

# Filosofía y Práctica de Enfermería



**Rocío del Carmen Guillén Velasco**  
**Carlos Christian Compton García Fuentes**



**Manual Moderno®**



# Filosofía y práctica de enfermería

**Dra. en Enfermería Rocío Del Carmen Guillén Velasco**

Profesor Asociado C de Tiempo Completo Definitivo  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
Universidad Nacional Autónoma de México

**Dr. en Pedagogía Carlos Christian Compton García Fuentes**

Profesor de Asignatura A interino  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
Universidad Nacional Autónoma de México



Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.  
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.  
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

Nos interesa su opinión, comuníquese con nosotros:

**Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.**

Av. Sonora 206, Col. Hipodromo, Deleg. Cuauhtémoc. 06100 México, D.F.

(52-55) 52-65-11-00

[info@manualmoderno.com](mailto:info@manualmoderno.com)

[quejas@manualmoderno.com](mailto:quejas@manualmoderno.com)

### **Filosofía y práctica de enfermería**

D.R. © 2016, Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Camino Viejo a Xochimilco y Viaducto Tlalpan s/n Col. San Lorenzo Huipulco,  
Delegación Tlalpan, México, D. F. C. P. 14370.

ISBN: 978-607-02-6217-3 (versión electrónica)

Fecha de edición: 08 Marzo de 2016

En coedición con:

**Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.**

ISBN: 978-607-448-554-7 (versión electrónica)

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida sin permiso previo por escrito de la Editorial.

### **Para mayor información sobre**

Catálogo de producto

Novedades

Distribuciones y más

[www.manualmoderno.com](http://www.manualmoderno.com)

Guillén Velasco, Rocío del Carmen, autor.

Filosofía y práctica de enfermería / Rocío del Carmen Guillén Velasco, Carlos Christian Compton García Fuentes. — 1ª edición. — México, D.F. : Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia : Editorial El Manual Moderno, 2016.

1 recurso en línea (x, 132 páginas : ilustraciones).

ISBN: 978-607-02-6217-3 (Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, versión electrónica)

ISBN: 978-607-448-554-7 (Editorial El Manual Moderno, Versión electrónica)

1. Enfermería – Filosofía. 2. Enfermería práctica – Filosofía. I. Compton García Fuentes, Carlos Christian, autor. II. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. III. Título. 610.7301scdd21 Biblioteca Nacional de México

Director editorial y de producción:

**Dr. José Luis Morales Saavedra**

Diseño de portada:

**Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. UNAM**





# CONTENIDO

## Capítulo 1. La naturaleza filosófica de la enfermería

1.1 El quehacer de la enfermería y su necesidad filosófica

1.2 La lógica del proceso de cuidado

1.3 El ser y la responsabilidad ontológica

1.4 La naturaleza de la realidad

1.5 Antropología filosófica

1.6 Ética y moral

1.7 Filosofía de la praxis

## Capítulo 2. La dicotomía positivista empirista y hermenéutica en la práctica

2.1 El empirismo en el conocimiento del objeto de estudio de la enfermería: el razonamiento deductivo, la objetividad y el experimento

2.2 Pragmatismo y funcionalismo en la práctica de enfermería

2.3 Enfermería y la solución científica de los problemas: ciencia hermenéutica para enfermería

2.4 Enfermería como praxis de la filosofía

## Capítulo 3. La filosofía de la praxis de enfermería

3.1 La teoría de la praxis en enfermería

3.2 Práctica de enfermería, técnica y política

3.3 Humanismo y técnica

3.4 Alienación de la práctica enfermera

3.5 Integración práctica-teoría-práctica

3.6 La búsqueda del sentido de la práctica de enfermería

Conclusiones

Bibliografía

# **Universidad Nacional Autónoma de México**

Dr. Enrique Graue Wiechers

**Rector**

Dr. Leonardo Lomelí Vanegas

**Secretario General**

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez

**Secretario Administrativo**

Dr. Alberto Ken Oyama Nakagawa

**Secretario de Desarrollo Institucional**

Dr. César Iván Astudillo Reyes

**Secretario de Atención a la Comunidad Universitaria**

## **Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia**

Mtra. María Dolores Zarza Arizmendi

**Directora**

Mtra. Patricia González Ramírez

**Secretaria General**

Mtra. Gabriela Garza Infante

**Secretaria Administrativa**

Mtra. Guadalupe E. Leyva Ruíz

**Jefa de la División de Estudios Profesionales**

Dra. Ma. de los Ángeles Torres Lagunas

**Jefa de la División de Estudios de Posgrado**

Mtra. Sofía del Carmen Sánchez Piña

**Jefa de la División del Sistema de Universidad Abierta y  
Educación a Distancia**

Mtra. Reyna Albertina Rosas Loza

**Jefa de la División de Educación Continua y Desarrollo  
Profesional**

Mtra. Monserrat Gamboa Méndez

**Secretaria de Vinculación y Enlace**



## PRESENTACIÓN

Esta obra se elaboró como apoyo del estudio de la asignatura Filosofía y Práctica de Enfermería de la Licenciatura en Enfermería; y tiene tres objetivos principales:

1. Que el alumno adquiriera los conocimientos necesarios que le permitan reflexionar sobre el tema de creencias de la enfermera profesional en el contexto de su práctica.
2. Para desarrollar los conocimientos necesarios acerca de la práctica de la enfermera.
3. Para que la enfermera obtenga los conocimientos necesarios en el desarrollo del método y la lógica que sigue la práctica profesional en la actualidad.

También describe el proceso que siguen las enfermeras en su práctica profesional como servicio a la sociedad único, definido, esencial y remunerado; pero sobre todo responde a preguntas sobre su esencia: su ser, su saber y su hacer, que le permitan tomar decisiones prácticas para la persona, el cuidado, la salud, el entorno y enfermería como proceso con una elevada responsabilidad social que precisa dos requisitos: la independencia y la libertad.

La práctica profesional no es un hecho aislado, sino un proceso integrado de la vida cotidiana, en la cual se describe la filosofía de dicha práctica desde la orientación filosófica positivista y hermenéutica interpretativa y la necesidad de una complementariedad traducida en una práctica de enfermería científica y humana. Esta obra tiene como fin que la enfermera reflexione sobre los nuevos aportes de la filosofía en el área de la enfermería, así como los problemas de la práctica y los roles que derivan de su labor como el cuidado de la salud de las personas.

En este sentido, el propósito principal de esta obra es ofrecer una visión ética propia de la enfermería como profesión y como disciplina científica, interesada por el cuidado de la vida y que, mediante un sistema de creencias, le dé firmeza ética y bioética necesaria en su quehacer profesional. Esto se considera básico ya que los valores que asigne la enfermera a la persona tienen que ver con el conocimiento de la naturaleza humana y la esencia del ser (ontología).

Esta obra está integrado por tres capítulos.

En el capítulo uno se revisa la naturaleza filosófica de la enfermería, a partir de su quehacer profesional y de la lógica del proceso de cuidado (aspectos ontológicos, epistemológicos, antropológico-filosóficos y éticos) así como la filosofía de la praxis.

En el capítulo dos se hace un recorrido entre las posturas empírico analítica (positivista) y empírico hermenéutica (hermenéutica) en la epistemología del

conocimiento en enfermería, el cual a su vez, como teoría, genera una oposición entre el conocimiento obtenido en la reflexión y el conocimiento obtenido de la práctica o praxis de enfermería.

El tercer y último capítulo busca que la enfermera reflexione sobre cómo la sociedad tecnocrática en la que vive, genera políticas de salud guiadas según la productividad y eficiencia (como consecuencia del neoliberalismo), que a su vez producen una alienación en el personal de salud, por lo que los profesionales de enfermería para estar en concordancia con el cuidado, deben guiarse por una perspectiva humanista, que integre la teoría con la práctica (la praxis de enfermería) y que logren el sentido de la práctica de enfermería: trascender, desarrollar sus potencialidades, buscando hacer de su práctica una praxis constante y buscando siempre, apoyado por la técnica y la tecnología, la promoción de la vida, la dignidad de la persona sustentada en el amor incondicional hacia el cuidado de la persona.

## Capítulo 1

# LA NATURALEZA FILOSÓFICA DE LA ENFERMERÍA

*Rocío del Carmen Guillén Velasco*

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de este capítulo es reflexionar sobre la necesidad filosófica de las enfermeras acerca del ejercicio profesional identificando los elementos que lo constituyen con el fin de ofrecer un servicio humanizado.

Para abordar los contenidos, el primer tema trata del quehacer de enfermería y su necesidad filosófica, se hace una revisión de qué es la práctica, cómo se realiza y por qué es que se hace, además ofrece diversos elementos que permiten reflexionar sobre estas cuestiones. Si bien es cierto que todos los profesionales saben hacer bien su labor pocos saben definirlo o bien no se han dado la oportunidad de revisar, reflexionar y filosofar sobre este quehacer. Lo cierto es que una cosa es reconocer lo que se dice en el discurso (orientado a describir el ser y deber) y otra, comprender cómo la realidad impone formas específicas del quehacer que dista mucho de ese discurso.

En el segundo tema, se discute la lógica del proceso de cuidado y la complejidad que encierra definirlo; se describe cómo se ha ido desdibujando y deshaciendo la identidad propia, hasta el punto de convertirse en muchos casos, sobre todo en el área hospitalaria, en el conjunto de actividades médicas delegadas, realizadas bajo una directriz curativa y simplista.

Es aquí donde el cuidado a la salud y a la vida son las más altas manifestaciones del espíritu humano. La enfermera responsable, debe desarrollar gran capacidad de **cuidar y dar cuidado a la salud y a la vida humana como valores centrales**, dando congruencia a las acciones del trabajo cotidiano con los valores que sustentan la práctica de enfermería como son la ayuda, la compasión, la confianza, la dedicación con las actividades técnicas. Esto lleva a ser coherentes entre el ser, el pensar y el hacer como práctica compleja.

En el tercer tema, se revisa a detalle la diferencia entre el ser y el deber ser ya que el ser humano batalla contra su naturaleza humana y la posibilidad de vivir y convivir en un mundo social construido con normas y reglas. Las enfermeras enfrentan al ser y al deber ser que lleva a consolidar su actividad profesional de forma impersonal, fría, distante, calculada pero que invita a la búsqueda de una nueva concepción de humanismo basado

en la ética y la moral para llegar a ser.

Ser enfermera es un proceso de construcción que requiere de una conciencia que permita desarrollar actitudes y valores de autenticidad, autoconciencia, sensibilidad y autoaceptación para poder crear vínculos terapéuticos con el otro, esto es lograr ser una enfermera humana comprometida para desarrollar la profesión, honrar sus principios, sentirse orgullosa de sí misma y de lo que hace para su comunidad. Esto es parte del proceso de formación profesional (ser estudiante), las prácticas profesionales (ser practicante) y el ejercicio de la profesión (ser profesional).

En el cuarto tema se conceptualiza la naturaleza de la realidad y las creencias acerca de ella. Aunque es un poco problemático, al preguntarse sobre qué es la realidad, tiene sentido tanto desde la perspectiva científica como de la filosofía porque el valor de la respuesta permite reflexionar sobre su esencia para llevar a cabo el proceso del cuidado tanto con seres humanos como todos los demás seres, ya que el ser humano es parte del universo en tiempo y espacio. Los modelos de cuidado de enfermería, contemplan el elemento entorno que permite correlacionarse con la persona cuidada en su realidad, sus creencias, emociones o conocimientos y así contribuir a mejorar su vida y su salud.

El quinto tema, se refiere a los aspectos que se incluyen en la antropología filosófica. Este tema sólo abordará algunos aspectos de la filosofía analítica-positivista superando la concepción de ser humano como máquina; en particular como máquina descompuesta que es muy frecuente en el sector salud. De la corriente dialéctica se rescata el humanismo tan necesario en los servicios de enfermería y de la filosofía vitalista, se mencionan anotaciones acerca del sentido de la existencia. Con el fin de llegar a un sistema de creencias de enfermería.

El sexto tema aborda cómo el progreso técnico-científico, se confronta con problemas como: la colectivización de la medicina, la falta de acceso a los servicios de salud, la prolongación de la vida a ultranza o la despersonalización de los profesionales de la salud, situaciones que se convierten en dilemas graves desde el punto de vista ético, porque desbordan los límites de la conciencia del personal de la salud y las bases filosóficas y morales.

Esto contribuye a meditar sobre las condiciones de la vida contemporánea con su deterioro ético y moral para ejercitar los valores positivos con una fuerza moralizadora de la vida social. Por ello, retomar a la ética y la moral como ejes rectores de la vida, son hoy la mejor manera para mejorar las relaciones y reedificar una sociedad más justa garantizando la dignidad humana. En enfermería, se cuenta con códigos que permiten orientar el actuar profesional basado en el respeto de los derechos fundamentales de los seres humanos.

En el último tema se hará incapié que para vivir en el mundo como seres humanos sociales, es necesario tener los medios para satisfacer las necesidades básicas de alimentación, vestido, habitación, seguridad y otras más lo que se conoce como producción de la vida material o trabajo. Para explicar cómo las enfermeras llevan a cabo su actividad profesional, el materialismo dialéctico ofrece el concepto de *praxis* que integra la práctica con la teoría del quehacer humano junto por la base económica, la superestructura y la visión que la sociedad tiene sobre sí misma en este momento

histórico, y que permite comprender por qué se presenta así la práctica, la educación y la investigación de la enfermería.

De esta manera, es como se aborda el concepto *praxis*, cómo es la de enfermería y cómo modificarla, pues aunque se entiende como una técnica distinguida, habrá que integrarla al cuidado como relación e interacción entre personas que requieren servicios de salud que permita demostrar a la sociedad la utilidad del servicio de la enfermera.

## 1.1 EL QUEHACER DE LA ENFERMERÍA Y SU NECESIDAD FILOSÓFICA

### Antes de comenzar

- Las enfermeras ¿deben filosofar?
- ¿Por qué es necesaria la filosofía en el ejercicio profesional?
- ¿Qué es el ejercicio profesional?
- ¿Existe una filosofía en el ejercicio profesional?
- ¿Qué es enfermería?
- ¿Qué hacen las enfermeras en el ejercicio profesional?

Quien hace la actividad de filosofar en la sociedad es un testigo de la dignidad suprema del pensamiento. El que hace filosofía apunta a lo que es eterno en el hombre, a lo que estimula el conocimiento puro y desinteresado, por el conocimiento de aquellas cuestiones fundamentales –acerca de la naturaleza de las cosas y de la naturaleza de la mente, del hombre mismo y de Dios–, que son superiores e independientes de todo lo que se hace, produce o crea, porque se piensa antes de actuar y nada puede limitar el alcance del pensamiento.

De esta manera, las enfermeras se preguntan sobre la existencia y sobre el quehacer ya que ellas mismas lo han profesionalizado. Conocer más acerca de esto ayuda a reflexionar sobre la realidad y ofrecer un mejor servicio profesional.

