como de forma aislada, resaltan el sentido de asistir/cuidar necesidades humanas básicas.

En general las simbologías que se refieren al cuidar parecen ser entendidas como prestación de un servicio, como una acción y comportamiento, ligadas a la tradicional idea de hacer algo en términos de una intervención o procedimiento de enfermería.

Las autoras encuentran que las enfermeras docentes tampoco definen cuidar por cuanto que responden que el cuidar es el acto de prestar asistencia a un individuo. Resaltamos cómo prima la palabra *atención*.

Las definiciones se confunden pues *incluyen* tanto la idea de resultados como de proceso, éste último representada por la categoría estrategia. La forma, la manera de realizar, desarrollar acciones -el cuidar o ayudar- constituyen un proceso; es decir, cómo algo es realizado. El proceso conlleva a la idea de cambio, transformación, evolución.

Las autoras dieron cuenta que al término del curso aparecieron las categorías simbólicas siguientes:

1) amar; 2) acariñar; 3) empatía; 4) ayuda ; 5) protección; 6) interacción; 7) proceso de enfermería; 8) acción de asistir

En ese momento se da énfasis al aspecto afectivo, empático y de interacción, el cuidar deja de ser sólo procedimientos, tornándose en una intervención para ser una relación donde ayuda -en el sentido de calidad- de otro ser o de venir a ser es , respetarlo, comprenderlo, tocarlo de forma más afectiva. El cuidar ahora exige ser hecho *con el otro*. El aspecto holístico es colocado bajo una forma diferente.

Lo interesante es que se consolida la imagen de integración entre el que cuida y el que recibe el cuidado, ambos son creadores de historia en el que el cuidador realiza un arte que es o que tiene para *el otro* que necesita de ayuda a fin de adquirir su independencia. El cuidador realiza actos conscientes, intencionales, solidarios que incluye amor –*latus sensus*- en ayudar al *otro* a ser libre

2) Enseñar al usuario

Ahora en la postmodernidad -como se señaló anteriormente- se caracteriza por ir de la fragmentación disciplinaria a la fragmentación temática, transdisciplinaria como reclama **MORIN**, donde los conocimientos transitan al encuentro de unos con los otros, generando un conocimiento ampliado, *dialogante* como también reclama **HABERMAS**.

La incertidumbre ingrediente en este escenario -vista en la ciencia moderna como limitación técnica- se transforma en la postmodernidad en la llave del entendimiento de un mundo que más que controlado quiere ser contemplado, comprendido.

Estamos de acuerdo con el abordaje epistemológico maffesoliano que busca comprender una forma de vida cotidiana, atribuyendo mayor importancia a las situaciones vividas, a las realidades microsociales en vez de las grandes teorías.

Pensamos que la tarea de desarraigo es compleja, lenta, tortuosa y no siempre heurística, pues como recuerda **LEOPARDI** somos todos hijos de una mentalidad en que la única visión verdadera del mundo es aquella concebida de la racionalidad de las ciencias naturales que nos tiene anclados.

Lo rescatable hasta aquí, es que el concepto queda claro que no existe RS en vacío sino de algo concreto, que mantiene una relación simbólica y de interpretación de un objeto que se refleja en una acción psicológica que posee no sólo significados sino simbologías y que éstas tienen que ver directamente con la situación de las personas frente al mundo en que viven y con el que se interrelacionan día a día.

Veamos los “*efectos de superficie*” o constructos de primer orden que, como unidades de registro son: vida política, responsabilidad, evidencias, creatividad, empoderamiento, formas de vida, rescate:

*“(...) creo que es de vital importancia que el enfermero participe en la **vida política** y de a **conocer** a través de sus representantes a la sociedad los factores que están condicionando este tipo de cuidado, de modo que sensibilice a los detentores del poder para proporcionar las **condiciones adecuadas**, para que el enfermero proporcione un cuidado de acuerdo a las necesidades físicas, psicológicas y socioculturales (...) es **responsabilidad conjunta** de la sociedad”*

(Docente A)

*“(...) en los tiempos actuales no es suficiente con aceptar que el cuidado es el objeto de la disciplina y de la praxis en enfermería(...) es preciso asumir una **nueva manera** de contextualizar el cuidado y el ejercicio (...) **modificar** substancialmente nuestra manera de pensar, de ser y de hacer enfermería (...) para ser profesionales autónomos, responsables de nuestros actos, con una praxis fundamentada tanto en **evidencias** científicas como en **creatividad** comprometida con la*

*construcción de condiciones de vida favorables de los grupos **menos favorecidos***”

(DocenteE)

*“(…) en mi experiencia de 24 años y 15 como docente, es fundamental que desde el ingreso del alumno a la universidad se le hable de lo que es la profesión y el cuidado de enfermería para que lo vaya conociendo e internalizando, incluso me atrevo a pensar que se debe hacer una campaña de **promoción de la profesión** única de difusión **donde** todas las entidades formadoras difundan lo **que es la enfermería**”*

(DocenteF)

*“(…) **ayudándole a** preservar su salud o a recuperarla en caso la haya perdido (...) que logre su autonomía, **se empodere**”*

(Docente I)

*(…) tiene que ver con las **formas de vida**, patrones de trabajo y consumo que hace parte de su **diario vivir**”*

(Docente K)

*(…) Hasta ahora aunque hayan pasado **más de treinta años** muchas veces no conocemos nada del paciente excepto el número de cama y la “enfermedad” por la que viene, mientras continuamos con toda esta situación de hacer lo que no nos permite conocer al paciente y su entorno no podemos brindar nuestro cuidado y allí estamos “**ahora**” tratando de **rescatar** nuestro cuidado (...) está en nuestras manos el rescatarlo”*

(DocenteF)

Parafraseo con **MAFFESOLI**(1988: 45-46) cuando piensa que no se trata de invalidar los grandes sistemas explicativos de los últimos tres siglos, sino de mostrar que ellos provenían y explicaban la enfermedad en un periodo dado en tanto que ahora el proceso salud-enfermedad como pensamiento complejo

requieren de epistemologías suficientemente abarcales que lo expliquen y en relación al cuidar de enfermería, explique el sistema de su organización en dimensiones variadas y en espacios/momentos, estructuras y propiedades múltiples.

A su vez tomamos algunas ideas de **LORENZINI** (1998:13-25), cuando sostiene que “sistemismo” enfatiza las relaciones de poder, influencia, interferencias, control, cadenas de relaciones, actividades interligadas, mecanización, equifinalidad, totalidad, centralidad, retroalimentación, entropía-neguentropía, entre otros; así el cuidado humano puede ser visto como polifuncional y polivalente, contiene como elemento intrínseco la relación persona a persona y está presente en la vida humana, en su proceso vital, en las condiciones naturales y sociales del preconcebir, nacer, crecer, desarrollar, envejecer y morir/trascender. En este proceso de vida humana o proceso de ser saludable/no saludable, adolecer/curar pasa por los potenciales humanos y por los riesgos relativos en que las personas están expuestas en sus condiciones sociales y naturales.

Como el conocimiento es localizado, que da cuenta de la totalidad y es constituido de temáticas adoptadas por grupos interpretativos, enraizados en proyectos de vida circunscritos como por ejemplo el aumentar la cobertura a las gestantes, el bajar la tasa alta de morbimortalidad infantil, el atender a las menores en las Demunas, el repensar el cuidar, cuidado de enfermería, entre otros; haciendo surgir una cultura alternativa al individualismo, ícono del modelo económico liberal. Esta cultura denominada tribal posee una visión comunitaria y trasciende la lógica de la razón abstracta.

B) REAFIRMANDO LA DIGNIDAD HUMANA

Esta segunda temática evidencia redes: dignidad ontológica, acompañamiento solidario, acogida, facilitador.

El marco teleológico del cuidar en enfermería es prioritariamente aliviar el sufrimiento humano, mantener la dignidad ontológica y facilitar los medios para manejar las situaciones límite, el que incluye el morir.

Un aspecto es la continuidad, el enfermar es discontinuo, en cambio el padecer es continuo por ello la resiliencia es clave, para avanzar hacia la mismidad que es la libertad interior. Entonces el cuidar es acompañamiento solidario, silencioso frente a lo inexplicable -racionalmente- de la interrogante del doliente ¿porqué yo estoy sufriendo?, ¿qué sentido encuentro a mi sufrimiento, de mi finitud interior y exterior?

Dos son los dominios etnográficos, constructos de segundo orden: valoración imprescindible y complejidad del cuidar

1) Valoración imprescindible

Se insiste que el cuidar envuelve acciones interactivas, cargadas de valores, conocimientos de ambos con los objetivos de aliviar, confortar, ayudar, favorecer, promover, restablecer, restaurar, dar, hacer y que la curación puede ocurrir así como la muerte. El cuidado es irrenunciable en todas las situaciones de enfermedades, incapacidades y durante el proceso de morir. En más, en ausencia de enfermedad y en la cotidianidad de las personas ocurre el cuidar, como una forma de vivir y relacionarse, así puede faltar la cura pero no el cuidar, por cuanto éste es una *forma de vivir* (Roach), *de -ser-en-el-mundo* (Heidegger), de expresarse, es una postura ética y estética frente a uno mismo (*self, selbst*) al otro, a la naturaleza y al cosmos en general como se viene insistiendo.

En esta línea **REGO** (1998:33-35) aborda los aspectos humanos de la calidad de las interacciones sociales de las enfermeras docentes en sus prácticas académicas, en el Departamento Académico Médico-Quirúrgico de la EEAN/UFRJ, problematizando la dificultad de construir sin el compromiso y la participación de las personas, una nueva realidad orientada a lineamientos de calidad de servicios a partir de la valorización del ser humano; así como la ausencia de sensibilización para actitudes humanísticas universales en las interacciones sociales. Es más, esta enfermera considera la posibilidad de construir una nueva realidad en las interacciones académicas pautadas en la sensibilización de una responsabilidad solidaria, con la visión de alcanzar otra calidad de vivir, cuidar y enseñar enfermería.

2) La complejidad del cuidar

Este dominio etnográfico coincide con el estudio de esta misma enfermera y que nos remite a la complejidad de la naturaleza humana en *El cliente como animal simbólico: una visión de la antropología filosófica de Ernest Cassirer y de la moral de Epicteto*. Enfatiza en la definición puramente racional clásica del hombre, definición legada por Aristóteles, que es insuficiente por que el universo simbólico que hay en el ser humano engloba lenguaje, lengua, habla, mito, arte, religión. De igual manera con el filósofo estoico Epicteto cuando éste dice “(...) *lo que perturba y alarma al hombre no son las cosas, sino sus opiniones y fantasías que tiene de las cosas*”

Los “*efectos de superficie*”, constructos de primer orden o unidades de registro son el otro, ser humano, tecnología de punta, tiempo, soledad, bioseguridad, devoción:

“(...) supone una serie de virtudes: dedicación, confianza, paciencia, humildad, honestidad y conocimiento del otro esperanza y valentía (...) de sentir desde “los zapatos del otro” aquello que experimenta y necesita para crecer; la dedicación, que da firmeza y carácter particular al cuidado de una persona particular, implica estar ahí para el otro con valentía y consistencia (...) pide confiar en el crecimiento del otro a su tiempo y manera”.

(Docente H)

“(...) la enfermera se aboca así a realizar más y más procedimientos y mientras más equipos, máquinas “sepa manejar” mejor enfermera es, más calificada nadie deja de restar importancia al avance de la tecnología pero y el “ser humano”? nos hemos dejado arrastrar por todo lo anterior y estamos postergando al sujeto de nuestro cuidado, a la “persona”, “no hay tiempo” para hablar, interactuar con él porque se está haciendo vida social, perdiendo el tiempo”

(Docente F)

La metáfora de la docente H nos remite al yo –tú buberiano en la relación enfermera cliente que fue el tema trabajado por **ANDRADE SILVA** para comprender las RS de las enfermeras por cuanto son polos que, en el escenario de la relación, procuran por el encuentro, pretendiendo muchas veces provocar una abertura para la instalación del diálogo no impersonal sino interpersonal aconteciendo en un cultura de misterio en el diálogo interpersonal como fue analizado en el dominio etnográfico: Empoderamiento de las personas del autocuidado. Su pregunta norteadora evidentemente fue qué es la relación enfermera –cliente. Volvamos ahora los “efectos de superficie” en los testimonios en la EAPE:

*“(...) el enfermo necesita de cariño, necesita compañía, que se le diga una palabra de aliento, que se trate con amor (...) necesita un cuidado permanente (...) no olvidemos que el enfermo **en soledad es más enfermo**; que **la muerte en compañía es menos muerte**, y que, **al morir te mueres menos, si te aman**”*

(Docente L)

*“(...) situaciones de grave enfermedad o de proximidad a la muerte, piden hacer a un lado el significado instrumental del cuidado y poner en el centro el aspecto más necesario y central y de éste: **arte de estar completamente presente para la otra persona**”*

(Docente H)

*“(...) también significa el cuidar a través de **bioseguridad** (...) la conservación de la integridad que obedece a la planeación, ejecución y evaluación”*

(Docente G)

*“(...) esta **complejidad** sólo es posible si somos capaces de **cambiar** la visión, **cuestionar** los paradigmas tradicionales y comprender aquellas invisibles condiciones que contribuyen a perturbar y arriesgar la salud de la gente, también y principalmente **desentrañar** aquellas otras que la enriquecen y la potencian”*

(Docente E)

En la complejidad del cuidar, teóricas de enfermería han conjugado ideas como:

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

Florence Nigthingale

Conjugan así mismo la *escuela del ser unitario* defendida por Martha Rogers, Rosemarie Rizzo Parse; la *escuela de la interacción* sustentada por Ida Orlando, Ernestina Wiedenbach, Imogene King y Joyce Travelvee; la *escuela de efectos deseables* apoyada por Callista Roy, Dorothy Johnson; la *escuela de las necesidades* teorizada por Virginia Henderson, Dorotea Orem, Faye Abdellah; la *escuela del cuidado universal* teorizada por Madeleine Leininger; la *escuela del caring*, cuyo exponente es Jean Watson y las escuelas sudamericanas como *transdimensional* construída por Alcione Leite da Silva, éstas dos últimas con influencia heideggeriana:

“(...) cuidado significa un fenómeno **ontológico existencial** básico y se ubica como una superioridad, antes de toda actitud y situación del ser humano (...) imposible de ser desvirtuada”

Martín Heidegger

El cuidar se enmarca en un continuum de **pre-ser-se** (proyecto); **ya-en-el mundo** (facticidad) y **ser-cabe-los entes-intramundanos** (caída, el pasado) así este filósofo ha hablado de la **preocupación**. Toda preocupación es preocupación por algo o en torno a algo Ese algo para la enfermera es acoger al doliente en tanto es doliente en su pluridimensionalidad, en la que la relación transpersonal se insiste como una relación humana particular, única, irrepetible, incanjeable en que dos personas se respetan y se permiten evolucionar hacia

una autocomprensión de su esencia: la existencia. La enfermera promueve en la persona la comprensión de sí mismo y de sus zonas de sufrimiento o de agitación; favorece en la persona la elección, el control y la autodeterminación y por ende preserva la dignidad humana.