### Las enfermeras ¿deben filosofar?

¡Claro que sí! Todos los seres humanos tienen la necesidad de saber. Aristóteles afirmaba que todos desean saber por naturaleza. Así pues, en cierto sentido de la palabra, todos los seres humanos son filósofos, porque todos se asombran ante la gran interrogante que es la vida. Se puede filosofar porque la llama de la filosofía está viva en todos, como seres capaces de pensar libre y de manera racional.

Filosofar es conocer al universo y todo cuanto hay, es buscar al mundo en su integridad, es problematizar la realidad mediante preguntas inteligentes. En su sentido más positivo, problematizar es el mejor procedimiento para iniciar la solución de un problema, sobre todo cuando no se tiene claro cuál es el auténtico problema. También, sirve para reconstruir, hacer prospectiva o para aumentar la seguridad hasta la certeza. Toda problematización está basada en el arte de preguntar, mucho más que en el arte de responder. Cuando se reflexiona sobre la realidad –o en sentido estricto se problematiza–, se hacen preguntas importantes sobre el mundo, las cosas buenas y no tan buenas.

Filosofar es una actividad que requiere esfuerzo y práctica pues, aunque se inicie para el análisis de casos cotidianos habrá que pensar de forma abstracta, teórica. Pero aprender a razonar, a ser crítico con las cosas y con sí mismo, no sólo es un ejercicio

intelectual sino que también es una dimensión práctica, pues amplía la visión para enfrentar a los problemas cotidianos con mayor eficacia; sirve para como defensa contra la manipulación y permite evaluar de forma más justa las opiniones y razones de otros para poder comprenderlos y también poder aprender de ellos cuando son valiosas.

El hecho de filosofar enseña a reponder de manera racional y crítica (por tanto, siempre provisionales y abiertas) a aquellas cuestiones que, pese a ser irresolubles, son inevitables: se han presentado, y se presentarán siempre, a la mente humana.

En esta perspectiva de filosofar, se debe preguntar a la enfermería sobre su esencia: su ser, su saber y su hacer. Es necesario identificar si el cuidado es la esencia de la enfermería tanto en su dimensión disciplinaria como profesional, pues todavía hay dudas acerca de esta cuestión; también existen dudas acerca de la base práctica. En este sentido es importante filosofar y clarificar qué es lo que revela el ejercicio profesional.

Para saber más sobre el tema visite: Sentido y necesidad de la filosofía, en: <http://www.colegiosanignacio.edu.pe/abps/abp1-5/saberfilosofico1.html>

## ¿Por qué es necesaria la filosofía en el ejercicio profesional?

La filosofía es una necesidad para los seres humanos que permite tener una concepción del universo, y menciona lo suprema de aquellas cosas que no tienen que ver con los medios sino con los fines. En la práctica profesional es de vital importancia porque comprende el sistema de creencias de la enfermera profesional e incluye la búsqueda de conocimientos (Leddy y Pepper, 1989) y tiene una función social muy especial: discutir los fundamentos de toda decisión.

En la parte operativa, la filosofía es el arte de formar, inventar o fabricar conceptos. La filosofía entonces ofrece el camino para cuestionar lo que ya se tiene conceptualizado o el conocimiento que se considera “normal”. Sin embargo, no es suficiente que la respuesta contenga el planteamiento de ese concepto, sino se debe determinar el momento, ocasión o circunstancia, los paisajes, las personalidades, las condiciones y las incógnitas en o de ese planteamiento (Deleuze y Guattari, 2001).

Existe en la literatura una serie de conceptos que dicen qué es el ejercicio profesional incluyendo qué es la enfermería, qué hacen las enfermeras y cómo llevan a cabo dicho ejercicio pero la mayoría de las veces no se está a gusto<sup>1</sup> con dichos planteamientos. Entonces la filosofía permite inventar, construir o reconstruir dichos conceptos a las propias circunstancias. Lo más importante es que ofrece el camino para filosofar acerca de estas cuestiones proponiendo verdades provisionales y revisando el conocimiento existente.<sup>2</sup> Una verdad es válida hasta que surge o nace otra con mejores argumentos.

De tal forma, la profesión, exige un ejercicio filosófico donde las decisiones prácticas dependan de la posición que se asume al respecto de aquellas interrogantes sobre la esencia de enfermería: su ser, su saber y su hacer. Ésa es la razón por la que los sistemas filosóficos –que no están dirigidos a ningún uso o aplicación práctica–, tienen un impacto tan grande en la historia humana.

## ¿Qué es el ejercicio profesional?

Al hablar de ejercicio profesional de enfermería, se da por hecho que todas las personas que la practican, saben qué es, cómo hacen lo que hacen y por qué lo hacen ¿cuál es la realidad? Que muchas enfermeras tienen problemas para identificar estas cuestiones aunque sí se conoce el qué, el cómo y el porqué de la enfermería de manera intuitiva o introyectada. Lo que se ve es que cada enfermera tiene su propio concepto acerca de estos temas, a veces se parecen y otros muchas veces son disímbolos. ¿Qué ofrece la filosofía en este sentido? A continuación se define qué es el ejercicio profesional.

Se entiende por ejercicio profesional a la realización habitual a título oneroso o gratuito de todo acto o prestación de cualquier servicio de profesión (Poder Ejecutivo Federal, 2010). Se trata de una actividad deliberada dotada de significado técnico, jurídico, económico y social que se desarrolla de manera coherente conforme a métodos y procedimientos específicos y se verifica por el resultado del trabajo realizado. Por ello, quienes practican un ejercicio profesional se someten a controles sociales más o menos rigurosos que exigen diversas responsabilidades en relación con sus actos mediante **principios éticos y deontológicos**.

Es importante mencionar que la profesión de enfermería comporta una elevada responsabilidad social que precisa dos requisitos: la independencia y la libertad. El profesional debe ser independiente en el momento de tomar decisiones y debe tener libertad de ejecutarlas. Estas decisiones deben tomarse con el conocimiento que otorga la formación profesional y con el desarrollo del “ojo clínico” o experiencia profesional que dan la práctica, asumiendo en todo momento las consecuencias de estas decisiones.

Por tanto, el ejercicio profesional es toda actividad social regulada por el Estado sea pública o privada, libre o en relación de dependencia, gratuita o remunerada que requiere el respaldo de un título universitario que le obliga a rendir cuentas de sus actos (responsabilidad moral, social y jurídica ya sea civil o legal).<sup>3</sup>

## ¿Existe una filosofía en el ejercicio profesional?

La filosofía es de vital importancia para la práctica profesional pues comprende el sistema de creencias acerca de qué es la enfermería, cómo realiza su trabajo la enfermera profesional y las razones para hacerlo, incluye también la búsqueda del conocimiento acerca de la disciplina. Este sistema de creencias determina la forma de actuar –aunque la mayoría de las veces se realiza de manera inconsciente– por eso es muy importante comprender los elementos de la filosofía con el objeto de elaborar una filosofía personal acerca de la enfermería.

En términos generales se acepta que la filosofía abarca tres elementos (cuadro 1-1).

Cuadro 1-1. Elementos de la filosofía		
Preocupación por el conocimiento	Epistemología	<p>El conocimiento es importante para la enfermería porque es una ciencia y su proceso se basa en la lógica y en el método científico. Abarca los siguientes tipos de conocimiento (Carper, 1976):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empírico (ciencia de la enfermería)</li> <li>• Estético (arte de la enfermería)</li> <li>• Moral (ética de la enfermería)</li> <li>• Personal (uso terapéutico del yo)</li> </ul>

Ejercicio de los valores	Axiología y deontología	La importancia concedida a los valores es esencial para la enfermería porque efectúa de manera constante declaraciones de actitud, preferencia y valores conforme se compromete en la relación que existe entre la enfermera y la persona. El propósito final de la enfermería es el bienestar de otros seres humanos, este fin no es científico sino por el contrario, moral por ello, es importante dudar de lo correcto, lo incorrecto y el deber. Éste es el problema de la moralidad en los seres humanos cuando toman decisiones y llevan a cabo las tareas que les corresponden (Curtin, 1979)
Creencias que se tiene acerca del Ser sobre la existencia	Ontología	Compromiso con sus propias creencias respecto a su existencia profesional y la existencia del otro. Incluye el autoconcepto, identidad y desarrollo profesional

En la actualidad, se viven cambios evolutivos en la sociedad que combinados con la irrupción de la era de la información, alteran los puntos de vista sobre la realidad y fomentan una nueva orientación filosófica en el campo de la enfermería. Se dice que la enfermería está en “crisis” lo que permite poner más atención en las cuestiones epistemológicas, las ontológicas relacionadas con el significado, el ser y la realidad y sobre todo en los valores con la ética, bioética, los códigos deontológicos y los derechos humanos.

Por tanto cuando se hace mención a la filosofía de enfermería (Leddy, 1989), se refiere a los resultados intelectuales y afectivos que realizan las enfermeras para:

- Comprender las razones y relaciones fundamentales de los seres humanos y el medio ambiente.
- Enfocar la enfermería como una disciplina científica.
- Elaborar un sistema personal de creencias acerca de la persona, el cuidado, la salud, el entorno y enfermería como proceso.

## ¿Qué es enfermería?

Existe gran cantidad de definiciones de lo que es enfermería, algunas parecidas otras contrapuestas ¿cuál es la mejor? En estricto sentido, cualquier definición que se elija muestra una postura ante la vida e identifica la base filosófica en la cual se inserta y le da sustento. Cuando se acepta, ésta sostiene las creencias del concepto que cada individuo tiene de la enfermería..

Muchas definiciones abordan tanto el cuidado como la salud-enfermedad de las personas. Como concepto de partida acerca de lo que es enfermería el autor propone:

Disciplina, profesión y práctica social compuesta por fundamentos filosóficos, históricos, éticos; su misión es el cuidado profesional a la salud del ser humano individual y colectivo en diferentes momentos del proceso vital y en contextos culturales diversos para ayudarles a alcanzar mejores condiciones de vida. Posee conocimientos que derivan la manera particular de entender el fenómeno salud-enfermedad de los seres humanos en relación con su ambiente.

Donde se aclara:

- **Ser de la enfermería.** Disciplina, profesión y práctica social cuyo fin es el cuidado a la salud.
- **Saber de la enfermería.** Conocimientos acerca de la salud-enfermedad, la persona, el

entorno y el cuidado.

- **Hacer de la enfermería.** Trabajo con seres humanos con una base ética y bioética donde sus miembros son capaces de compartir creencias fundamentales en relación a su razón de ser.

El estudiante debe buscar en la literatura otras concepciones y ver cómo se conjugan el ser, el saber y el hacer de enfermería para elegir una que le satisfaga.

## ¿Qué es la profesión de enfermería?

En el ejercicio profesional se visualiza la labor de enfermería. Este hacer es aceptado en la sociedad ya que es ésta quien lo demanda, está reglamentado y tiene un proceso de formación profesional que trasmite su ser, su saber y sus formas de hacer. Aun con todo esto, la actividad profesional de las enfermeras es difícil de identificar y de conceptualizar ya que durante mucho tiempo fue identificada como oficio. A continuación se definirán ocupación, oficio y profesión.

- **Ocupación:** es la actividad que impide emplear el tiempo en otra cosa; puede ser el empleo, oficio, profesión o cualquier otra actividad que llene el tiempo (Müller, 2004). Una ocupación alcanza el estatus de profesión cuando la actividad se ejerce mediante la adquisición de una formación controlada, la sumisión a reglas y normas de conducta entre los miembros y los no miembros y la adhesión de una ética del servicio social.
- **Oficio:** es una actividad laboral que no requiere de estudios formales.
- **Profesión:** se refiere a un amplio estrato de ocupaciones prestigiadas, pero de diversa índole, cuyos miembros han tenido algún tipo de educación superior y se identifican más por su estatus educativo que por sus habilidades ocupacionales específicas (etiqueta profesional). En otro sentido, es una forma de organizar una ocupación, la cual es de número limitado que tienen más o menos en común rasgos característicos institucionales e ideológicos particulares (Freidson, 2001) que como forma privilegiada de actividad, se constituye en la base de una categoría socioeconómica caracterizada por su diversidad de tareas y por altos ingresos económicos, de estatus social y de prestigio.

El concepto de ocupación no merece mayor definición ya que la enfermería es una actividad de tiempo completo para quienes la ejercen; al contrario la profesión requiere mayor definición, a continuación se darán a conocer los principios que rigen la actividad profesional.

La profesión constituye un segmento particular en la cima de la jerarquía social, es decir, una élite de trabajadores dotados de competencias elevadas, con fuerte autonomía para ejercer sus actividades, independientes en el seno de una organización quienes recurren a un conjunto de reglas y de mecanismos de control para garantizar el conocimiento que transmiten, el valor de las competencias, sus costos económicos, su prestigio social y el rigor ético de su práctica y sobre todo concede mucha importancia a la institucionalización de estas actividades en relación a la ciencia moderna, ya que esto

tiene un punto común con la esfera ocupacional (Parsons, 1967).

En una profesión, se identifican cuatro sistemas profesionales cerrados: de la función pública, de los puestos directivos, de las profesiones independientes y liberales y de los asalariados regulares (Dubar y Tripier, 1998) donde la sociología de las profesiones la han identificado en tres campos semánticos relacionados:

1. La acción de declarar de modo explícito las opiniones o creencias, vinculadas con que el término “profesar” (se aplica a lo que se enuncia de manera pública y está muy ligado a creencias político-religiosas).
2. “Ocupación con la cual uno se gana la vida”, donde la profesión es la actividad remunerada, se trate de una actividad independiente, asalariada, dependiente o liberal. La profesión es, en este sentido, el trabajo que permite vivir gracias a su renta.
3. “Conjunto de personas que ejercen un mismo oficio”, en este sentido, la profesión está próxima al de corporación o grupos profesionales, designando al conjunto que tiene el mismo oficio o el mismo estatus profesional.

De estas cuestiones, en enfermería ¿se profesa? ¿Es una ocupación para ganarse la vida? o ¿Es un grupo de personas que practican el mismo oficio? ¿Qué piensa el lector de esto?

A pesar de ciertos consensos, el término profesión es polisémico ya que puede tener diversos significados y estar asociado a diferentes usos. La escuela francesa reconoce cuatro acepciones que se ligan a la profesión (cuadro 1-2).

Cuadro 1-2. Acepciones de la palabra enfermería	
Principio	Tiene que ver con
Declaración de principios	<b>Identidad profesional</b>
Empleo	<b>Calificación profesional</b>
Oficio	<b>Especialización</b>
Función	<b>Posición profesional</b>

¿Dónde se encuentra enfermería? Como profesión, es una vocación, una forma de ganarse la vida (empleo), es un oficio especializado y como función se puede tener una posición dentro del grupo. A continuación se describen manera más amplia:

- Es un servicio a la sociedad único, definido, esencial y remunerado: primero, el profesional reclama el monopolio de la actividad que realiza, oponiéndose al intrusismo; segundo, la persona sabe que dicha actividad está bien definida y delimitada frente a otras; tercero, es un servicio del que ni la sociedad en su conjunto ni ninguno de sus ciudadanos puede prescindir sin grave perjuicio para su bienestar.
- Es una vocación por lo que se espera que el profesional se dedique en exclusividad y se identifique con los ideales de la misma (prestando más atención al servicio ofrecido que a las ganancias que le reporta) y sea solidario con el resto de miembros de la profesión, incorporándose a su propia organización (colegio o asociación).

- Está basada en conocimientos y técnicas de carácter intelectual. Se demanda del profesional una actitud inquisitiva, capacidad de obtener datos, elaborar diagnósticos y proponer soluciones de una manera creativa y crítica.
- Requiere de preparación especializada y formal, en una institución educativa (Universidad). Esta intensa y larga formación, se prolonga a lo largo de toda la actividad profesional de diversas maneras –formación permanente, reciclaje– que le justifique la posterior exigencia de compensaciones de carácter económico.
- Demanda un amplio campo de autonomía, tanto personal como del colectivo en su conjunto, cuyo correlato es asumir las responsabilidades inherentes al desarrollo de la actividad.

Ante esta variabilidad, no se logra en su totalidad el status como profesión en el campo laboral; sin embargo, ninguna ocupación tiene un futuro de profesionalización tan esperanzador como la enfermería (Gracia, 1992).

Como actividad profesional joven y con grandes problemas para organizarse dentro del proceso de profesionalización<sup>4</sup>, la enfermería ha recorrido este camino con avances rápidos y espectaculares, en algunas fases con mayor éxito y siempre en una lucha de espacios, de poder y de identidad.

En México, pasa por un periodo de transición prolongado para lograr la profesionalización de Enfermería, que permita presentar a la sociedad la organización, procedimientos y garantías que tiene cualquier profesión y asegurar que toda persona identificada como enfermera, tenga los conocimientos, capacidades y cualidades para desempeñar un servicio profesional de calidad (Salas, Rubio y Zarate, 2002) y los participantes en los programas académicos de profesionalización dan cuenta de ello.

## ¿Qué hacen las enfermeras en el ejercicio profesional?

El cuidado ha estado vinculado a enfermería y se constituye como el objeto del saber y del quehacer principal. Su saber lo utiliza con el propósito de ofrecer un servicio esencial a la gente: el de cuidar su vida y promover las potencialidades para lograr la salud.

El Consejo Internacional de Enfermeras dicta que las enfermeras en su ejercicio profesional tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento (CIE, 2006). Su trabajo lo realizan con respeto de los derechos humanos (derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad sin importar edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social). Además prestan sus servicios a individuos, familias y comunidades o colectividades coordinándose con otros grupos relacionados.

Por otro lado, Meleis y Trangenstein (2010) no están tan seguras que el cuidado sea el único fin de la enfermería, sino de que las enfermeras también se ocupan de:

- Los principios y leyes que gobiernan los procesos de la vida, del bienestar y el óptimo funcionamiento de los seres humanos sanos o enfermos.

- Los patrones de comportamiento humano en interacción con el entorno en eventos de la vida normal y en situaciones críticas de salud.
- Las acciones y procesos que facilitan cambios positivos en el estado de salud cuando éste es afectado.
- La integridad de la salud humana comenzando por reconocer que esa integridad está en continua interacción con su entorno y que es posible construir condiciones de vida saludables.

Muchas enfermeras están de acuerdo con los deberes y ocupaciones que son el deber ser, pero al institucionalizarse la salud y la enfermedad, las áreas del ejercicio profesional se han limitado al espacio hospitalario con un sistema profesional de asalariados que no les permite moverse en este contexto o decidir su hacer profesional.

Esto se debe al proceso de trabajo, entendido como la forma histórica y social de organizar la actividad laboral, conjuga recursos de orden financiero, material, tecnológico y humano. El proceso de ofrecer servicios de salud en general y de enfermería en particular, se inscribe en un medio institucional que lo condiciona mediante múltiples determinaciones; entre otras, la calidad, la cantidad y las modalidades de distribución de los recursos, así como el grado de complejidad de los problemas de salud que se deben atender; las relaciones científico-técnicas, políticas y afectivas derivadas de la distribución social de saberes, poderes y formas de comunicación interpersonal. Sobre todo porque el proceso de trabajo en la salud está organizado alrededor de dos ejes básicos: el control de la enfermedad a escala social y la recuperación de los enfermos a nivel individual (Castrillón, 1997).

Los dos procesos anteriores son muy complejos debido al uso intensivo de trabajo humano, donde se hace necesaria la interrelación de personas con una serie de valores, símbolos, representaciones y poderes frente a la salud, la enfermedad, la vida, la muerte y las identidades profesionales, factores que se han acumulado hasta conformar una compleja cultura organizacional.

Las pautas de distribución están determinadas por quienes contratan enfermeras (hospitales, industrias, escuelas, comunidad, médicos, entre otros) lo que hace que su desempeño dependa de una situación contractual. El punto positivo de la globalización es que ha motivado la creación de nuevos modelos en los servicios de salud, y para enfermería, ha significado el sensibilizarse a los avances que ha tenido durante el siglo XX a nivel mundial pero también a visualizar las debilidades que existen en materia de profesionalización, acreditación, certificación, vinculación docencia-servicio, investigación, entre otras.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), el sistema de salud y el equipo interdisciplinario de salud reconocen el trabajo que realizan las enfermeras en los hospitales sobre todo, si se considera que las enfermeras representan poco más del 60% de toda estructura hospitalaria. Sin embargo, una cosa es que se conozca y la otra que se valore o reconozca por las instancias que toman decisiones en la medida en que subyacen asuntos de género, de autoridad, de poder y económicos.

Siguiendo con la descripción de la labor de las enfermeras en la práctica, es común

que realicen una gama de actividades-producto de dos tipos:

- Las que se refieren a su objeto de estudio, es decir, ofreciendo el cuidado al ser humano. Su formación y las características propias de la profesión hacen que actúen con humanismo, lo que implica empatía y preocupación por el paciente.
- Las acciones técnicas para satisfacer las necesidades de las personas incluyendo educación para la salud, la administración y gestión del cuidado y, aunque en mínima proporción, realiza investigaciones. Estos tipos de actividades son las que privilegian el ejercicio profesional porque es visible y medible.

Esta aparente imprecisión de funciones, es lo que les lleva a realizar actividades que no le corresponden y rebasan lo que podría considerarse el objeto y delimitación de su campo laboral. Esta problemática hace que los empleadores consideren el trabajo de enfermería más como “mano de obra” (además, barata en términos económicos) con la consiguiente depreciación del ser y del saber de enfermería. Las actividades de promoción a la salud, prevención de la enfermedad y alivio al sufrimiento son poco significativas y subutilizadas por los empleadores no así por las personas cuidadas y por las mismas enfermeras que terminan siendo fuentes de satisfacción.

Al mismo tiempo las instituciones educativas no logran ponderar en qué medida deben preparar a los egresados para contender con un mercado de trabajo que sólo exige rendimiento laboral, más que productividad profesional y es así que los planes de estudio quedan desvinculados con respecto de las condiciones de trabajo que se mueve por el marco económico y político del país e incluye las relaciones de producción y utilización de bienes y servicios.

¿Cuál es la propuesta para el ejercicio profesional en la actualidad? Los grupos de enfermería a nivel mundial están promoviendo que cuidar la salud y la vida de los seres humanos sea el ser de enfermería en los diversos sistemas de salud. Mucho de esta tendencia se debe al mercado de la salud que empieza a ser objeto de remuneración y factor de negociación contractual. Esta situación tampoco es inocua pues se pretende modificar la filosofía del ejercicio profesional en tiempo muy corto, sin que las instituciones de salud afronten el cambio de escenario para un ejercicio profesional que favorezca el crecimiento de la enfermería en función de los valores que en la actualidad persigue la sociedad. Por ello los retos y desafíos tienen estas vertientes:

- En la clínica, se debe reasumir la función de cuidador, con intervenciones que demuestren calidad científica y humanización del cuidado profesional en un ejercicio independiente, sobre todo el dirigido al cuidado en el hogar. Es necesario redefinir la dimensión de los cuidados prolongados y paliativos, para sociedades donde el perfil demográfico de los ancianos está en aumento, con sus características epidemiológicas específicas. En los procesos de acreditación de las instituciones de salud debe incluirse la calidad del cuidado de enfermería y dentro de éste los mínimos que los profesionales requieren para prestar cuidados continuos y especializados, y por supuesto, construir los indicadores de la calidad del servicio de enfermería.

- En salud pública, se requieren profesionales que lideren proyectos de desarrollo social con una actitud ética. Es necesario tomar la iniciativa para tomar la delantera con proyectos en modelos de gestión, de atención, de organización administrativa y considerar el valor social y económico de los servicios que ofrece la enfermera. Exigir la acreditación de los conocimientos y prácticas.
- La formación debe fundamentarse en la investigación y en la realidad de los servicios de enfermería para transformar los modelos tradicionales, en un esfuerzo conjunto de enfermeras de servicio, enfermeras formadoras y enfermeras investigadoras mediante el acceso a un proceso de educación permanente. Al mismo tiempo, es imprescindible acercar los “mundos” académico y asistencial buscando crear un puente que acorte y dirima las diferencias profesionales, que fortalezca y potencie los beneficios hasta ahora alcanzados, con lo que podrían lograrse algunas reivindicaciones laborales, así como un nivel de identidad y cohesión profesional desde la óptica de enfermería.

Como se puede observar, no es suficiente con aceptar que el cuidado sea el objeto de la disciplina y de la *praxis* en enfermería. Es necesario modificar de manera substancial la manera de pensar, de ser y de hacer enfermería privilegiando que los saberes y prácticas se inserten en el mercado laboral de manera oportuna y efectiva, estableciendo criterios epistémicos, ontológicos y sociológicos que generen identidad y cohesión del grupo profesional de enfermería.

Es imprescindible, que para poder actuar con criterio profesional, elaborar una fuerte argumentación conceptual, trabajar sobre el objeto epistémico y profundizar en las tres dimensiones cuya comprensión es esencial para enfermería:

- El **ser** que se refiere al *ethos*, a su indagación filosófica, al humanismo.
- El **saber** que tiene que ver con la claridad teórica y metodológica, con el conocer.
- El **hacer** o quehacer que se relaciona con el ejercicio profesional y que tiene su origen en la prestación de un servicio a la población.

## CUESTIONES PARA DISCUTIR

1. ¿En qué sentido enfermería es una vocación, una ocupación o una profesión?
2. Anote tres actividades que realiza en un día cotidiano y describa por qué las hace.

Reflexione:

- a) ¿Son actividades de cuidado?
- b) ¿Son actividades profesionales?
- c) ¿Son necesarias para la persona?

## REFERENCIAS

- Carper B. (1978) Fundamental patterns of knowing in nursing *Advances in nursing Science*, 1(1);13-23.
- Colegio San Ignacio de Loyola (2012) Sentido y necesidad de la filosofía en <http://www.colegiosanignacio.edu.pe/abps/abp1-5/saberfilosofico1.html> [consultado el 18 de julio del 2013].
- Curtin LL 1979. The nurse as advocate: a philosophical foundation for nursing. *Advances in Nursing Science* 1(3):1-10.
- Castrillón, María Consuelo (1997). *La Dimensión Social de la Práctica de Enfermería*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Deleuze Gilles y Guattari Félix (2001) ¿Qué es la filosofía? Colección Julio Vivas 6ª ed. Barcelona: Anagrama Trad Thomas Kauf de la edición original *Qu'est-ce que la philosophie?* París:Minuit. 1991.
- Freidson Eliot. La teoría de las profesiones. Estado del arte. *Perfiles Educativos* 2001. Vol XXIII, no. 93. UNAM: México.
- Gracia Guillen D (1992). Desarrollo, aportación e imbricación de la enfermería en el avance tecnológico. Jornada Nacional de Investigación en Historia de la Enfermería: "La enfermería en el siglo XX". De oficio a profesión, los momentos del cambio. Seminario Permanente en investigación en Historia de la Enfermería, E.U.E. F. y P. y Departamento de Enfermería de la U.C. de Madrid
- Leddy Susan, Pepper J Mae (1989). Bases conceptuales de la enfermería profesional. *Perspectivas filosóficas en la educación y práctica de enfermería*. OPS: Washington 21-23.
- Meleis Afaf, Trangenstein Patricia (2010). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. In: *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company:New York.
- Müller Marina (2004). ¿Qué es la orientación vocacional? En *Descubrir el camino. Nuevos aportes educacionales y clínicos de orientación vocacional*. 2ª edición. Argentina: Bonu.
- Parsons T (1967). *Ensayos de teoría sociológica*, Buenos Aires: Paidós.
- Poder Ejecutivo Federal (2010). Artículo 24 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal en [http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/f74e29b1-4965-4454-b31a-9575a302e5dd/ley\\_reglam\\_art5\\_ejerc\\_prof\\_df.htm](http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/f74e29b1-4965-4454-b31a-9575a302e5dd/ley_reglam_art5_ejerc_prof_df.htm) [consultado el 15 de junio del 2013]
- Wilensky HL (1964). The professionalization of everyone? *American Journal of Sociology*, N° 70.

## Notas

- <sup>1</sup> El gusto filosófico es el amor por el concepto bien hecho, llamando «bien hecho» no a la elaboración del concepto en sí, sino a una especie de relanzamiento, de modulación en la que la actividad conceptual carece de límites en sí misma.
- <sup>2</sup> No todo el conocimiento es científico. La filosofía extrae de las opiniones (*doxa*) un "saber" que las transforma, buscando una forma de medir el valor de verdad de las opiniones o seleccionando unas –más sabias que otras– o bien determinando qué parte le corresponde a cada cual.
- <sup>3</sup> La responsabilidad es la condición o cualidad de la persona libre y consciente del valor de sus actos y conducta, que como autor o causa de ellos está obligado a responder ante su propia conciencia y ante la sociedad. Debe interpretarse como una obligación conformada por el deber de cumplir y la sujeción –responsabilidad– derivada del incumplimiento.
- <sup>4</sup> Constituido por: a) aparición de una cierta actividad laboral como ocupación a tiempo completo dada por una demanda de la sociedad; b) aparición de instituciones para la formación especializada; c) nacimiento de asociaciones profesionales; d) conquista de la ley de protección de la actividad profesional y e) elaboración de un código ético formal (Wilensky, 1964; Hernández, Del Gallego, Alcaraz y González, 1997).

## 1.2 LA LÓGICA DEL PROCESO DE CUIDADO

### Antes de comenzar

- ¿Qué es el cuidado?
- ¿Por qué el cuidado es una práctica compleja?
- ¿Por qué en la práctica se aborda el proceso salud-enfermedad?

Es indudable la inquietud, el asombro y el desconcierto que se experimenta cuando se intenta hacer una aproximación sobre las bases teóricas y filosóficas que sustentan el cuidado, razón de ser de la enfermería, y se mira retrospectivamente el origen, la historia y la práctica actual de la profesión. Pero sobre todo, se genera una sensación de inconformidad cuando se percibe cómo a través de su evolución y desarrollo se ha ido desdibujando, deshaciendo la identidad propia, hasta el punto de convertirse en muchos casos, sobre todo en el área hospitalaria, en el conjunto de actividades médicas delegadas, realizadas bajo una directriz curativa y simplista.