C) ATENCIÓN INTEGRAL: CUESTION DE DECISIONES

Esta tercera temática simbólica se evidencia en redes como complementación entre cuidar y curar, de ahí que la reconstrucción-construcción, diversidad, pluralidad, y diferencia forman un tejido simbólico en las decisiones cotidianas de ellas. Al respecto **NEVES ARRUDA** mencionada en página 110 , argumentaba en 1984 que el cuidar-cuidado es el foco único y dominio etnográfico central de enfermería así, si los fenómenos del cuidar-cuidado fueran plenamente estudiados, un cuerpo teórico de enfermería sería descubierto y tendría impacto sobre la enseñanza y la praxis del cuidado y además tendría conocimiento substancial para orientar esas prácticas, tornándose de esta forma en una disciplina distinta con una contribución singular y con mayor solidez en su ciencia, tecnología y arte, ello ayuda en la identificación e interpretación de las redes señaladas..

Los dos dominios etnográficos, constructos de segundo orden que han hecho derivar a esta tercera temática son dar la cara por el futuro pleno y acciones conjuntas.

1) *Dar la cara por el futuro pleno*

BOYKIN –SCHOENHOFFER ratifican la idea que enfermería es cuidar. En su proposición teórica, afirman que ser persona es vivir el cuidado en la medida en que mediante él, nuestro ser así como todas nuestras potencialidades son conocidas a plenitud. Estas enfermeras *simbolizan* el cuidar como un proceso en que cada persona, crece, desarrolla expresando capacidad de cuidar, o cuidativa moral; significando un compromiso de reconocerse a sí misma como persona auténtica y por ende poder conocer a otras personas, lo que incluye responsabilidad, humildad y coraje.

Otra idea interesante expresada por estas enfermeras es la relación con el *otro* ser, o de la alteridad leviniana, así el constructo clave para ellas, es la *situación*

de enfermería entendida como la experiencia compartida entre la cuidadora y la que es cuidada. Como se observa hay posiciones filosóficas en las teóricas hasta aquí mencionadas.

La noción del cuidar transpersonal es la de dos campos fenomenológicos: la totalidad de experiencias humanas y por otro la intersubjetividad en que ambas personas comparten, como situaciones únicas, irrepetibles, insustituibles, incanjeables.

2) Acciones conjuntas

En este nivel el cuidar-cuidado se expresa a través de una predisposición instintiva, natural y por tanto inmanente en los seres humanos como esencial para la preservación de la vida.

Por otra parte la complejidad de las necesidades y de los cuidados de salud, combinados con una tecnología invasiva, plantea desafíos que ninguna profesión puede superar por sí sola. La prestación de servicios de salud *ha de ser en equipo*, a cada disciplina le corresponde un centro de interés particular propio. Desde el momento que se habla de equipo implica compartir responsabilidades, intercambiar a lo largo del proceso de decisión y trabajar juntos. Para el médico la experiencia está guiada por la importancia de lo que está en juego-la vida humana- el impacto de su intervención y la amplitud de su responsabilidad. Para la enfermera, la experiencia está orientada hacia la persona y la integridad de su vida.

Al respecto, en *La imaginación y sentidos en el cuidado de enfermería* estudio realizado en 1999 por **RÍOS MARTINS** (1999:50-57) en Santa Catarina, Brasil destaca cómo la enfermería desde su instalación como profesión, desarrolla varios aspectos sobre lo que simboliza cuidar, asistir y enseñar. Los significantes que reconstruye derivan de la concepción o explicación como una *participación colectiva*, y que aún no ha respondido a preguntas centrales acerca de su definición. La enfermería -dice esta enfermera- como disciplina social ha acompañado en su trayectoria en una lógica de cientificidad cartesiana, explicativa objetiva para atender a lo que llamaban necesidades sociales. La profesión ha pasado por varios estadios de evaluación, en el curso

de los descubrimientos científicos, acarreado cambios en su hacer simultáneamente al saber, en rápida inserción de nuevas actitudes y comportamientos habiendo incorporado nuevos valores. Se reconoce que la velocidad de circulación de informaciones ha requerido acciones diversificadas y una competencia reconocida. Reconoce la autora que la evolución de enfermería ha posibilitado varios estudios y por esto levanta serios cuestionamientos sobre lo que es el cuidado. Sin embargo lo que parece ser una pregunta común, pide o exige una reflexión libre sobre enfermería como arte en su manera de pensar, enseñar, realizar el cuidado. Acerca de la manera de pensar se elige la imaginación que es la capacidad interior individual humana, pasando por la experiencia y los sentidos para agudizar la sensibilidad, de ahí que la creatividad como consecuencia de este camino posibilita el surgimiento de nuevos modos de hacer enfermería; entonces para la autora ello constituye el blanco de la reflexión: el arte y la enfermería. Como se trata de una propuesta reflexiva anterior al “hacer” quedan algunas conjeturas principalmente en la formación como una propuesta de encaminamiento para enseñar o cuidar en enfermería.

Lo interesante de este estudio es que usa la *metáfora* como artificio literario, buscando en los discursos publicados en periódicos, así como el de los alumnos de pregrado de enfermería.

Veamos los “*efectos de superficie*”, constructos de primer orden que muestran unidades de registro de simbologías como: modelo, sustentación, valentía, consistencia, oportunidad, magnitud, decisiones, alianza:

*“(…) cuidado de la persona y grupos sociales es posible ser ejercida con propiedad en el marco de un **modelo de atención integral** que responde a un pensar social de la salud (...) la entrega del cuidado requiere de un proceso mental, **sustentado en** conocimientos humanísticos sociales, culturales, económicos, políticos, biológicos y ecológicos que la enfermera debe conocer y **aplicar oportunamente**”*

(Docente K)

*“(…) implica estar ahí con **valentía y consistencia** (...) pide confiar en el crecimiento del otro a su tiempo y su manera (...) a medida que más entendemos lo que es cuidar, más lo hacemos **central en** nuestras vidas (...) Leah Curtin manifiesta que la enfermera está **comprometida a preocuparse por** los otros, así como a cuidar de ellos”*

(Docente H)

*“(…) **oportunidades se presentan** (...) la primera de ellas es la **magnitud del grupo** que, en nuestro país como en la mayoría de países de la Región representa una destacada proporción en el total de **trabajadores de la salud** (...) permite pensar que, si sus prácticas se ordenan a la ampliación de cobertura, un enorme grupo poblacional va a beneficiarse de ellas; en otro sentido la magnitud del grupo de enfermería representa una cualidad nada desdeñable en relación a la fuerza social y capacidad de incidencia en las **decisiones políticas** en todos los campos y particularmente en el sanitario”*

(Docente G)

Veamos el “efecto de superficie” en **una versión singular**:

*“(…) necesitamos establecer **alianzas** (...) y ésta no será posible mientras permanezcamos detrás de los mal llamados “puestos de enfermería” y lejos del sujeto de atención”*

(Docente G)

Llama la atención que sea una sola la versión encontrada, versión que indicaría la simbología circunscrita del actuar en las RS de las enfermeras docentes, evidenciando un vacío de paradigma con escaso diálogo cotidiano con los otros Departamentos Académicos.