Por ello, las enfermeras requieren retomar el cuidado a la salud y a la vida como las más altas manifestaciones del espíritu humano. Definición que le otorga en opinión de la autora, una amplia connotación social, un alto grado de compromiso con el proceso dinámico salud-enfermedad y, sobre todo una gran trascendencia con el ser humano, razón de esta profesión.

La enfermera competente en su quehacer profesional, debe tener una gran capacidad de **cuidar y dar cuidado a la salud y a la vida humana como valores centrales**, en un sentido amplio y dinámico, con capacidad de tomar decisiones, de administrar, organizar y dirigir a otros individuos o grupos de personas; con capacidad de líder visionario que se preocupa por dar una nueva forma a los conceptos salud-enfermedad y a las instituciones de salud, de tal manera que se den en beneficio de la colectividad.

Siendo así, y para lograr estos propósitos, los profesionales de enfermería no se apartan de los contextos tradicionales en donde se lleva a cabo la práctica ni rompe con las actividades y acciones que cotidianamente desarrollan. Lo que se pretende es dar congruencia a las acciones del trabajo cotidiano con los valores que sustentan la práctica de enfermería como son la ayuda, la compasión, la confianza, la fineza con las actividades técnicas siendo coherentes entre el ser, el pensar y el hacer como práctica compleja.

### ¿Qué es el cuidado?

El cuidado es difícil de definir porque es una condición básica enraizada en la naturaleza humana, sin embargo, se presentarán algunas conceptualizaciones que sirven para comprenderlo en lo global y concretarlo en las razones por las cuales se pretende que sea la esencia de la enfermería.

Cuidar más que un acto, es una actitud, es un modo de ser y como tal, llena toda la

existencia humana; se expresa en determinados momentos y se hace particular a través de comportamientos concretos como el amor, la justa medida, la ternura, la caricia, la amabilidad, la convivencia y la compasión. Significa también desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, delicadeza (Boff, 2002). El cuidado es una actividad humana de ayuda mutua, que promueve el crecimiento, la autorrealización y tiene una dimensión ética y moral (Noddings, 2003).

Cuidar es una actividad humana que tiene muchos aspectos invisibles e intangibles. El cuidado ha tendido a permanecer oculto, poco reconocido y con escaso prestigio social. Cuidar plantea la paradoja de que su presencia se hace patente cuando está ausente, es decir, lo que se nota es su falta o carencia (De la Cuesta, 1998).

La relación de cuidado es un compromiso del yo para con el otro y con el todo o cosmos. Se caracteriza por su no linealidad, es un proceso energético, tiene movimiento, es dialéctico, es luz y oscuridad, pues así como existe el cuidado, existe el no cuidado (descuido) (Waldow, 2008).

Desde una visión humanista, la interacción subjetiva que el cuidado es, supone diálogo y construcción de significados compartidos, pero sobre todo respeto. Cuidar es una actitud antropológica antes que una técnica: el que la adopta no debe irrumpir de manera agresiva en la realidad del otro

Cuando se denomina al cuidado como “una relación dialógica “yo-tú”, no es instrumental; su sentido radica en sí misma; en el acto humano que denota, supone el encuentro entre personas en una relación intersubjetiva que ocurre en un tiempo y espacio y con una finalidad determinada. Los encuentros entre la persona enfermera y la persona cuidada son experiencias que actúan como catalizadores para la elaboración y reconstrucción de la personalidad humana (Patterson y Zderad, 1990).

Cuando se habla del cuidado que caracteriza a enfermería, se enfatiza que éste debe ser una experiencia vivida, comunicada con intención, en una presencia auténtica a través de una interrelación persona a persona, la cual es vivida en el momento. Roach (1993) categoriza el cuidado en cinco “C” (cuadro 1-3):

Cuadro 1-3. Las cinco “C”	
Compasión	Relación vivida en solidaridad con la condición humana; comparte alegrías, tristezas, dolores y realizaciones. Abarca un simple y no pretencioso modo de estar presente, permanecer unos con otros; agrega la necesidad de enfatizar el ingrediente humanizador, es decir, la compasión en el mundo cada vez más frío e impersonal de la ciencia y la tecnología
Competencia	Estado de tener el conocimiento, el juicio, la habilidad, la energía, la experiencia y la motivación necesarios para responder a las demandas de las responsabilidades profesionales. La competencia sin compasión es brutal e inhumana; la compasión sin competencia es una intrusión inexpresiva, muchas veces perjudicial
Conciencia	Es el estado de conocimiento moral. Cuidar es <i>per se</i> un valor que abarca la afectividad espiritual por lo que se debe visualizar en el plano intencional, deliberado, significativo y racional
Confianza	Cualidad de promover aquellas relaciones en las que se sienten seguras las personas. Seguridad y confianza es igual a respeto
Compromiso	Es una respuesta afectiva compleja donde convergen deseos y obligaciones en donde debe haber concordancia con ambos

Por su parte Halldorsdottir (1991) describe cinco modos en que se produce el cuidado y el no cuidado (descuido) que influyen de manera importante en la experiencia del ser enfermera pues se sabe que las experiencias de descuido son más recordadas (cuadro 1-4).

Cuadro 1-4. Los cinco modos en que se produce el cuidado y el no cuidado	
Biocidio (vida-destrucción)	Una persona despersonaliza a la otra, destruye su alegría de vivir y aumenta su vulnerabilidad. Causa sufrimiento, depresión y se transfiere energía negativa. Forma severa de indiferencia, forma inhumana. Se manifiesta situaciones de dependencia y carencia, sentimientos de impotencia, de pérdida y de ser traicionados por aquellos que se creía iban a cuidarlo. En el extremo, causa sentimientos de alienación y pérdida de la identidad, se siente devaluado y su vulnerabilidad aumenta
Bioestatico (vida-represa)	Se afecta a la persona a través de la represión, interferencia o desorden de la energía. Implica insensibilidad o indiferencia provocando aislamiento y ansiedad. Hay imposición de la voluntad, dominación y control. Las personas perciben que no importan y que son un fastidio por lo que no piden ayuda
Biopasivo (vida-neutralización)	Ocurre cuando no existe interés en el otro y no se provoca ningún efecto en la energía vital del otro. Hay falta de iniciativa y la persona percibe algo destructivo. Se crea sentimiento de soledad, de ausencia, de contacto. Hay una visible desatención porque la enfermera está ocupada en su rutina y tareas. No existe compromiso para cuidar
Bioactivo (vida-sustentación)	Abarca la benevolencia, disposición, atención genuina, preocupación, consideración y afecto. Las actitudes de reconfortamiento, aliento, consuelo y sostén son importantes. Perciben a la enfermera habilidosa, conocedora de sus tareas y comprometida en dispensar cuidados personales, sabiendo defender la dignidad e integridad de las personas. La competencia y la humanidad están ligadas al cuidado. Esta actitud es la que se denomina <b>cuidado profesional de enfermería</b>
Biogénico (vida-donación)	Se promueven sentimientos de confianza y de relación enfermera-persona (relación terapéutica). La apertura y transferencia de energía positiva predominan y afectan al otro de modo profundo. Éste es el <b>cuidado basado en el amor restaurador</b> que permite la expresión de la conciencia, desarrollando la libertad espiritual. Existe el respeto por el ser, se reafirma su dignidad. Los encuentros de cuidado en que existe una relación de proximidad, confianza y aceptación se produce crecimiento, esperanza y amor

¿Cuáles de ellos se practican? ¿cuál se promueve en los servicios de salud? Para los profesionales de enfermería es obvio que realizan labores y actividades de gran importancia para el bienestar de las personas y para el desarrollo de los servicios de salud pero tienden a pasar inadvertidos por las características antes mencionadas. Así, a la actividad preponderante que realizan las enfermeras, al cuidado, se le ha denominado de diversas formas y se ha constituido como una actividad invisible e intangible, por lo que Graham le ha llamado: trabajo de amor, trabajo sentimental, trabajo de esperanza, de quehacer emocional y en el campo de la atención primaria, de creación de contextos (De la Cuesta, 1998) reconocerlos puede contribuir a que durante el ejercicio profesional sean precisamente visibilizados, materializados. Las formas de trabajos invisibles mencionados, tienen en común que consumen tiempo y producen desgaste físico y emocional en los profesionales.

Tal como lo considera Collière (1993) entender la actividad profesional de enfermería como los **cuidados de enfermería** se vuelve un tema de carácter universal y multidimensional, aunque se singularice en cada cultura; es un tema en el que se entrecruzan saberes, poderes y decisiones, puede ser asociado a la aplicación técnica y es implícito porque se relaciona con hábitos de vida, creencias y valores.

Leininger (1991) por su parte, cuando realizó los primeros intentos por sistematizar y clarificar conceptualmente la noción de cuidado, describió tres tipos: **cuidados genéricos, cuidados profesionales y cuidados profesionales de enfermería**. Diferenciar estos tipos de cuidado puede contribuir a facilitar la comprensión de que los cuidados de enfermería como actividades diferenciadas de los cuidados familiares (genéricos) o de los cuidados que ofrecen otros profesionales de la salud (profesionales). Los cuidados profesionales de enfermería deben ser acciones intencionadas, fundamentadas en un cuerpo de saberes que son enseñadas y aprendidas a través de una formación académica-profesional además de formar el espíritu profesional para ofrecer

atención a los pacientes.

Por otro lado, Watson (1992) afirma que el fundamento filosófico del cuidado está constituido por **acciones transpersonales e intersubjetivas que buscan: proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a encontrar un significado a la enfermedad, al sufrimiento, al dolor y a la existencia y ayudar al otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración** y todo ello radica en la forma particular en que construyen una relación dialéctica compartiendo lo que denomina un campo fenoménico o **aquel ámbito donde dos personas se hacen presentes con su singularidad y su biografía y crean una experiencia compartida que llegará a formar parte de la historia de vida de ambos y que influirá en el futuro** (Medina,1999)

En sus palabras, es fascinante recordar que **el cuidado humano en enfermería, no es sólo una emoción, un interés, una actitud o un deseo benevolente. La atención lleva consigo una respuesta personal. La atención incluye valores, un deseo y una promesa de cuidar, conocimientos, acciones de atención y consecuencias. Todo lo del cuidado humano está relacionado con las respuestas humanas intersubjetivas a las condiciones y al conocimiento de salud-enfermedad; interacciones de la persona-entorno, conocimiento del proceso de enfermería; autoconocimiento y al conocimiento del poder de uno mismo y sus limitaciones** (Watson, 1992).

Cuidado de enfermería significa encargarse de proveer bienestar integral a la persona, proteger y mantener la salud, respetar los sentimientos y los derechos de la persona que se cuida. Por todo lo anterior, cuidar es un fenómeno social y cultural, una ciencia social y humana que necesita preparación y conocimiento y sobre todo experiencia de trabajo de campo. Para cuidar hay que desarrollar el esmero de cuidar a los otros; cuando se aprende a cuidar, a respetar y a reconocer a los otros seres humanos insertos en cada cultura incluyendo la propia, se genera una relación terapéutica en la que la persona cuidada y el cuidador salen beneficiados.

## ¿Por qué el cuidado es una práctica compleja?

En la práctica profesional en ocasiones se actúa conforme el tipo de enseñanza, tal vez por modelación en la práctica institucional, en el paradigma de la simplicidad donde la naturaleza es estática, las verdades son inamovibles y se usa la racionalidad técnica (modelo hegemónico impuesto por el sector salud) y no en el cuidado a la salud y a la vida de las personas. El cuidado como se ha expuesto, es un fenómeno social y cultural; aplicarlo en la realidad es complejo, debido a que es multidimensional, construido a partir de innumerables relaciones entre personas, prácticas, instituciones y saberes; además es abierto, no lineal, dialéctico, dual al tiempo, unitario y antagónico a la vez complementario, es decir, ordenado y desordenado, en una palabra complejo (Vilar, 1997).

El tipo de práctica profesional –simplista y reduccionista–, que se privilegia en los servicios de salud, cuestiona la finalidad del acto del cuidado e impide comprender los objetivos, las políticas y los métodos unidos de la profesión. Al cuidado de enfermería se le ha entendido como un medio instrumental para lograr los objetivos del sector salud y

no como la manifestación de los valores que otorga el carácter de profesionales del cuidado.

Cuando se habla de bienestar físico o psíquico, autocuidado, independencia, autonomía o apoyo social y se toman como finalidades del proceso de enfermería, no se refieren a la serie de criterios reguladores para justificar el valor práctico de las propias acciones. Por ejemplo, cuando el objetivo es que la persona logre su autonomía lo más pronto posible, se formula una serie de principios de procedimiento que sirven para identificar qué medios son admisibles y cuáles no, es decir, se llega a comprender la importancia de incorporar los intereses, motivaciones y contextos de la persona para que logre dicha autonomía. Existe conciencia de que una transmisión unidireccional acerca de dietas o estilo de vida no sería el medio adecuado por más que la información sea acertada. Esta técnica informativa es inadmisibles para conseguir su autonomía porque la persona no es protagonista de su salud y porque se llega a olvidar que una obediencia absoluta –respecto a los consejos e indicaciones de salud–, le impide adquirir ciertas nociones del porqué de su comportamiento y de cómo se produce un proceso de salud, sobre todo el suyo. En todo caso se le ayuda a su dependencia y al alejamiento de la autonomía.

¿En dónde está realmente el fundamento de la complejidad de la práctica? En que el acto de cuidado ocurre mediante un proceso de comunicación. Lo especial de la interacción humana que el cuidado supone es el proceso de comunicación donde intervienen deseos, intereses, motivaciones, expectativas e interpretaciones tanto de la enfermera como de la persona cuidada. Entonces, el proceso de cuidado, es un espacio social de comunicación e intercambio dinámico, un sistema vivo donde sus elementos se definen en función del intercambio y el sistema se configura como consecuencia de la participación activa, y en parte autónoma, de los elementos que participan en la comunicación. La adecuación de las decisiones y planes de acción seleccionados (intervenciones o cuidados) se determinan por los significados que les otorguen los participantes.

La práctica entonces, tiene lugar en espacios comunicativos en los que las interpretaciones son múltiples y a menudo conflictivas, donde existen diversas orientaciones y expectativas de valor, saturados de indeterminación y ambigüedad. Esta variabilidad constante no se puede eliminar con la aplicación de reglas o prescripciones estables que en muchas ocasiones ofrece la racionalidad técnica (planes de cuidado). Y por supuesto, no desdeñamos la utilidad de un plan para ofrecer el cuidado, sino que se debe actuar con precaución porque en la práctica se puede caer en la trivialidad, en la rutina y a veces en la redundancia sin ayudar a resolver los problemas de salud de las personas, limitándonos a actuar de manera superficial en el flujo de los acontecimientos.

También el contexto en donde se realiza la práctica influye en la indeterminación y ambigüedad de las acciones que se realizan. No es lo mismo tomar decisiones y actuar en servicios de enfermería especializados como una terapia intensiva (la persona puede estar inconsciente y la enfermera toma las decisiones de cuidado) a comunidad abierta (donde las personas detentan el mismo poder de darse cuidado que las ofrecidas por las enfermeras) por ello, en la práctica profesional se desarrolla incertidumbre, ambigüedad

y apertura regulada por una normatividad ética y desarrollada a través de procesos deliberativos (juicios) de comprensión de los participantes. Además la complejidad de la práctica aumenta debido al alto nivel de acciones éticas y políticas.