Habría que parafrasear con **DERRIDA** (1989:5-16) con su método deconstructivista que instaura la diversidad, la pluralidad, la diferencia como siendo necesarias para pensar en el conocer y cuestionar al mundo en general y las prestación de servicios de salud en particular. El cuidar y la curación no son contrapuestos sino complementarios. Se impone por tanto reflexiones en torno

a las áreas del saber; es decir, se cuestiona el método, la verdad, la relación intrínseca entre sujeto y objeto, entre observador y observado, entre sentimiento y razón, entre orden y desorden, entre lo singular y lo plural, entre movimiento y sociedad, entre lo absoluto y lo relativo, entre la propia teoría del conocimiento y su construcción.

Es sabido que cada cultura, cada sociedad –en este caso la EAPE de la UNMSM- construye su cosmovisión a partir de los problemas siempre cambiantes que su existencia material suscita. Su sobrevivencia y funcionamiento y liderazgo como grupo organizado van a depender sólo si su hacer y pensar son contestatarios a las demandas de la profesión, de las soluciones que consiga producir.

D) AGOBIANTE TRABAJO

Esta última taxonomía etnográfica simbólica, como constructo de tercer orden nos remite a analizar en torno a la red de cómo debemos tornarnos sujetos predominantemente autónomos, sujetos morales de nuestras propias acciones. Conuerdo con **LERCH** (1995:19-23) cuando insiste en -a partir de la problematización- en la pregunta hecha por Kant: ¿qué debo hacer?, ¿cómo debo actuar? para interpretar los elementos de la red: contexto social, historia, reconocimiento, status social, disonancia.

La moral kantiana como una teoría deontológica, según el cual “todo ser humano debe seguir ciertos principios o reglas, independientemente de las consecuencias”, ha sido utilizada por teóricos, sociólogos y filósofos, preocupados con el estudio de la moralidad de las acciones, con el reconocimiento de los individuos como sujetos autónomos, dotados de razón y de voluntad.

Entre tanto algunas objeciones han sido hechas a Kant, tal como el hecho de no señalar caminos precisos de cómo actuar frente a los conflictos, cuando hay dilemas éticos, con el énfasis puesto al concepto de autonomía de la persona con una aparente desconsideración del contexto social en que esa persona vive y se haya insertada. Parecido ha ocurrido con Sartre que reclama la libertad absoluta

Las relaciones interpersonales entre enfermeras que enseñan y enfermeras que cuidan en escenarios de enseñanza y de práctica de enfermería, fija la coexistencia

de dos mundos cotidianos: el académico y el asistencial, cotidianeidad delimitadas y definidas, discutibles y cuestionadas. **ANDRADE SILVA** (1998::15-19) considera que ambos necesitan de ligazón, interconexión. Esto se ha intentado desde hace más de tres décadas: la integración docencia-servicio (IDA). Lo preocupante que amerita repensarlo son dos construcciones simbólicas dispares uno **real** y el otro **virtual de fantasía**. La taxonomía de NANDA (North American Diagnosis Association) como instrumento conceptual y operativo posibilita identificar diagnósticos que direcciona el cuidar; sin embargo la brecha de su aplicación está dada, brecha que no ha sido resuelta aún, de ahí que **PULCINELLI** (1996:95-115) se haya preguntado por los desafíos y perspectivas de su aplicación. Utiliza cinco etapas denominadas histórico, diagnóstico, planeamiento, implementación y evaluación subsidiados por los conceptos de Orem y Horta y la propuesta del NANDA.

Esta última etnoclasificación es reflejada en el dominio etnográfico: o constructo de segundo orden: la dicotomía cotidiana: entre lo correcto y lo incorrecto.

1) *La dicotomía cotidiana: entre lo correcto y lo incorrecto*

En el hacer cotidiano, las personas acreditan y dicen que actúan de tal o cual manera porque piensan que aquél o es el comportamiento apropiado o correcto. Ello estudia la etnometodología. Por tanto tales afirmaciones explican sus acciones a través de sus RS elaboradas, de modo que éstas y el comportamiento colectivo son uno solo y no “dos caras de la misma moneda”, por cuanto integra elementos simbólicos, cognitivos, afectivos y conativo-volitivos.

Sea la una o la otra, forman un sistema de significados y significantes que son compartidos por el grupo; por lo tanto podemos decir que las personas (una enfermera docente) es portadora hologramática de esas RS tanto en las convergencias (RS típicas) como en las divergencias (RS atípicas).

En la cotidianidad hay dos dicotomías (rutina/ritual y vida material/mundo de vida), los aspectos que más se acercan a los polos de ritual y mundo de vida; es decir, el aspecto más “social” de la cotidianidad, son los ejes que definen en un primer momento esos espacios de socialización y espacios públicos donde las enfermeras docentes se manifiestan en su conjunto dentro de la actividad

académica cotidiana, explanada donde se construyen/ deconstruyen y se dan abierta o veladamente esos significantes.

Los testimonios de las enfermeras docentes nos traen los “*efectos de superficie*”, o constructos de primer orden: escasez, calidad, estandar, evidencia, quehacer científico, valores:

*“(…) efectivamente ¿se está dando esta atención integral al paciente?, en los hospitales públicos donde la relación enfermera / paciente es de **30 - 40 pacientes** y donde **hay escasez** de recursos materiales, se puede dar una atención integral?, ¿la enfermera está capacitada para proporcionar este tipo de atención considerando **todos los aspectos**?, ¿en un país pluricultural: la enfermera comprende las características culturales de las **diversas** personas que cuida? Y podríamos hacernos muchas preguntas más, creo que **no se da el cuidado adecuado al paciente y familia**, no sólo por aspectos a la capacidad de la enfermera, capacidad que deriva de su formación, de su sensibilidad como persona y sobre todo de lo que haya introducido en **su conceptualización**”*

(Docente A)

*“(…) los enfermeros volcarán su trabajo a las comunidades, las casas, escuelas, fábricas, y **otros diversos lugares** y enfocarán su trabajo en personas sanas o con enfermedades crónicas. Lo que sí será importante es que esa práctica de enfermería tendrá que mantener **estándares rigurosos de calidad**. Dentro de una **práctica basada en evidencias**, las enfermeras proberán datos que apunten a **probar su contribución misma hacia resultados positivos de salud**”*

(Docente G)

*“(…) aplicando el proceso de enfermería como herramienta básica y las teorías de enfermería, psicológicas, sociológicas y otras disciplinas **para fundamentar el quehacer científico** (...) aplicando las teoría*

*transcultural, de comunicación, relación humana y **otras que fundamentalmente nuevos avances***”

(Docente B)

*“ (...) aplicarlo **donde aún falta** y **reforzarlo en** donde sea necesario; esto nos va a permitir ir **cambiando a nuestra enfermería** y por ende a nosotras enfermeras pues si no **empezamos cambiando** y **buscando** los cambios en nuestro quehacer que es el cuidado va a ser **muy difícil** que nuestra profesión alcance **el lugar que le corresponde**”*

(Docente H)

*“ (...) es un proceso, **no una serie** de servicios orientados por metas (...) supone una **serie de virtudes** existen **valores y bienes** inherentes a la misma acción no se trata **un simple conformarse** a los valores morales existentes, sino de que **la vida tiene sentido**”*

(Docente L)

Ratificamos que actividad cotidiana es el devenir diario, el tiempo que transcurre día a día desde nuestro nacimiento hasta la muerte. Pero cotidiano remite también dentro de lo común, a algo rutinario, a repetición, las actividades iguales día tras día, y en realidad, va más allá.