Hay que estar atentos a que una práctica, desde la lógica de la simplicidad puede conducir al debilitamiento y negación del pensamiento complejo y a la pérdida de la identidad profesional porque se sustituye, cuando no se elimina, todo conocimiento y saber práctico por una serie de habilidades y reglas técnicas justificadas por el discurso y no por su relevancia para la práctica. ¿Cómo superar la simplificación de la práctica?

- Sensibilizando a la enfermera sobre la base filosófica del cuidado.
- Clarificando que el cuidado es una actitud, una cuestión ética no una técnica.
- Que el cuidado es una relación entre seres humanos que incluye las cinco “C”: compasión, competencia, conciencia, confianza y compromiso.
- Comprender que el cuidado es una práctica compleja multi e interrelacionada.
- Desarrollar proyectos de cuidado utilizando elementos provenientes de campos como la física cuántica, la biología molecular, la antropología cultural, la neurociencia o la ecología global (Capra, 1998) que alimentan el paradigma de la complejidad (Morin, 1984).

## ¿Por qué en la práctica se aborda el proceso salud-enfermedad?

Aunque el fin de la enfermería sea al cuidado a la salud y a la vida, no se puede diferenciar del proceso salud-enfermedad, que como proceso social, va junto con la práctica profesional. Estos conceptos son interdependientes, los cuales en un ritmo dialéctico, tienden a acercarse o alejarse ya sea de la salud, o de la enfermedad según el servicio del sistema de salud.

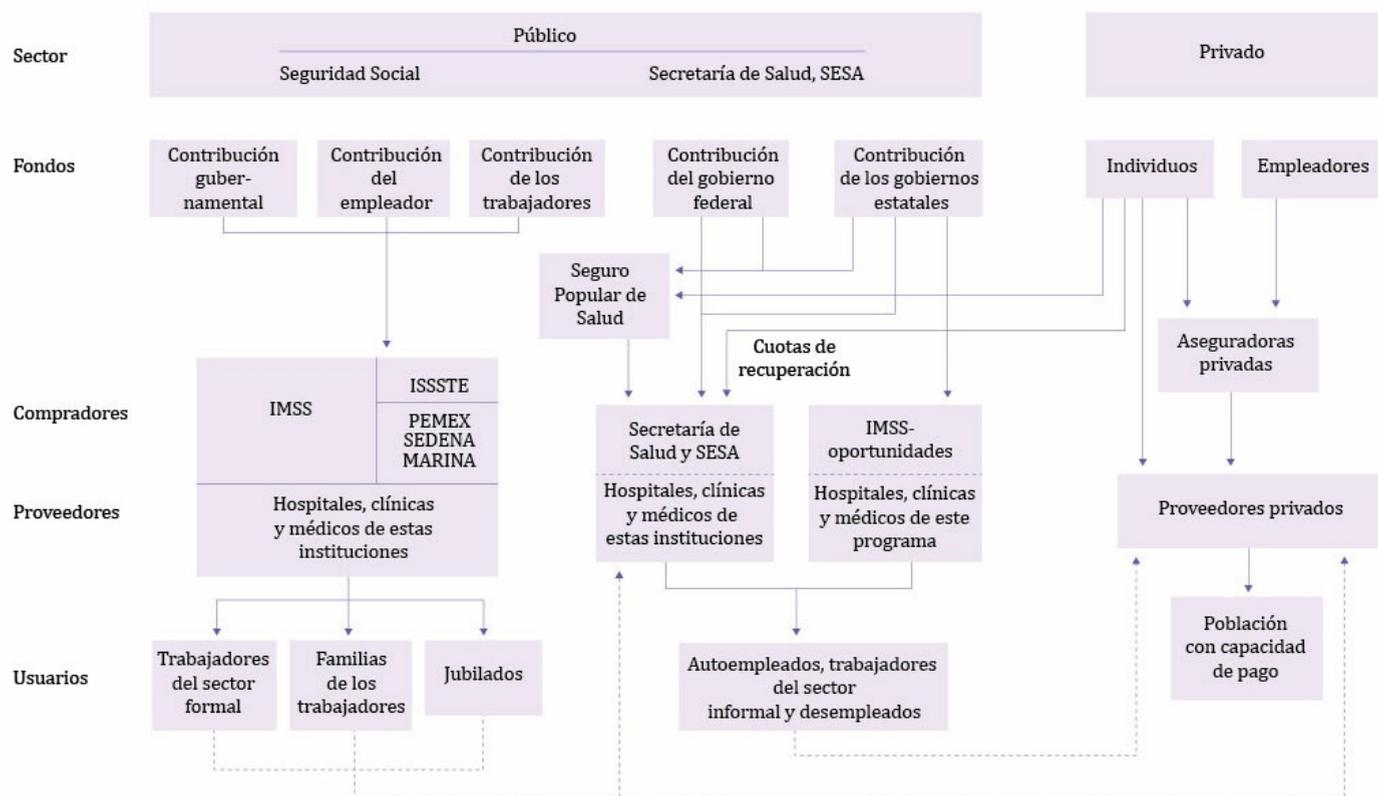
Los modelos explicativos de salud-enfermedad se han construido o reconstruido de acuerdo a la época y la dinámica de la sociedad y orienta cómo la enfermera debe actuar en el cuidado del paciente. Se clasifican en:

- Según sus componentes:
  - a) Simples.
  - b) Complejos.
- Según los factores participantes:
  - a) Endógenos.
  - b) Exógenos.
- Según la causalidad:
  - a) Causa única (unicausales).
  - b) Causas concurrentes (multicausales).

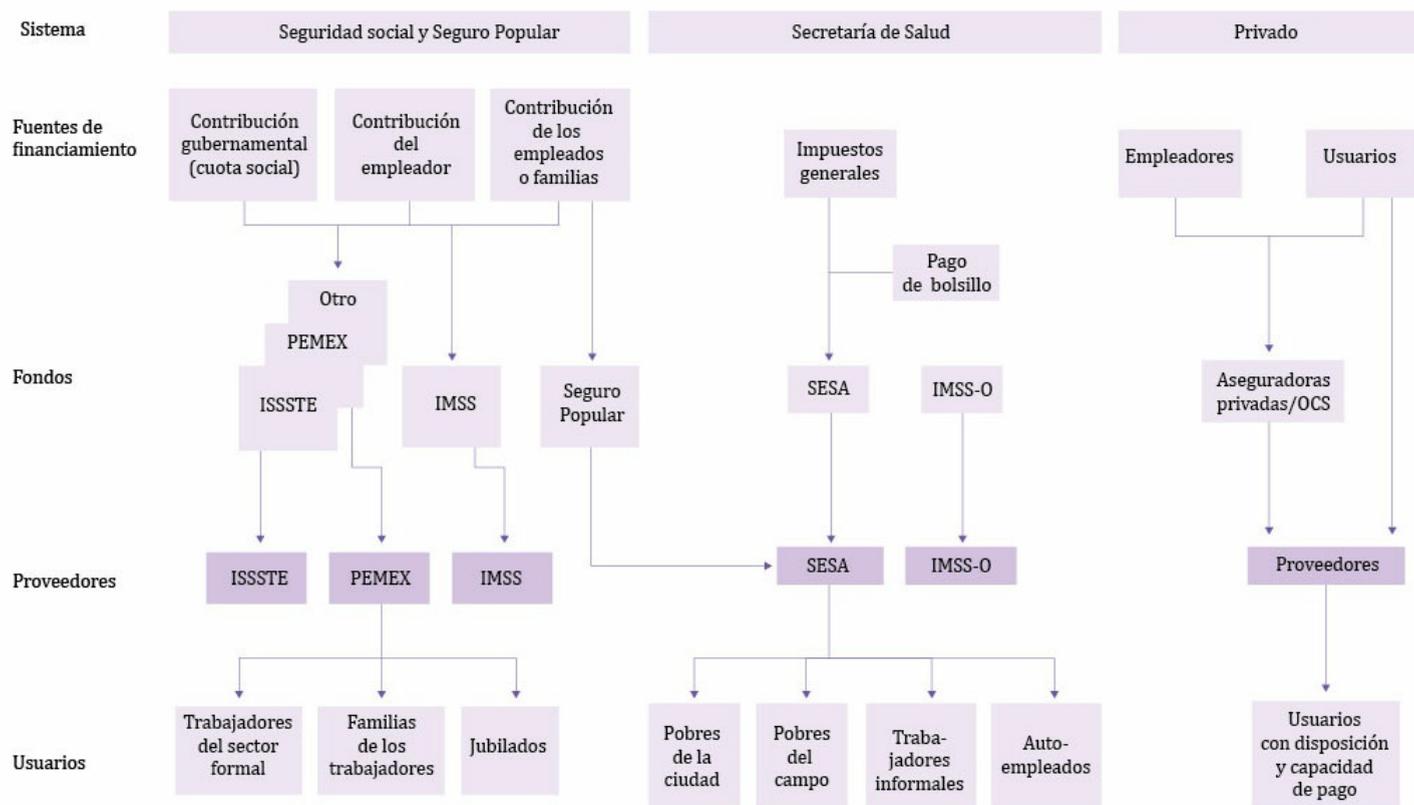
Entonces se tiene que cada grupo social:

- Nace, enferma y sana de un modo particular (cosmovisión).
- Utiliza estrategias individuales o colectivas para resolver sus padecimientos coherentes a su concepción de la salud y la enfermedad.
- Las posibilidades de resolver la salud y la enfermedad se rigen y regulan por las posibilidades socioeconómicas y culturales de cada grupo social.

Por lo tanto aunque el sistema de salud proponga un modelo para atender la salud-enfermedad, es difícil para todos (población y trabajadores del sector salud) ofrecer los servicios de la misma forma. Es necesario señalar que los cambios político-económicos generan modificaciones en las condiciones de salud o enfermedad y con ello se reorientan también las formas de intervención lo que vuelve a traer a colación el paradigma de la complejidad. En las figuras 1-1 y 1-2 se muestra el sistema de salud en México modificado en un tiempo muy corto tratando de resolver los problemas de salud.



**Figura 1-1.** Modelo de salud antes del 2011. Gómez Dantés, Octavio, Sesma, Sergio, Becerril, Victor M, Knaul, Felicia M., Arreola, Héctor y Frenk, Julio (2011) Sistema de salud de México. Rev Salud Pública Méx. Vol. 53(2):220-232.



**Figura 1-2.** Modelo de salud en 2013. Puentes-Rosas, Esteban; Góme-Dantés, Octavio; Garrido-Alatorre, Francisco. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. Rev Panam Salud Publica, Washington, v19, n.6, June 2006. Disponible en [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892006000600005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000600005&lng=en&nrm=iso). access on 17 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892006000600005>

Ahora bien, ¿qué significa tener un modelo de atención a la salud? La enfermería es una práctica social y profesional remunerada por lo que son necesario marcos jurídicos que ayuden a realizar este trabajo. Sin embargo, sí es necesario ejercer el cuidado, más que requerir un modelo o estrategia laboral, es necesaria una actitud profesional que les dé proyección a las enfermeras como profesionales del cuidado. Puesto que:

- El cuidado ha sido y es el componente más ignorado de la ayuda científica y humanista.
- El cuidado aun estando presente en el discurso de enfermería, no se considera en los escenarios de práctica como elemento central y fundamental de la enfermera, en particular en el ámbito comunitario.
- La creciente sociedad industrializada y su tecnologización trae como consecuencia el triunfo de la razón instrumental sobre la prestación de cuidados a la salud y a la vida, lo que conduce a disolver de manera intangible la práctica ancestral del cuidado.
- Las enfermeras y estudiantes de enfermería construyen esta noción a partir de reflexionar cómo el cuidado subyace en la práctica cotidiana, lo que significa interactuar en ese proceso interpersonal que en mejor de los casos se reconoce como parte de la naturaleza del trabajo profesional (Guillén, 2003).

En este sentido, pensar en la actualidad en las concepciones de salud-enfermedad-

cuidado, es comprender que las estrategias para garantizar las condiciones de salud son un proceso complejo, en el cual se mezclan las realidades del contexto social, de las necesidades del equipo, de las personas que requieren cuidado, de la política pública, de la educación, de la investigación y la gestión de los servicios, entre otros. Por lo tanto, es necesario comprender el proceso salud-enfermedad, el modelo de salud que ofrece el marco jurídico de actuación pero más que todo, promover ese conjunto de expresiones humanas que les otorguen a las enfermeras la característica profesional, visibilicen la filosofía, la organización del trabajo y aporten el panorama de las necesidades e individualidades de personas.

## CUESTIONES PARA DISCUTIR

1. Anote un ejemplo de lo que hace o pudiera hacer en la práctica profesional respecto a la compasión, la competencia, la conciencia, la confianza y el compromiso.
2. Anote un ejemplo de lo que hace o pudiera hacer en la práctica profesional respecto a cada uno de los modos en que se produce el cuidado y el no cuidado (descuido): biocidio, bioestático, biopasivo, bioactivo y biogénico.

## REFERENCIAS

- Boff Leonardo (2002). *El cuidado esencial. Ética de lo humano, compasión por la Tierra*. Madrid: Trotta.
- Capra Fritjof (1998). *La trama de la vida*. Barcelona: Anagrama
- Colliere M Françoise (1993). *Promover la vida*. España: Interamericana.
- De la Cuesta Carmen (1998). Contribución de la investigación a la práctica clínica de los cuidados de enfermería. La perspectiva de la investigación cualitativa en *Revista Enfermería Clínica*. Vol 8 no. 4. España.
- Guillén Rocío (2003). *Cuidar a la familia. Sentido que tiene para las enfermeras comunitarias*. Tesis de Maestría. Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México. México.
- Halldorsdottir (1991). Cit por Jarrin Olga F (2007). *An Integral Philosophy and Definition of Nursing*. School of Nursing Scholarly Works. Paper 47. [http://digitalcommons.uconn.edu/son\\_articles/47](http://digitalcommons.uconn.edu/son_articles/47) [consulta el 20 de junio del 2013].
- Leininger Madeleine (1991). *Culture care diversity and universality. A theory of nursing*. New York. National League of Nursing. No.15-2402.
- Medina José Luis (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería*. Barcelona: Laertes/Pedagogía.
- Morin Edgar (1984). *Ciencia con conciencia*. Barcelona: Antrophos.
- Noddings Nel (2003). *O cuidado: uma abordagem feminina à ética e à educação moral*. São Leopoldo: Unisinos.
- Patterson J, Zderad L (1990). *Enfermería humanística*. México: Limusa.
- Roach S (1987). *The human Act of Caring: A blueprint for the health professions*. Ottawa: Canadian Hospital Association.
- Vilar S (1997). *La nueva racionalidad: comprender la complejidad con nuevos métodos transdisciplinares*. Barcelona: Kairós.
- Waldow Vera Regina (2008). *Cuidar: expresión humanizadora de la enfermería* (trad Daniel Ferrero y Estela Juen) México: Nueva Palabra.
- Watson Jean (1992). *Filosofía y teoría de los cuidados humanos en enfermería de Watson en J. Rhiel-Sisca. Modelos conceptuales de enfermería*. Barcelona: Doyma.