Hablar sobre vida cotidiana y dentro de ésta a la actividad académica cotidiana, lleva a pensar sobre asuntos cercanos que determinan un sin fin de actividades que realizamos a lo largo del día; sin embargo, el proceso que conlleva es más profundo de lo que denominamos cotidiano, incluso podemos observar que eso que designamos cotidiano, está constituido de una serie de divergencias, en donde los intereses son tan distintos, que sería extraño, a partir de un análisis profundo sobre el concepto, continuar hablando de actividad cotidiana tan superficialmente. Habría que inventariar todo lo que sucede en "el mundo", entendido éste como el mundo de las enfermeras docentes en particular, que forma su mundo como su entorno inmediato; cosa que resultaría imposible, pues cada tiempo-espacio, tiene sus actores, y éstos a su vez, sus perspectivas

de la vida Por ello es que nos aproximamos y por ello es que llegamos sólo a a consideraciones finales.

PEREYRA (1997:37-41) nos ayuda con su estudio sobre las representación social en 29 enfermeras de la Universidad de Santa Catarina, Brasil durante 1998 resaltando a la profesión como no reconocida por la sociedad tomando en base a sus testimonios de su práctica cotidiana hospitalaria mediante la entrevista semiestructurada, emergiendo dos grandes temas: enfermería - estatus social, y el profesional enfermero en su sociedad, derivados a su vez en cinco subtemas: enfermería, historia y evolución profesional; reconocimiento y valorización social; repercusión del trabajo de la enfermera en la sociedad; dimensiones personales de la enfermera e imagen, sentimientos de la enfermera en el ejercicio profesional. Reconstruye las RS conteniendo existencia de confrontación entre el contexto histórico y evolución de la profesión; disonancia entre valor y reconocimiento de enfermería; existencia de mayor independencia, autonomía y concientización profesional de la enfermera; necesidad de mejor concientización del papel profesional; desconocimiento de la sociedad del papel de la enfermera; dificultad en las relaciones internas entre los miembros del equipo; diversificación de encargos de la enfermera con largas jornadas de trabajo, precarias condiciones de material disponible para el trabajo, mano de obra insuficiente, baja remuneración salarial. Arriba en sus consideraciones finales que el contexto ambiguo de los discursos apunta la necesidad de mayor conciencia social profesional y política de ellas a fin de lidiar mejor con las cuestiones polémicas de la profesión, disciplinas y/o profesiones.

4.3. Repensando las representaciones sociales de las enfermeras docentes

Los desafíos de las enfermeras docentes de la **EAPE –UNMSM** son complejos; por lo pronto tienen claro que sus RS acerca de la *praxis* ha de hacerse más humana, más solidaria, más justa, más científica, más creativa-dialéctica, más innovadora, más pertinente y trascendente, por cuanto que el *cuidar* es un valor de la vida y una forma de respeto a la naturaleza; la vida es valor, mediada por la vitalidad del ser humano, en que la responsabilidad es biunívoca, que para cuidar de sí se necesita del *otro* en

una relación como reclaman **BUBER-LEVINAS** que presupone el ejercicio de la afectividad que media la sensibilidad con la razón.

Esta claridad implica adentrarse en la defensa irrenunciable e impostergable por la vida que trae la corresponsabilidad con el vivir y la conciencia del vivir saludable pues el cuidar no es sólo un compromiso ético con el otro, significa así mismo conceptualizar y simbolizar a la ética ya no sólo como una disciplina filosófica sino como una condición de supervivencia en el decir de **Silva Santistéban**, como señalábamos en nota 15 del capítulo II, página 23.

Uno de sus desafíos es precisamente revisar, hacer rupturas y trascender rápidamente rezagos de aquella corriente del pensamiento enfermero: centrada en la técnica, que nació a finales del siglo XIX y primera mitad del siglo XX, que orientó el *hacer* de enfermería a la aplicación de técnicas y procedimientos delegados por el médicos, de ahí que la formación del enfermero -no ubicado aún en la Universidad - estuviera dirigida a algunos conocimientos sobre patologías y procesos terapéuticos y el trabajo en los servicios hospitalarios fuera en base a tareas y estudio de enfermedades y no de enfermos.

Otro de sus desafíos es revisar, en torno a las otras dos corrientes que subsisten en América Latina: la centrada en la relación cuidador-cuidado que surgió a mediados del siglo XX con el aporte de las ciencias humanas y psicológicas y que a fines del siglo XX ha recibido la influencia de metodologías cualitativas y nuevos paradigmas. Es por ello que el análisis estará dirigido al cuestionamiento sereno de la naturaleza de enfermería y su aporte epistémico, ético, social, dando paso al diálogo de intersubjetividades, probando las teorías y modelos de enfermería que, como construcciones foráneas ameritan validarlas a plenitud en nuestra realidad. La tercera corriente que ha envuelto en debates a las ciencias de la salud es la corriente centrada en el desarrollo de la salud que, no obstante haber nacido en el siglo XIX (Francia) y haberse asentado en América Latina en los 60, las prácticas comunitarias, la intervención coparticipativa de la salud familiar es aún débil. Este desafío requerirá adentrarse en la antropología social -como lo hizo **LEININGER** allá en el 70 - para comprender a plenitud la dialéctica de los cuatro determinantes de la salud de la población, por cuanto la persona sana o enferma es la representación hologramática no sólo de una familia sino de una población en concreto.

En América Latina y en la EAPE UNMSM coexisten las tres corrientes, habiéndose iniciado débilmente –en ésta última- la centrada en el cuidador-cuidado; y en cuanto a la tercera corriente está anclada en construcciones sociales de cuño positivista, no está en su cotidianidad la doble hermenéutica que reclama **GIDDENS**, señalado en nota 28 del capítulo **II**, página 35 que supone como tarea del pensamiento científico la interpretación de lo ya interpretado por los actores sociales: los pobladores peruanos que, parafraseando con **BOURDIEU** *el habitus* de las enfermeras docentes es reflejo no sólo del currículo explícito, sino del currículo oculto en que se formaron, de ahí que sus procesos de *objetivización* y *anclaje* se exterioricen en su cotidianidad en acciones, discursos y construcciones concretos del cuidar-cuidado, no exentos de conflictos.

Los desafíos evidentemente continúan siendo hologramáticos, las enfermeras docentes tenemos muy claro que la *praxis del cuidar* tiene que fortalecerse en su episteme y trascenderla, profundizando la axiología y el arte del hacer en el cuidar antropológico filosófico; el asunto está en agudizar las contradicciones con serenidad aristotélica, para movilizar las estrategias de su cambio.

El análisis de la trayectoria de nuestra profesión en general es halagüeño, considerando que en un siglo evidencia desarrollo, así la conceptualizaciones y simbologías como modo humano de **ROACH** (1991); como forma de ayuda al otro a crecer de **MAYEROFF** (1990); como ideal moral que incluye sentimientos, conductas en la interacción de **WATSON** (1988); como comportamientos y acciones que involucran conocimientos, valores, habilidades, actitudes, estética que envuelve intersubjetividad, intuición, sensibilidad, experiencia compartida, que abre espacio a la pluralidad, la heterogeneidad, favoreciendo las potencialidades de las personas y mejorando o manteniendo la condición humana en el proceso de vivir y morir de **WALDOW** (1992) ; como campo de conocimientos, fundamentos y prácticas de cuidar a los seres humanos, abarca el estado de salud y enfermedad mediados por transacciones personales, profesionales, científicas, estéticas, éticas y políticas de **María José de LIMA** (1999); como la colocación en la subjetividad de las personas para identificar sus necesidades, que al igual que en la metodología cualitativa, trabaja con un método inductivo enfocado a las personas para construir teoría, que se coloca en el lugar de la otra persona para comprender su experiencia, que está cerca de la

experiencia humana y no de la enfermedad, que está por tanto en una posición privilegiada para explicar a otros la comprensión del mundo subjetivo del doliente, de su familia y el de los procesos que acontecen al interior, teniendo en común el estudio de la vida cotidiana desde las representaciones sociales en los participantes del CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERIA (1999); como búsqueda de nuevos saberes y haceres en la perspectiva de afirmar la profesión como ciencia, arte y tecnología con varias subunidades temáticas: el cuidar dialógico, humanístico, transdimensional, solidario, autocuidado, sistema de cuidar, cuidado cultural, poder, estética, políticas; en que convergen significados, concepciones y modos de pensar y hacer en la perspectiva de la construcción de nuevas tecnologías o saberes para la praxis de enfermería de **LORENZINI – LEITE** .

En este repensar hay concordancia que cuidar es abordar a la persona en forma integral, significa comprenderla más allá de su realidad física, lo que está “detrás” de él, lo que está en su subjetividad e interioridad. Es por ello que en esta relación dialogante implica la interpretación, inevitablemente condicionada por las preconociones, nociones y cosmovisión biunívoca.

Este cuidar es tanto individual como colectivo sea en los escenarios clínicos o comunitarios de manera que la relación dialógica es permanente tanto con los dolientes y familiares como con los miembros del grupo terapéutico en el que la verdad sobre la resolución de problemas no está en manos de una sola persona ni es permanente, no es absoluta, siempre estaremos interpretando-reinterpretando en base a los significados y significantes de las experiencias vividas y del diálogo–escucha.

Es reconfortante que en este marco, perciba -a las docentes enfermeras del estudio- que están caminando desde la dimensión unilateral del cuidar-cuidado hacia la multidimensionalidad; sin embargo, las demandas sociales reclaman que ***deben y debemos acelerar el paso.***

CONCLUSIONES

“(...) hay punto de partida, no de llegada”

María Cecilia de Souza Minayo

- 1) En esta Tesis Doctoral: **Reflexiones sobre el cuidar-cuidado de enfermería: estudio etnográfico en enfermeras docentes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos**, las conclusiones permiten destacar dos funciones de las RS, la *conceptual-simbólica* referida al hecho que las enfermeras docentes -en el día a día - lidian con ideas, imágenes diversas de la esencia de la profesión, mediante las cuales establecen un sentido de secuencialidad, transformación de lo no familiar con el arraigo de conocimientos en esquemas de modelos positivistas, creando estabilidad temporal mediante la objetivación en que localizan como suyos la identidad profesional.;y la función *pragmática* referida al hecho de que sus acciones son motivadas, guiadas enfatizando esas estructuras simbólicas.
- 2) Las RS de las enfermeras docentes expresan - en nueve etnoclasificaciones - la *transformación de la abstracción* de cuidar-cuidado en categorías de pensamiento de sentido común, científico, tecnológico, subjetivo que, como estructuras conceptuales-simbólicas tienen *arraigo* en el enfoque biologicista desde un horizonte unilateral, en tránsito lento hacia la multidimensionalidad de la condición humana de quien recibe el cuidado, construídas desde su formación en el pregrado y mediadas en el escenario público académico y cotidiano de la EAPE.
- 3) Las etnoclasificaciones como modalidades del intelecto, temperamento y carácter de las enfermeras docentes circulan en la cotidianeidad comunicando, creando una cultura que sustenta su práctica académica individual y colectiva.
- 4) Las **CONCEPTUALIZACIONES**, constructos de tercer orden que expresan los significados del cuidar-cuidado son cinco:
 - A) **El bienestar de las personas: resguardo primordial**, conteniendo cinco constructos o dominios etnograficos de segundo orden: Sensibilidad hacia el

enfermo; Intervención a respuestas humanas frente a la salud-enfermedad; alerta ante la presencia de la enfermedad y El modo de cuidar estandarizador.

- B) El autocuidado: empoderamiento de las personas**, conteniendo dos dominios etnográficos: El respeto a los derechos de salud de las personas; El día a día en el camino del cuidar.
- C) La protección integral, una ayuda a las personas**, conteniendo un dominio etnográfico: *La práctica como expresión de ayuda.*
- D) La salud y su dimensión antropológica**, conteniendo un dominio etnográfico: *Sentir desde el doliente.*
- E) Condiciones esperadas para las competencias a cabalidad**, conteniendo dos dominios etnográficos: *Los tres pilares, Viraje de connotación.*

Estas conceptualizaciones tematizadas -como transformación de sus abstracciones- expresan predominantemente el modelo funcional-vocacional, el sentido común en lo preventivo promocional, la estandarización del proceso del cuidar, en desmedro del sustento epistémico de la antropología filosófica articulada al conocimiento científico tecnológico, reproduciendo el pensamiento lineal y un modelo conceptual de la personalidad fragmentado que no angustian su cotidianeidad académica, lo que implica el tránsito lento a la multidimensionalidad de la condición humana.

5) Las SIMBOLOGIAS del cuidar- cuidado, constructos de tercer orden, expresan los cuatro significantes:

- A) Rescate del autocuidado**, conteniendo dos dominios etnográficos: *Tener tiempo para conocer al paciente y Enseñar al paciente*
- B) Reafirmando la dignidad humana**, conteniendo dos dominios etnográficos: *Valoración imprescindible y La complejidad del cuidar.*
- C) Atención integral: cuestión de decisiones**, conteniendo dos dominios etnográficos: *Dar la cara por el futuro pleno y Acciones conjuntas.*
- D) Agobiante trabajo**, conteniendo un dominio etnográfico: *La dicotomía cotidiana entre lo correcto e incorrecto.*

Este universo simbólico como integración de las ideas, personas, acontecimientos relacionadas al cuidar-cuidado arraigado, expresa el enraizamiento de esos modelos: el pensar lineal y la desintegración de la actividad consciente de la persona, de ahí que el desarraigo continuará lento y complejo, favorecido por la añoranza convergente de recuperar posicionamientos de décadas pasadas.

Al llegar al final de esta Tesis Doctoral constatamos, que ésta se constituye en el comienzo de otra etapa, pues esperamos que nuestras reflexiones puedan de algún modo- como decía BACHELARD- contribuir con el *pensar* y *hacer* del cuidar-cuidado de las enfermeras docentes.

Reconocemos que los hallazgos y conclusiones a modo de consideraciones finales son siempre provisorios y perspectuales por la dialéctica propia de cualquier RS asumiéndose en:

-la arena ontológica, a la realidad como producto último de nuestra conciencia, por ser subjetiva, interna;

-la arena epistemológica de la diferencia, constructivista, de la complejidad con las perspectivas centradas en la comprensión e interpretación de significados y significantes socialmente contruídos;

-la arena metodológica que postula las reglas de conducción de la investigación en que emergen el estudio descriptivo-interpretativo de las singularidades ideográficas de las enfermeras docentes, en contraposición con la postura nomotética que busca las leyes generales y hacer predicciones.