## 1.3 EL SER Y LA RESPONSABILIDAD ONTOLÓGICA

### Antes de comenzar

- ¿Ser o deber ser?
- ¿Cuál es la esencia del ser enfermera?
- ¿Cómo se llega a ser enfermeras?
- ¿Qué es la responsabilidad ontológica?

Existe una gran diferencia entre el ser y el deber ser. Por un lado, el ser es ser humano con una naturaleza contradictoria pero por otro, es vivir y convivir en un mundo social. Esto lleva a que no se pueda ir por la vida haciendo, diciendo y actuando de forma libre, de manera anárquica.

La enfermera tiene otra parte que se refiere al ser y deber ser profesional, no ajeno a la concepción de ser humano pues al ser la enfermería una disciplina humanística, si algo la identifica es el desarrollo de su propia humanidad para ofrecerla a los otros. Es esta nueva concepción de humanismo tan necesitada en los servicios de salud. Así en el mundo, la forma de actuar de la enfermera está basada en la ética (lo correcto e incorrecto) y la moral (el deber).

### ¿Ser o deber ser?

Si la razón de ser en el mundo es ser seres humanos. Una de las principales preocupaciones de los filósofos es mostrar al ser humano (se nombra también como hombre) “tal como es” (Hirschman, 1978). Para comprender qué es un ser humano habrá que partir de un pesimismo antropológico como lo que expresa Kant (2004): con una madera tan torcida como es el hombre no se puede conseguir nada derecho y se entiende con esta metáfora, de la crueldad con que se trata a la misma especie y vuelve a decir: se figura que el tapiz humano se entreteje con hilos de locura.

No todo es pesimismo, también es posible ver lo que se construye en favor de los otros (avances en medicina, medios de transporte y comunicación, instituciones educativas, entre otros). Ante este panorama –capaces de hacer grandes males y grandes bienes–, es cuando se comprende que el humano no actúa por puro instinto (tal parece que lo que rige al ser humano en la vida son las pasiones), ni tampoco como racionales ciudadanos del mundo de ahí que surgan las crisis existenciales porque no se sabe cómo actuar ni qué concepto formarse acerca de la especie ¿por qué no se puede ser simple y llanamente seres humanos? Complejo ¿no? Veamos.

Los seres humanos no nacen siendo humanos, sino que sufren o pasan por un proceso de humanización (Savater, 1987). Se llega a ser humano a través de la socialización y la educación. Los seres humanos son los únicos sobre la tierra que pueden también ser inhumanos sin dejar de pertenecer a su especie. Extraño privilegio éste, que acompaña a esta condición.

Parece cierto que hay formas de vivir y de actuar que son más humanas que otras y que vivir de manera humana (el propio quehacer fundamental) no es algo automático o espontáneo; es una tarea en la que se puede tener éxito o fracasar. Lo mismo ocurre con la obligación de actuar de manera humana.

Los humanos son por naturaleza, contradictorios, antagonistas que se manifiesta en la insociable sociabilidad: inclinación a entrar en la sociedad pero también de aislarse y por su libre albedrío disponer de todo según le place. Kant argumenta: esa insociable sociabilidad es lo que puede permitir que los individuos acudan a su razón<sup>1</sup> como elemento regulador en sus relaciones (Serrano, 2004). Esta razón se manifiesta en las normas morales.

El mundo empírico (la experiencia, la vida cotidiana) no permite extraer principios universales para fundamentar la moral pues es claro que ni los talentos del espíritu — como el entendimiento, el ingenio, o la capacidad de juzgar—, ni los dones de la fortuna — como el poder, la riqueza, la honra y la salud—, son cosas buenas en sí, pues dependen de cómo se las use (Kant, 2007). Además, recurrir a la naturaleza para extraer de ella las leyes, sería tanto como determinar a través de ella el lugar y la función del ser humano en el mundo, cancelando con ello la libertad. No hay elementos reguladores, porque cuando parece que se está ante una generalidad, aparecen los contraejemplos; por ello se hace necesario acudir a la razón para encontrar ese principio que oriente las propias acciones en pos del bien: lo moral, el deber ser.

Guardar las normas civiles implica doblegar los impulsos inmediatos para obtener beneficios a largo plazo, de allí que la perspectiva a corto y largo plazo genere un conflicto en el interior del ser humano. Lo importante es no seguir las normas de civilidad de forma espontánea, sino ser obligados en el futuro por el hábito adquirido, y así sea posible moverse en la sociedad de manera natural ¡cómo seres humanos!

Por ello, se recurre a la razón para señalar que sólo en ella se puede fundamentar la moral, de allí que Kant sea tan importante en este sentido pues propone imperativos que son principios prácticos y objetivos que describen cómo manifestarse (Kant, 2007). Tienen un carácter constrictivo. A diferencia de los principios teóricos, que son juicios descriptivos de la realidad, los principios prácticos son juicios, leyes o reglas que describen la conducta a la que es necesario someterse por ser seres racionales ya que describen o prescriben el deber ser.

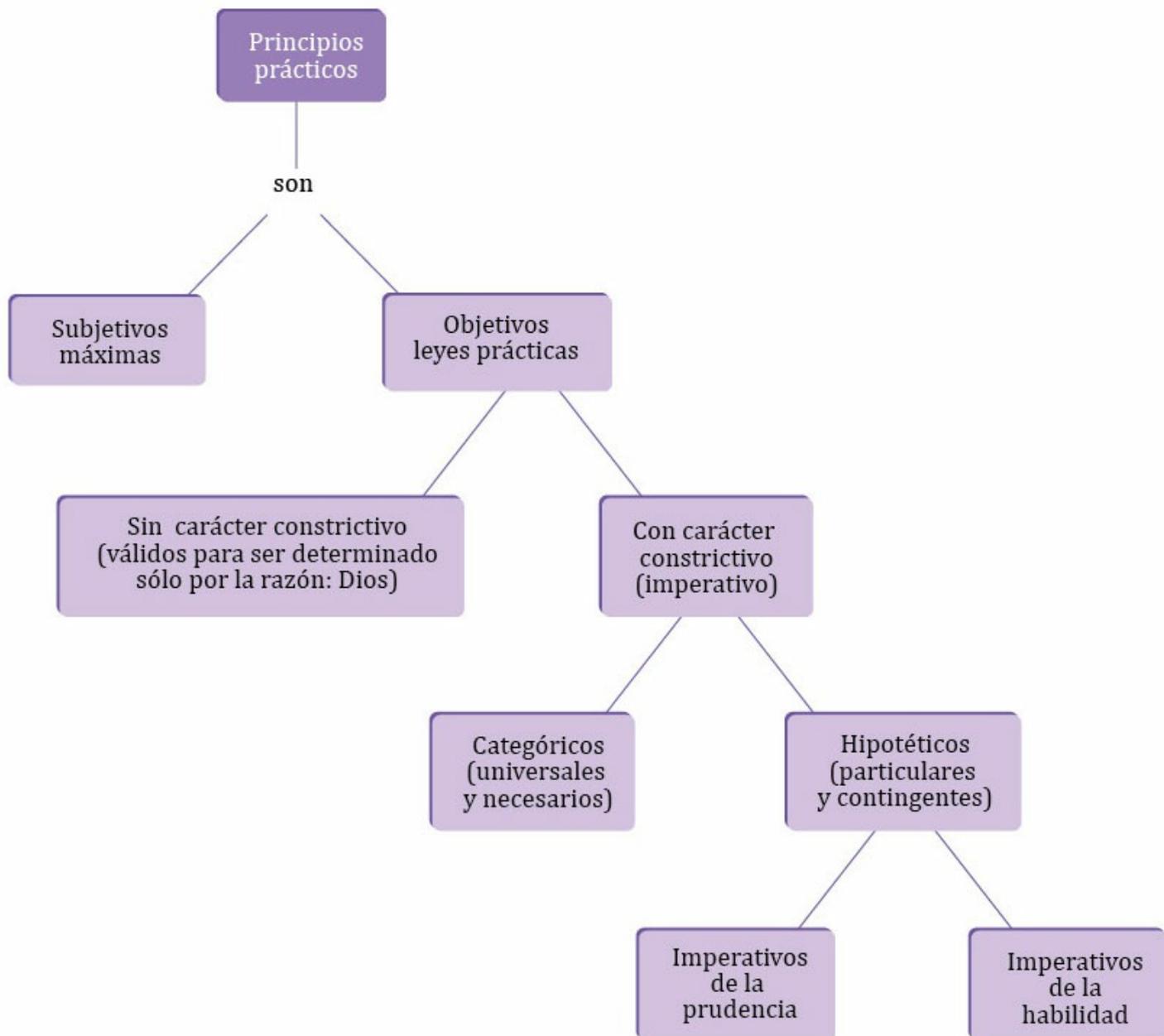
Describe los imperativos categóricos e hipotéticos. Los categóricos o apodícticos son mandatos de carácter universal y necesario: prescriben una acción como buena de forma incondicionada, ordenan algo por la propia bondad de la acción, de manera independiente de lo que con ella se pueda conseguir. Declaran la acción objetiva necesaria en sí, sin referencia a ningún propósito extrínseco. Para Kant sólo este tipo de imperativo es un imperativo de la moralidad.

El cuadro 1-5 resume los imperativos categóricos.

Cuadro 1-5. Los imperativos categóricos	
Fórmula de la ley universal	Obra sólo según una máxima tal que puedas querer al mismo tiempo que se torne ley universal
Fórmula de la ley de la naturaleza	Obra como si la máxima de tu acción debiera tornarse, por tu voluntad, ley universal de la naturaleza
Fórmula del fin en sí mismo	Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca sólo como un medio
Fórmula de la autonomía	Obra como si por medio de tus máximas fueras siempre un miembro legislador en un reino universal de fines

Los imperativos hipotéticos son los que prescriben una acción como buena, ya que dicha acción es necesaria para conseguir algún propósito. Se dividen en imperativos hipotéticos de la habilidad e imperativos hipotéticos de la prudencia.

Para Kant una cosa es lo que es el ser y otra lo que deba ser. Respecto al ser enfermera, la razón hace una descripción basada en la observación, mientras que el deber ser, la razón elabora una prescripción (figura 1-3).



**Figura 1-3.** Imperativos kantianos. Reproducida con autorización de Echegoyen Javier (1996). Historia de la Filosofía. Volumen 2: Filosofía Medieval y Moderna. Edinumen.

En términos generales, se puede decir que entre lo que el ser humano es y lo que debe ser hay una gran diferencia pero el compromiso es tratar de acercar ambos extremos, pero a final de cuentas sólo queda rendirse o morir en el intento. Al menos, y por último, debe haber un dejo de esperanza para un buen entendimiento como seres humanos.

## ¿Cuál es la esencia del ser enfermera?

Si algo define a la enfermería es la interacción y la comunicación que es el modo para llevar a cabo el cuidado. La relación persona a persona es ante todo una experiencia o serie de experiencias que se viven durante la práctica, sujetas a una serie de condicionantes cuyo conocimiento puede influir para que se produzcan los beneficios esperados (mantener el máximo nivel posible de salud, prevenir y enfrentar con eficacia la enfermedad, promover la recuperación, morir de modo digno).

La enfermera en esta interacción debe reconocerse también como persona, que no sólo actúa, sino que también piensa y siente y ante algunas circunstancias, se convierte en un personal vulnerable a experimentar ciertas condicionantes que afectan de modo directo ya sea, el proceso del cuidado o su propia salud.

Para lograrlo, Travelbee dice que la enfermera es un ser humano que posee conocimiento amplio especializado y la capacidad para aplicarlos pero debe desarrollar una personalidad terapéutica en el proceso del cuidado, que **no** es un camino fácil.

Es necesario reconocer que como seres humanos durante el cuidado, las enfermeras sienten una serie de emociones como malestar, culpa, temor, miedo, enojo, ira, desamparo, soledad, dolor, desesperación y que no saben qué hacer con ellos. Es posible además que tengan sentimientos de alegría, felicidad o plenitud cuando hay mejoría o cuando observan a las personas salir sanas e indemnes de la enfermedad, el sufrimiento y el dolor. Todas estas experiencias las van formando como seres humanos con capacidades resilientes pues en el camino aprenden a serlo.

La enfermedad y el sufrimiento son tanto encuentros espirituales como experiencias físicas y emocionales. En este sentido, los valores éticos y espirituales de la enfermera o sus convicciones filosóficas sobre quién es ese ser humano, qué significa la enfermedad y el sufrimiento, determina la medida en que se es capaz de ayudar a las personas y sus familias y ayudar a dar un sentido (o ninguno) a estas difíciles experiencias. Al existir una interacción, cualquier contacto establecido se caracteriza por el hecho de que ambos (personas y enfermeras) se perciben de modo recíproco desde una perspectiva estereotipada que deben superar (a veces se confunde el ser con el deber ser).

En este sentido, la enfermera tiene grandes retos personales como:

- Enfrentarse al dolor, al sufrimiento, a la muerte, a los riesgos biológicos, al estrés mantenido por situaciones de urgencias y emergencias, así como el ejercicio de diversos roles con las personas cuidadas (de madre, hermano, de amigo, entre otros).
- Empezar las tareas en su hogar, como el cuidado de su propia familia y sus condiciones propias de salud.

Por lo cual presenta mayor desgaste energético respecto a otros profesionales,

relacionado con su función de cuidadores permanentes las 24 h del día, a la alta responsabilidad dentro del proceso asistencial, a los posibles problemas de relaciones humanas y de comunicación dentro del propio equipo de trabajo (profesionales, no profesionales, personales, familiares, cada uno con emociones y experiencias, todos inmersos en una sociedad que exige, ser enfermera y “negar la muerte”), a las condiciones y la sobrecarga de trabajo que le exigen desarrollar una actitud, valores y una disposición especial para ser y llevar a cabo el deber ser.

## ¿Cómo se llega a ser enfermeras?

Para ser un profesional de enfermería, se necesita ser mucho y saber ser sin límites, excepto por esa falta de tiempo con la que tantas veces se enfrentan. Enfermería, en su ejecución, conjuga conocimientos, corazón, fortaleza, humanidad, exige una importante implicación de lo que cada enfermera sabe, siente, percibe, comprende. En cada actividad profesional, está en juego el saber ser, el conocimiento emocional, cultural y psicológico. El labor profesional se realiza –las más de las veces–, en una situación concreta con un ser humano doliente, y se realiza desde el interior personal; es decir, saber ser, no ajeno a la situación que se percibe, a las circunstancias en las que desarrolla su quehacer profesional, en un contexto muchas veces envuelto por el sufrimiento y el dolor. La persona que sufre, no es ajena a las enfermeras.

Para ser enfermeras se requiere de una conciencia existencial que permita desarrollar actitudes y valores de autenticidad, autoconciencia, sensibilidad y autoaceptación y así poder crear vínculos terapéuticos con el paciente, esto es lograr ser una enfermera humanizada. Esto se logra debido al proceso de formación profesional (ser estudiante), las prácticas profesionales (ser practicante) y el ejercicio de la profesión (ser profesional).

Durante la formación profesional, el plan de estudio abarca valores, actitudes o propuestas acerca del ser y deber ser de una enfermera. Esto depende en gran medida de profesores que también ven reflejados su postura ante la enfermería con lo cual, los estudiantes modelan su aprendizaje. Profesores que son coherentes entre lo que piensan, dicen y hacen y son los mejores modelos a seguir para lograr el ser de la enfermería. Se inicia el desarrollo de la identidad profesional (Maya, 2003).

Durante la práctica profesional, los aprendices de enfermería, logran identificar los valores que se promueven desde los programas de estudio hasta una práctica específica. Aquí es donde colisionan los valores personales, profesionales y la realidad. ¿Cómo decidir qué valores ejercer? ¿Cómo qué valores son mejores que otros? Esto se aprende en un proceso de interacción y comunicación, primero como estudiantes y después con las enfermeras profesionales que, queriendo o no, los transmiten a través de la coherencia entre lo que piensan, dicen y hacen. Se desarrolla y despliega el yo profesional.

Ya en ejercicio profesional, las enfermeras durante el tiempo, desarrollan y ejercitan los valores personales junto con profesionales y tomando decisiones para afianzar su personalidad como enfermera. Se identifican los valores básicos para la profesión como la igualdad, la justicia, la solidaridad, entre otros; o actitudes y cualidades de

benevolencia, honestidad, confiabilidad y honradez, ya que estos valores no se adquieren por un proceso de comprensión, no son los resultantes de los aprendizajes teóricos, sino que forman parte de la esencia personal humana y se van afianzando y desarrollando a medida que socializan en los valores profesionales.

El compromiso para desarrollar esta “actitud enfermera” que permitirá cuidar al otro, pone de manifiesto el espíritu enfermero y los valores sociales y profesionales que son necesarios para la práctica excelente del cuidado. Sin embargo, a pesar de que existe un consenso cada vez mayor de que la enfermería es una ciencia única cuyo objetivo es elevar al máximo el potencial de salud de las personas mediante el cuidado, parece haber problemas para asumirlo y desarrollar las actitudes para responsabilizarse de esta hermosa profesión, lo cual tiene que ver con la identidad y el poder profesional ¿Cómo se desarrollan?

La identidad profesional es un camino, no una meta. El desarrollo del yo profesional<sup>2</sup> es una secuencia de etapas o tareas que se deben cumplir y siguen el mismo orden que el proceso del desarrollo personal (Erikson, 2000). Es necesario definir la identidad profesional, desde el proceso de formación, identificando cómo se autopercibe el estudiante desde su “yo” (volitivo enérgico, volitivo o débil) con el objeto de estimularlo en la búsqueda de su misión y prepararlo como personal calificado.

La autopercepción social del ejercicio profesional que poseen la mayoría de las enfermeras y las estudiantes de enfermería respecto a la profesión, es el deseo de ayudar a los demás y conocer con más profundidad al ser humano, por lo cual, el punto de partida para la transformación del ejercicio profesional es el conocimiento. La enfermera no sólo debe conocer al mundo sino, antes que todo, conocerse a sí misma como persona y profesional. Para la enfermera es imprescindible tener un autoconcepto positivo.

De acuerdo a la autopercepción,<sup>3</sup> quienes destacan en la profesión son aquellas personas que tienen un yo volitivo enérgico, que reconocen su valía, que reflexionan, que conocen y reconocen el valor de los otros. Si su yo volitivo es fuerte, ocurren cambios cuando tienen la necesidad de modificar el entorno, reflexionan, entran en crisis, se movilizan o se paralizan y hacen aproximaciones selectivas a alternativas de solución, esto es, un proceso heurístico y de adaptación. En esta comunicación que se establece con los otros, también se encuentran aquellas colegas que pueden ser fuentes generadoras de estrés y representan conflictos, o bien, pueden ser fuentes de apoyo social.

La enfermera recién graduada llega a la práctica con una imagen idealizada del yo, de las personas, de las colegas, de los jefes. Se considera que alrededor de tres años son necesarios para identificar las metas profesionales y establecer ciertas negociaciones con los sistemas de creencias y de administración, sin embargo, las demandas del sector salud no suele permitir ni promover estos años de orientación. La enfermera tiene que hacer frente de golpe y porrazo al hecho de cambiar su imagen de las personas y de las cosas. Cuando ocurre este cambio se producen una serie de etapas de maduración que en su momento asegura que el profesional no confunda los ideales con la realidad. El cuadro 1-6 ofrece información valiosa acerca de cómo desarrollar el autoconcepto profesional de la enfermera.

**Cuadro 1-6. Etapas del desarrollo respecto al autoconcepto profesional**

<b>La enfermera profesional principiante durante el periodo de orientación</b>			
	<b>Metas</b>	<b>Resultados de un logro satisfactorio</b>	<b>Resultados de realizaciones incompletas o insatisfactorias</b>
<p>Tarea básica: <b>confianza</b> Fuerza que emerge: <b>la esperanza</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquirir confianza para desarrollar en forma efectiva las habilidades y destrezas esperados del papel profesional</li> <li>• Contar con las personas para ayudar en la realización de los objetivos profesionales</li> <li>• Sentir satisfacción en la nueva función y recibir reconocimiento</li> </ul> <p><b>Observación:</b> estas metas exigen que la enfermera tenga acceso a diferentes guías y maestros en quienes pueda confiar sin excesiva ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si encuentra personas que la ayuden, tendrá más probabilidades de confiar en sus colegas, se sentirá bien sobre sus propias habilidades, experimentará satisfacción en sus relaciones interpersonales y apreciará los esfuerzos</li> <li>• Será capaz de concentrar su energía en satisfacer las necesidades de las personas y estará dispuesta a servir a las nuevas enfermeras</li> </ul> <p>Aceptará de buen grado la responsabilidad, será optimista y valorará el estudio como una forma de desarrollo profesional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no confía en los demás y no tiene sentido de su propio derecho, sólo se verá como alguien que ayuda y no como profesional autónoma</li> <li>• La imagen de la asistente se perpetuará si se percibe que enfermeras y enfermería no tienen derecho a existir en forma autónoma</li> <li>• Si en las escuelas y en la práctica todavía se consideran devotas ayudantes de la medicina y de los médicos, en lugar de aceptarla como socia no podrá justificar su autonomía</li> <li>• Si reconoce que sólo existe para cumplir órdenes, nunca se sentirá como verdadera profesional ofreciendo un servicio único y necesario para la humanidad</li> <li>• Si llega al ambiente laboral sin un fuerte sentimiento de autonomía profesional o con sentimientos vacilantes de autonomía, necesitará ayuda de otras personas importantes en el medio. Ayuda para sentir que ejerce control, recibir orientación y obtener recursos para desarrollar habilidades profesionales y permitir que participe en el equipo de enfermería</li> </ul> <p><b>Observación:</b> el principiante que no tiene un defensor como líder puede muy bien cuestionar la creencia de que la enfermería es una disciplina y caer muy pronto en las rutinas y la ley del menor esfuerzo. Si no está convencida de que son autónomos, no podrá ejercer eficaz y profesionalmente la enfermería; en el mejor de los casos, sólo podrá poner en práctica un proceso técnico</p>

**La enfermera principiante en el periodo posterior a la orientación**

Tarea:  
**Adquisición de autonomía**  
 Fuerza que emerge:  
**Voluntad**

- Ser autónomo en la práctica, como profesional por derecho propio, capaz de depender de la propia capacidad para cumplir las responsabilidades de su papel
- Ver a la enfermería como un cuerpo independiente que determina sus propias políticas y normas, usa su poder con eficacia y controla su propia práctica

- Si ha aprendido a confiar en las líderes de la profesión, en las personas como responsable de su cuidado y en sí misma como persona competente y con conocimientos, llegará al ambiente laboral con excelentes posibilidades de sentirse autónoma
- Basará su práctica en una teoría que considere válida
- Sentirá que la profesión le ofrece todo incluyendo un alto nivel de competencia técnica, capacidad de razonamiento y de toma de decisiones y exigirá relaciones interpersonales eficaces

**Observación:** para ser autónoma, la enfermera necesita contar con un ambiente laboral que la aliente a emitir juicios, a participar en la elaboración de políticas de enfermería y determinar y tratar de alcanzar sus metas profesionales. Se sentirá cómoda si pone en práctica lo que ha aprendido, y quizá más importante, podrá apreciar la función única de la enfermería y a sentirse competente

- Si no confía en los demás y no tiene sentido de su propio derecho, sólo se verá como alguien que ayuda y no como profesional autónoma
- La imagen de la asistente se perpetuará si se percibe que enfermeras y enfermería no tienen derecho a existir en forma autónoma
- Si en las escuelas y en la práctica todavía se consideran devotas ayudantes de la medicina y de los médicos, en lugar de aceptarla como socia no podrá justificar su autonomía
- Si reconoce que sólo existe para cumplir órdenes, nunca se sentirá como verdadera profesional ofreciendo un servicio único y necesario para la humanidad
- Si llega al ambiente laboral sin un fuerte sentimiento de autonomía profesional o con sentimientos vacilantes de autonomía, necesitará ayuda de otras personas importantes en el medio. Ayuda para sentir que ejerce control, recibir orientación y obtener recursos para desarrollar habilidades profesionales y permitir que participe en el equipo de enfermería

**Observación:** el principiante que no tiene un defensor como líder puede muy bien cuestionar la creencia de que la enfermería es una disciplina y caer muy pronto en las rutinas y la ley del menor esfuerzo. Si no está convencida de que son autónomos, no podrá ejercer eficaz y con profesionalismo la enfermería; en el mejor de los casos, sólo podrá poner en práctica un proceso técnico

**El profesional joven que se mueve hacia la independencia**

Tarea:  
**iniciativa**  
Fuerza que  
emerge:  
**propósito**

- Hallar recompensas en las iniciativas e imaginación propias para probar las realidades de las funciones de enfermería y anticipar los resultados de sus actos
- Alcanzar la confianza y la autonomía para poder experimentar verdadero placer en comportamientos que reflejen iniciativa
- Contar con líderes que fomenten la realización de metas convenidas

Para implementar el proceso de enfermería en poblaciones diversas de usuarios la enfermera necesitará:

- Ser competente en el pensamiento crítico y desarrollar capacidad para tomar decisiones válidas
- Comprender que normas y procedimientos no pueden utilizarse para organizar todo el comportamiento profesional, se necesita iniciativa y creatividad para participar con eficacia como profesional
- Recopilar información más rápido para valorar las necesidades de las personas, permitir que participe en la planificación, encontrar soluciones alternas y correr riesgos en su papel de defensor
- Sentir que el proceso de cambio es un reto y ayudará al sistema respondiendo de forma dinámica. La iniciativa es un requisito indispensable como agente de cambio, defensora de los usuarios y promotora de la profesión
- Reconocer a los otros profesionales de la salud y no sentirse ni oprimida ni suprimida
- Participar de manera activa en el proceso de enfermería, se hará responsable de sus decisiones

Si la enfermera no siente un alto grado de independencia e interdependencia, tendrá dificultades para integrar a la iniciativa como parte del desarrollo profesional puesto que:

- Desarrollará sentimientos de vergüenza hacia el trabajo y no considera a la enfermería como profesión de la que deba estar orgullosa
- Se sentirá trabajadora de baja condición y sin duda, no igual a los demás profesionales.

Si carece de iniciativa:

- Necesitará sentirse recompensada por cumplir los órdenes y ser valorada por la obediencia
- Tendrá dificultad para comprender a los usuarios y ubicarlos en el centro de atención
- Las normas institucionales cobrarán una importancia desmedida y surgirán conflictos cuando los procedimientos y políticas obstaculizan la satisfacción de las necesidades o cuando la enfermera toma iniciativas para resolver problemas de otro modo
- Se responsabilizará en primer lugar ante el patrón y quizá en forma incidental ante el usuario.

**Observación:** en este sentido, la culpa es el sentimiento emergente y la enfermera se siente limitada para ofrecer servicios profesionales. Puede ser muy hábil en los procedimientos pero está limitada en las actividades preventivas y de promoción que no suelen prescribirse; reaccionará bien ante la enfermedad pero no ante la respuesta de la persona a la enfermedad; quizá sea eficaz con el manejo de diferentes personas, pero no de la persona como ser humano pues para ello requiere capacidad de describir, analizar y comparar, evaluar y sintetizar las complejas relaciones de los seres humanos.

Si la enfermera no desarrolla el sentimiento de iniciativa:

- Se sentirá abrumada
- Se sentirá más a gusto ejecutando funciones prescritas y evadiendo responsabilidades

**Observación:** lo que debería ser comportamientos profesionales se convierten en comportamientos ocupacionales donde sólo se cumplen las órdenes del jefe. Desde esta perspectiva, se recompensa la eficiencia con que se desempeña la actividad y por los resultados cuantitativos en lugar de sentirse satisfecha por los juicios fundados y resultados cualitativos

**LA PROFESIONAL EN DESARROLLO QUE ADQUIERE PERICIA**

<p>Tarea: <b>aplicación</b> Fuerza que emerge: <b>competencia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentirse competente en el desempeño independiente de las tareas profesionales</li> <li>• Incrementar los conocimientos e integrar un sentimiento de realización en el trabajo</li> </ul> <p><b>Observación:</b> si la enfermera adquiere los sentimientos de confianza en los demás, autonomía en la práctica e iniciativa en el proceso de enfermería, estará preparada para desempeñar un papel independiente, se sentirá realizada en la profesión y continuará su proceso de aprendizaje que dure toda la vida. Es importante el sistema de apoyo para valorar y recompensar los logros profesionales y apoyar la adquisición continua de conocimientos así como prestar atención especial a la ampliación de conocimientos de los profesionales en desarrollo. Los profesionales jóvenes necesitan emplear los conocimientos adquiridos mientras desarrollan relaciones de confianza y sentido de pertenencia. Los programas de desarrollo profesionales deberán prestar atención a la satisfacción de las necesidades de sus miembros promoviendo la iniciativa para que adquiera más importancia la estructura no la función burocrática</p>	<p>Si la enfermera se integra a un sentimiento de aplicación en la práctica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sentirá cómoda y competente al realizar las tareas del proceso de enfermería</li> <li>• Identificará y llevará a cabo obligaciones inherentes a funciones determinadas</li> <li>• Creará el deseo de saber más y el hecho de actuar con la motivación de saber más se traducirá en una mejor calidad en la atención</li> <li>• Sentirá placer y obtendrá satisfacción en el aprendizaje</li> </ul> <p><b>Observación:</b> los logros constituyen la base del sentimiento real que experimenta la enfermera de ser una verdadera profesional, que tiene la capacidad o el potencial de cumplir con las obligaciones de la profesión La educación continua se ve como una agradable responsabilidad y no como requisito del trabajo o de compensación</p>	<p>Si la enfermera no siente competente y a gusto al desempeñar sus responsabilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No hallará placer en aplicarlas; se sentirá inferior, incompetente e incapaz</li> <li>• Tendrá la sensación de “estar dirigida por otros” en lugar de conducir ella su vida y experimentará conflicto</li> <li>• Sentirá que trabaja mucho y que es diligente pero no tiene control sobre su ejercicio profesional</li> <li>• Podrá sentirse competente para las tareas que le asignan pero incompetente para realizar las tareas profesionales reales</li> <li>• La educación continua la sentirá como un mandato y no estará motivada para ampliar sus conocimientos</li> </ul>
---	--	--	--