RECOMENDACIONES

1. Que se estudien las representaciones sociales de los alumnos de la Escuela de Enfermería en tanto receptores de los procesos de enseñanza de las docentes enfermeras, sobre cuidar-cuidado que permita levantar información relevante para los **procesos de mejoramiento** macro y micro curricular.
2. Que se instalen talleres para tratar el **objeto de la profesión** de modo que se profundicen las rupturas epistémicas y desencadenen rápidamente **procesos de mejoramiento** a nivel macro y micro curricular
3. Que se abran líneas de investigación sobre **Representaciones Sociales** en la Escuela de Enfermería que permitan configurar el conocimiento de las conceptualizaciones y del universo simbólico de los usuarios sanos o enfermos del cuidar-cuidado de enfermería.
4. Que se reinicien el uso de **metodologías cualitativas** en la asignatura Investigación en Enfermería de manera que se complemente con la investigación cuantitativa.
5. Entre tanto, siendo esta Tesis Doctoral un estudio cualitativo ofrece pistas para nuevas investigaciones. Así, hallo viable su ampliación en otras instituciones de enseñanza de pre y postgrado con la perspectiva de ampliar la validación de estos hallazgos que, sin sombra de duda apuntan a una visión profesional más incluyente. Quizá la toma de conciencia de la presencia de esas RS. aliada a la voluntad de fortalecer, pueda contribuir al establecimiento de relaciones de poder y saber, así como de una identidad profesional más autónoma en la historia de la profesión peruana que, por cierto, aún está por escribirse.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA C. **El saber de enfermería y su dimensión práctica.**Río de Janeiro: Cortez; 1984.

ALVES da SILVA G. **Las representaciones sociales de los enfermeros sobre el SIDA y la influencia en la práctica asistencial.** En: Anales de la 3ª.Jornada de Investigación en Enfermería. Escuela de Enfermería Anna Nery.UFRJ; 1996.

ANDRADE M. **La incorporación de producciones académicas de enfermería en la conducción de nuevos saberes: significados y significancias.** En Anales de la 5ª Investigación en enfermería y la 1ª Jornada de Historia de la Enfermería Brasileira. Universidad Federal de Río de Janeiro. Escuela de Enfermería Anna Nery; 1998.

ANDRADE SILVA R. **El cliente como animal simbólico: una visión de la antropología filosófica de Ernst Cassirer y de la moral de Epicteto.** En: Anales de la 5ª Investigación en Enfermería y la 1ª Jornada de Historia en Enfermería Brasileira. Universidad Federal de Rio de Janeiro. Escuela de Enfermería Anna Nery; 1998.

_____ **Yo y tú como polos incorporados en el evento de la relación enfermera-cliente: un abordaje fenomenológico de Buber.** En: Anales de la 5ª Investigación en enfermería y la 1ª Jornada de Historia de la Enfermería Brasileira. Universidad Federal de Río de Janeiro. Escuela de Enfermería Anna Nery; 1998.

ARENDT H. **La condición humana.**3ra.edición.Barcelona: Seix Barral.; 1974.

BENNER P. **Del principiante al experto: excelencia y poder de la enfermería clínica.** California: Menlo Park, Addison-Wesley; 1984.

BISHOP A. y SCUDDER J. **Enfermería: la práctica del cuidado.** New York: Liga Nacional de Impresoras de Enfermería; 1991

BLUMMER H. **Etnografía y cultura.** México: Gedisa; 1996

BOURDIEU P. **Lección sobre la lección.**Barcelona: Anagrama; 2002

BOYKIN A. **La enfermera como confort: lo artístico en el cuidado.** En: Texto-Contexto de Enfermería. .Vol. 7. Número 2.Mayo-Agosto.Florinópolis:1998.

BUBER M. **Qué es el hombre.**Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1992

CASTRILLON M. **Enfermería y sociedad.** V Conferencia Latinoamericana de Enfermería. Trujillo. Perú. Septiembre: 1998.

COFFEY A y ATKINSON P. **Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación.**Antioquia: Contus Universidad de Antioquia; 1996

COLLIERE M. **Promover la vida.**Madrid: Interamericana; 1989

COULON A. **Etnometodología.**Madrid: Cátedra; 1987

DERRIDA J. **La escritura y la diferencia.**Barcelona: Anthopo; 1989

DURKHEIM E. **Las reglas del método científico.**Buenos Aires: La Pléyade; 1979

EVANGELISTA I. **El objeto de estudio y el abordaje de investigación cualitativa en enfermería.** En: Investigación en enfermería .Nuevas metodologías aplicativas.Río de Janeiro: ABDR; 1998

FERNÁNDEZ SENA R y ALENCAR BARREIRA I. **La investigación en historia de enfermería como eje de articulación del postgrado con el pregrado.** En: Anales de la 1ª Jornada de Historia de Enfermería Brasileira. Escuela de Enfermería Anna Nery. UFRJ: 1998

FRANCO T. **La vida y el tiempo de Florence Nightingale.** En: Anales de la 3ª. Jornada de Investigación en Enfermería. Escuela de Enfermería Anna Nery. UFRJ: 1996

FRY S. **Los fundamentos filosóficos del cuidar.** En: LEININGER Madeleine. Dimensiones éticas y morales del cuidar. Wayne: Universidad del Estado Wayne; 1980

GADAMER H. **El estado oculto de la salud.**Barcelona: Gedisa; 1996

GEHLEN A. **El hombre su naturaleza y su posición en el mundo.** 1997.

GOFFMAN E **Estigma. Notas de la administración de la identidad estropeada.** Englewood Cliffs: Prentice; 1963

HABERMAS J. **Teoría de la acción comunicativa.**Madrid: Taurus; 1987

HAMMERSLEY M y ATKINSON P. **Etnografía. Métodos de investigación.**Barcelona: Paidós; 1992

HEIDEGGER M. **Ser y tiempo.** Traduc. José Gaos.Méjico: Fondo de cultura económica; 1993

HELLER A. **Historia y vida cotidiana.**Méjico: Grijalbo; 1972.

HUSSERL E. **Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica.**Méjico: Fondo de Cultura Económica; 1986

JOVCHLOVICH S y GUARESCHI P. **Textos en representaciones sociales.**Petrópolis: Vozes; 1994

- KEROUAC S. **El pensamiento enfermero**. Barcelona: Masson S.A; 1996
- LAVOYER C. **Las enfermeras en el arte de enseñar/cuidar: revelando las relaciones interpersonales en el escenario de la enseñanza y de la práctica de enfermería**. En: Anales de la 5ª Investigación en enfermería y la 1ª Jornada de Historia de la Enfermería Brasileira. Universidad Federal de Río de Janeiro. Escuela de Enfermería Anna Nery: 1998
- LEFREVRE H. **Crítica de la vida cotidiana**.Madrid: Alianza; 1984
- LEININGER M. **Cultura, diversidad y universidad: una teoría de enfermería**. Nueva Cork: PressUniversity; 1978
- LEITE da SILVA A. **Trascendiendo lo femenino y lo masculino. Una relación estética para la conciencia del cuidado**.En:Texto-Contexto en Enfermería. v.5.Número 1. Enero-Junio. Florianópolis: 1996
- LEOPARDI M. **La finalidad del trabajo de enfermería: la ética como fundamento decisivo**. En: Texto-Contexto en Enfermería.V.4.Número 2.Julio-Diciembre Florianópolis: 1995
- LERCH V. **Una crítica de la moral de la obediencia para la búsqueda de una moral autónoma de la enfermería**. En Texto-Contexto en Enfermería. V.4.Número 2. . Julio-Diciembre .Florianópolis:1995
- LEVINAS E. **Entre nosotros**.Madrid: Pre-textos; 1999
- LORENZINI A. **El sistema de cuidado**. En: Texto y Contexto en Enfermería. . Vol. 7. Número 2. Mayo-Agosto.Floriamópolis: 1998.
- LUDKE M y ANDRE M. **Investigación en educación: abordajes cualitativos**.Sao Paulo: EPU; 1994
- MAFFESOLI M.**El conocimiento común**.Lisboa: Brasiliense; 1988
- MAINGUENEAU D. **Nuevas tendencias en el análisis del discurso**.Campinas: Unicamp; 1998
- MALVAREZ S. **Algunas reflexiones en torno de los paradigmas de investigación en salud**. Trabajo presentado en el Curso de Formación de Formadores de la Maestría en Salud Materno Infantil. Córdoba. Argentina.1996.
- MANN T. **La montaña mágica**.La Habana: Biblioteca del pueblo. Edición especial. Instituto Cubano del Libro; 1973
- MARCUSE H. **El hombre unidimensional**.Méjico: Joaquín Mortiz; 1968
- MAYEROFF M. **Acerca del cuidar**.New Cork: Harper Perennial; 1971
- MELEIS A. **Enfermería teórica: desarrollo y progreso**.Philadelphia: Lippincot; 1997

MELO TAVARES C y RANGEL E. **Trabajando las representaciones sociales en enfermería.** EN: Investigación en enfermería. Nuevas metodologías aplicadas. Río de Janeiro: ABDR; 1998

MINAYO M. **El desafío del conocimiento.** Buenos Aires: Hucitec S. A; 1997

MORIN E. **El método. La naturaleza de la naturaleza.** Madrid: Cátedra; 1986

MORSE J. **La enfermería como confort: un nuevo enfoque del cuidado profesional.** En Texto y Contexto en Enfermería. V.7. Número 2. Mayo-Agosto. Florianópolis: 1998

MOSCOVICI S. **Las representaciones sociales del psicoanálisis.** Río de Janeiro: Zahar; 1961

NEVES ARRUDA E y LEITE da SILVA. A. **El Programa integrado de investigación Cuidando y reconfortando: retrospectiva histórica.** En: Texto-Contexto de Enfermería. Vol. 7. Número 2. Mayo-Agosto. Florianópolis: 1998

ORTIZ CABANILLAS P. **La formación de la personalidad.** Lima: Colegio de Doctores en Educación. Dimaso; 1996

_____ **Necesidad de un enfoque ético de la educación en medicina.** En: Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM. Enero-Marzo. Vol. 62, número 1. Lima: 2001

PATTERSON J y ZDERARD L. **Enfermería humanística.** New York: Liga. Nacional para Enfermería. 1988.

PECHEUX M. **Análisis automático del discurso.** Ed. Dunod. París. 1969.

PEREIRA NEVES E. **Las cinco dimensiones del cuidar en enfermería: concepciones teóricas filosóficas.** EN: Revista de Enfermería. Escuela Anna Nery. Vol. 6. Suplemento 1. Río de Janeiro .2002.

PEREYRA NUNES A. **Concepciones sobre el proceso salud-enfermedad en enfermería: ciencia y arte.** En: Texto-Contexto en Enfermería. v.5. Número 1. Enero-Junio. 1966.

PEREYRA RODRÍGUEZ M. **Enfermería: relación amorosa. Un abordaje hegeliano.** En: Texto-Contexto. Vol. 6. Número 3 Septiembre-Diciembre. 1997.

POLO SANTILLAN M. **La cotidianidad.** Separata Letras (Lima) UNMSM; 2004.

PULCINELLI ORLANDI E. **El discurso y la lectura.** Campinas: Ed. Unicamp. Cortez ; 1996.

RAMOS E. **Significados de la ética del otro en enfermería a la luz de la filosofía de Emmanuel Lévinas** En: Anales de la 5ª Investigación en enfermería y la 1ª Jornada de

Historia de la Enfermería Brasileira. Universidad Federal de Río de Janeiro. Escuela de Enfermería Anna Nery.1998.

REGO M. **Aspectos humanos de calidad de las interacciones sociales de las docentes de enfermería en sus prácticas académicas** En: Anales de la 5ª Investigación en enfermería y la 1ª Jornada de Historia de la Enfermería Brasileira. Universidad Federal de Río de Janeiro. Escuela de Enfermería Anna Nery.1998.

RIOS MARTINS C. **Etica y cotidiano: una motivación para el debate en salud.** Texto-Contexto Enfermería. Florianópolis. Vol. 4. Número. Julio-Diciembre.1995.

_____. **..La imaginación y sentidos en el cuidado de enfermería.**En: Texto y Contexto en Enfermería. Florianópolis. Vol.8. Número 1. Enero-Abril-1999.

RITZER G. **Teoría sociológica contemporánea.** Méjico: Mc Graw– Hill; 1996.

RIZZO PARSE R. **Modelos y teorías de enfermería.**Madrid: Mosby/ Doyma. Libros; 1995.

ROACH S. **El llamado de la conciencia: comprensión del mundo de la salud hoy.** Petrópolis: Vozes; 1998.

SARTRE J P. **El ser y la nada.**Buenos Aires: Losada S. A; 1966.

SCHWARTZ H y JACOBS J. **Sociología cualitativa.**Méjico: Trillas; 1994.

SPINDOLA T **Al final ¿qué es ser enfermera?** En: Anales de la 5ª Investigación en enfermería y 1ª Jornada de Historia de la Enfermería Brasileira. Universidad Federal Río de Janeiro. Escuela de Enfermería Anna Nery.1998.

SPRADLEY J. **La entrevista etnográfica.**Nueva Cork: Rinehort and Winston;1979.

TAYLOR S y BOGDAN R. **Introducción a los métodos de investigación.**Buenos Aires: Paidós; 1986.

TEXEIRA. G y SOUZA S. **Representaciones sociales de la residencia de enfermería del hospital universitario Pedro Ernesto.** En: Anales de la 3ª Jornada de Investigación en Enfermería. Escuela de Enfermeras Anna Nery. UFRJ. Brasil.1996.

WALDOW V. **Cuidado humano. El rescate necesario.**Porto Alegre: Sagra Luzzato; 1998.

WATSON J. **Caring Science as Sacred Science.**Philadelphuia: F. A. Davis Company; 2005.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

	Pág.
A. Guía orientadora de entrevista en profundidad	144
B. Notas de campo	145
C. Diario de la entrevistadora	146

ANEXO A

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

GUIA ORIENTADORA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

I) Objetivo: captar – *post festum*-campos semánticos en las unidades de registro de los testimonios de las enfermeras docentes acerca de sus conceptualizaciones y simbologías del cuidar-cuidado.

II) Instrucciones: Estimada (o) colega: de acuerdo con el objetivo arriba señalado, mucho te agradeceré por tus valiosos testimonios, toda vez que va a permitir reconstruir el universo simbólico de la esencia de nuestra profesión, el mismo que configurará las representaciones sociales de los (as) enfermeras docentes de la EAPE.

1.) ¿qué es para tí el cuidar–cuidado de enfermería?

2.) En el cuidar–cuidado de enfermería están la (el) cuidadora (or) y la (s) personas que reciben el cuidado ¿qué es para tí estos dos seres humanos?

ANEXO B

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**

NOTAS DE CAMPO

I) Objetivo: captar *–festum in vivo–* unidades de contexto, estructuras latentes (dominios etnográficos).

ANEXO C

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**

DIARIO DE LA ENTREVISTADORA

- I) Objetivo:** consignar *–festum in vivo–* comentarios, reflexiones de la tesista, acerca de las unidades de registro, unidades de contexto, dominios etnográficos, taxonomías etnográficas en los significados y significantes de las docentes enfermeras que van emergiendo durante el proceso de campo.

Krederdt Araujo, Sherin Luz

REFLEXIONES SOBRE EL CUIDAR-CUIDADO DE ENFERMERIA: ESTUDIO ETNOGRAFICO EN ENFERMERAS DOCENTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. Sherin Luz Krederdt Araujo. Lima. Doctorado en Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. UNMSM. 2006

162 p.

Asesor: Doctor Pedro Ortiz Cabanillas

Tesis (Doctoral).Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2006

1. Estudio de representaciones sociales; 2. Cuidar-Cuidado de enfermería;
3. Enfermeras docentes