## La profesional con identidad propia

<p>Tarea: <b>adquisición de una identidad</b></p> <p>Fuerza que emerge: <b>lealtad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentirse segura de sí misma, ser competente y definir con claridad el compromiso ideológico con la profesión</li> <li>• Obtener identidad profesional realizando las responsabilidades del papel que se considera adecuado para conseguir los objetivos de la profesión</li> </ul> <p><b>Observación:</b> las metas profesionales tienen como fin fomentar la salud a través de la promoción y como líderes son agentes del cambio, defensoras de los usuarios y promotora de la profesión</p>	<p>Como dicha identidad hace posible que la persona desempeñe las responsabilidades de su papel, la enfermera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Será capaz de llevar a cabo todas las actividades implicadas en un proceso de cambio y mejoras en los hábitos de salud de los usuarios ya que los ayudará a modificar sus hábitos y estilos de vida</li> <li>• Tomará el rol de defensora y colaboradora de los usuarios mejora aún más su salud</li> <li>• Estará dispuesta a experimentar y será capaz de comenzar a articular un sistema de creencias sobre la disciplina</li> </ul> <p><b>Observación:</b> quien posee un sentido de identidad profesional sabe que implica desempeñar funciones</p>	<p>La falta de identidad crea confusión sobre las responsabilidades y los comportamientos profesionales porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No define con claridad lo que debería ser y su identidad es vaga en términos de criterios profesionales</li> <li>• Tal vez la identidad ocupacional sea más clara pero no la profesional</li> </ul> <p><b>Observación:</b> cuando la enfermera no alcanza la identidad profesional, las necesidades de los usuarios se verán satisfechas en forma incompleta e ineficaz pues la enfermería es la única profesión del área de la salud que afirma con claridad que su meta primaria es fomentar la salud respondiendo a la reacción integral de los seres humanos ante la salud y la enfermedad. Sin una identidad profesional, la enfermera no podrá poner en práctica el proceso de enfermería y las necesidades no se satisficieran</p>
--	---	--	--

## El profesional en etapa de maduración

<p>Tarea: <b>intimidad</b></p> <p>Fuerza que emerge: <b>amor</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar la capacidad de comprometerse en relaciones de colaboración con los usuarios, colegas y otros profesionales de la salud de manera interdependiente</li> </ul> <p><b>Observación:</b> ya que ha logrado la identidad profesional, sabe quién es y qué es lo que hace y es capaz de funcionar de manera independiente e interdependiente y por tanto puede dedicar parte de su energía en relaciones de colaboración y buscar el bienestar del usuario, puede compartir sus experiencias y contribuir en la evaluación del sistema de salud</p>	<p>La intimidad refleja la capacidad de conceder el mismo valor a las necesidades ajenas que a las propias para que de esta manera influya en los demás. La influencia y la vulnerabilidad son más grandes en las relaciones íntimas pero si se aprendió a confiar, a sentirse segura y está dispuesta a correr riesgos, aumentará su eficacia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerará al otro como persona que merece respeto y aceptación incondicional</li> <li>• Valorará al usuario y le permitirá participar de su cuidado, aumentando las posibilidades de obtener las metas convenidas y que los resultados sean duraderos</li> <li>• Será más eficiente en sus esfuerzos como defensora de los usuarios y podrá dedicar más tiempo a la colaboración y no a la competencia desleal</li> </ul>	<p>Si la enfermera no puede manifestar intimidad, limita su capacidad de ejercer influencia en las personas y colegas. A menos que sea capaz de valorar las creencias, derechos, capacidades y responsabilidades de los demás (como las suyas) no podrá elevar al máximo los resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Será incapaz de colaborar o trabajar de manera aislada o trata sólo de cooperar</li> <li>• No será hábil para sentir las respuestas humanas ni determinar lo que necesita el usuario</li> <li>• No hará caso de la experiencia del usuario y su atención la considerará deshumanizada</li> <li>• Será incapaz de comprender por completo el valor de los seres humanos</li> <li>• Tenderá a distorsionar la experiencia profesional y a comportarse de manera cínica</li> </ul> <p><b>OBSERVACIÓN.</b> Si las enfermeras no se sienten respetadas como iguales tendrán dificultades para desarrollar su capacidad de colaboración con cualquier persona</p>
--	--	---	--

El profesional productivo			
<p>Tarea: <b>capacidad de generar</b> Fuerza que emerge: <b>preocupación por los demás</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser productivo con uno mismo y con los demás contribuyendo con la sociedad a través de la educación, práctica e investigación en enfermería</li> </ul> <p><b>Observación:</b> cuando la enfermera ha desarrollado su capacidad de colaboración en las tareas profesionales, pasa a una etapa de gran productividad, alcanza un gran rendimiento y llega a un punto culminante. Si se desenvuelve bien en esta etapa, ejerce influencia muy positiva en la imagen que tiene la sociedad de la enfermería; sus actividades se consideran verdaderas aportaciones y generan contribuciones a través de la práctica, educación e investigación que dan significado a la enfermería en el sistema de salud</p>	<p>Si lleva a cabo la tarea de generar, se enriquece en gran medida el público y el yo profesional. “Dejar un legado propio” es una necesidad esencial para los seres humanos y para el mundo profesional. Como agente de cambio y defensora madura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionará la más alta calidad de servicio de enfermería gracias a su pericia</li> <li>• Apreciará el valor de la práctica y de la educación y actuará de manera constante como consumidora y colaboradora</li> <li>• Valorará la importancia de la investigación y actuará como consumidora de los hallazgos de la investigación o participará en ella</li> </ul>	<p>Si no alcanza este nivel, deja “huella” pero no de una profesional; en el mejor de los casos, la imagen puede ser de una persona con experiencia técnica o competente para cuidar enfermos; en el peor de los casos, será una persona que presta servicios como ayudante de todos los demás profesionales de la salud y en forma secundaria, como asistente de los usuarios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No generará ni producirá nada para la profesión ni para la disciplina</li> <li>• Puede vivir largos periodos de práctica en la que se sienta estancada, incluso “acabada” pues no participa con oportunidad en su propio desarrollo ni del ambiente tecnológico que cambia con rapidez</li> </ul>
El profesional de mayor edad			
<p>Tarea: <b>adquisición de integridad</b> Fuerza que emerge: <b>sabiduría</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hallar placer en los propios logros y en los de los demás en la búsqueda de las metas profesionales</li> <li>• Apreciar todo el ciclo de la vida del yo profesional</li> </ul> <p><b>Observación:</b> como dice la Dra. Kubler-Ross, el profesional de mayor edad tiene la oportunidad y obligación de terminar asuntos que dejó inconclusos y de reflexionar y apreciar las aportaciones y relaciones importantes en su vida. Si se realiza de forma adecuada, se sentirá integrado a la profesión mientras viva, aunque para lograrlo se requiere un ambiente que valore a los miembros más antiguos, permita la adaptación de las tareas para que los de más edad sigan contribuyendo y los más jóvenes recurran a ellos en busca de consejos sabios y prudentes</p>	<p>Si se adquiere un sentido de integridad, se ejerce una gran influencia en el establecimiento de pautas futuras</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajaré por amor a la profesión</li> <li>• Sueños y logros los transmitiré de la manera más notable, es decir, mediante la interacción con sus colegas y con profesionales más jóvenes para ayudarles a lograr la integridad</li> </ul>	<p>Si no puede encontrar el sentido de integridad, nace un sentimiento de desánimo o desesperanza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Generará sentimientos de desesperanza el cual a su vez, genera un círculo vicioso de enajenación</li> <li>• No podrá ejercer influencia positiva en la atención a la salud por lo que la sociedad podrá verla como estereotipada caracterizándola con frases como “no puedes enseñarle trucos nuevos a perro viejo”</li> <li>• No podrá terminar tareas que dejó pendientes ni hará un recuento de los logros propios o ajenos</li> <li>• Será incapaz de apreciar los cambios y progresos que se realizan</li> <li>• Podrá terminar su vida profesional sola y sin apoyo</li> </ul>

Como se muestra en el cuadro 1-6 adquirir identidad profesional puede llevar mucho tiempo y esfuerzo personal, sin embargo, este proceso en forma positiva, garantiza la esencia de ser enfermeras. Puede haber enfermeras que no logran un autoconcepto

profesional adecuado. Se podrán identificar algunos rasgos a través del cuadro 1-6 que permitan comprender por qué actúan así y poder ayudar al logro de las metas planteadas.

## ¿Qué es la responsabilidad ontológica?

A continuación se presenta una carta sensible a cerca de la actividad profesional de enfermería (Bonill, 2008):

### **Sr. Director:**

Una amenaza, que actualmente está presente en todos los ámbitos de la vida social, es aquella que tiene que ver con la deshumanización. La Enfermería se define como una práctica social. El futuro prioriza lo económico, focaliza lo social y casi no lo subvencional. El desafío es, entonces, cómo dar repuesta al mercado, a las nuevas tendencias, sin perder de vista su carácter humano, que es y debe ser el eje, o la razón de ser de la labor enfermera.

El hombre es un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad, de esta manera, se parte de la base sobre la que la Enfermería como profesión constituye un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectiva en todas sus esferas, por lo que se puede decir que la Enfermería no puede ser sólo técnica, aunque como es bien sabido es una de las obligaciones de la profesión. El personal de enfermería debe ser maestro, consejero y administrador, preocupado por la promoción y mantenimiento de la salud, ya que en caso contrario no ejercería de modo correcto su papel en el renombrado arte de cuidar. La Enfermería prestará cuidados convenientes que vuelvan a dar sentido a la vida.

Son muchas las ocasiones en las que las enfermeras le dan la dignidad de la naturaleza humana, de ahí la mayor responsabilidad como profesionales. Ésta es una época en la que se hace preciso realizar una profunda reflexión sobre los aspectos humanos, valores y actitudes de las profesiones sanitarias, en general y de la profesión de Enfermería en particular. Durante la primera mitad del siglo XX, siendo todavía tributaria de los valores religiosos y morales heredados del pasado, la Enfermería poco a poco se ha ido distanciando de sus orígenes haciéndose cada vez más médica y valorando más la pericia, pero sin dominarla aún. Los cuidados de las enfermeras se están convirtiendo en la técnica, dejando a un lado los denominados cuidados técnicos, que son en realidad la base de la profesión. Su predominio y su hipervaloración crean las expectativas de un tipo de cuidados basados en la imagen de una salud-curación. Adquiere un valor mítico de poder, de recurso supremo para las soluciones de problemas sanitarios que no son objeto de análisis de las situaciones, que permiten comprender la naturaleza de las dificultades encontradas por el enfermo, su familia y su entorno. Esta corriente en torno al ejercicio de la enfermería, ha marcado considerablemente la práctica de la misma y continúa, y por supuesto continuará, ejerciendo sobre ella una influencia predominante, teniendo en cuenta el impacto de la técnica en la sociedad industrial y sus repercusiones en todos los dominios de la vida económica y social, y por tanto, de la salud.

No es posible minimizar o menospreciar la necesidad de basar un oficio o una profesión en procedimientos. Ninguno puede ejercerse sin la utilización de instrumentos y, por tanto, de técnicas. Esta corriente también ha permitido tener en cuenta la necesidad técnica, ha mostrado que los cuidados de enfermería no pueden permanecer sólo en el terreno de la atracción hacia los demás, sino que exigen saber utilizar los instrumentos. Esta corriente introduce en verdad la competencia técnica en el seno de la profesión. Rechazarla es negarse como profesión, es renegarse. La pregunta puede ser: ¿técnica sí o técnica?, es de naturaleza más compleja ya que exige preguntarse por su significación, por la tecnología utilizada en las situaciones planteadas al cuidar, con respecto a la naturaleza de los problemas planteados, y de las condiciones que influyen en estos problemas. Exige preguntarse si las tecnologías utilizadas y los procedimientos con los que están relacionadas están adaptados, se justifican. Exige considerar los límites de su utilización, estudiar su umbral de eficiencia (no de eficacia), extender su campo de investigación por otros medios distintos de los prestados por la medicina, y no quedarse anclados sólo en el terreno de la curación. Para que la técnica permanezca al servicio de los cuidados y no que los cuidados sean puestos al servicio de la técnica, es indispensable cuestionar la necesidad de su utilización restituyendo su empleo según el conjunto de problemas humanos que plantea la enfermedad. Por ello, tal vez sea el momento más idóneo para hablar de ética profesional, sin temor a moralismos trasnochados, sino sólo abordando, en el marco de un código deontológico, lo que constituye el escudo de esta profesión, más allá de sus elementos técnicos.

El código deontológico para la Profesión de Enfermería en España es un instrumento eficaz para aplicar las reglas generales de la ética al trabajo profesional. Insistir en esto parece, no pocas veces, una reiteración innecesaria ya que se da por supuesta en la enfermería, sin embargo, cada vez con mayor fuerza van aumentando las críticas que hablan de falta de ética, y de deshumanización. Por ello, es necesario articular el contenido de la responsabilidad profesional, no sea que con la evolución de la Enfermería como ciencia se pierda su esencia fundamental, la de los valores que le sirven de sostén. Se busca que este código sirva para tener conciencia de que los valores que las enfermeras manejan son fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en una palabra, la vida humana, y que ayudará a los profesionales de Enfermería a fundamentar con razones de carácter ético las decisiones que se tomen. Un código deontológico, en cuanto a criterio ético, es necesario para el buen desempeño de esta profesión, no sólo para hacer uso de él en situaciones extremas, sino para reflexionar a través de él en aquellas situaciones diarias en las que se pueden lesionar o infravalorar los derechos humanos.

Hacer Enfermería es algo que va más allá de la pura técnica, las actitudes han de trascender al limitado marco que nos otorga un código deontológico, ya que ser enfermera es gozar de un talante ante la vida, con un origen de creación, que va más allá de los límites del ser humano, para cuyo estímulo ojalá sirva dicho código deontológico. Los principios éticos pueden dejar de ser teoría para convertirse en práctica cotidiana, reconociendo que la existencia humana más que acción y razón, como se ha creído durante siglos defender es pasión y en cada una de las acciones que se realiza se trata de

encontrar el verdadero sentido de la vida. Se puede decir que la tecnología no es más que un apoyo para este trabajo diario y que cuidar sea en ocasiones más soportable o llevadero, teniendo en cuenta las condiciones afectivas, materiales y sociales de los cuidados.

Los cuidados de enfermería, tienen y tendrán que seguir buscándose, igual que la vida de la que parten. Como la vida, de la que se ha dicho que había que reinventarla, se debe volver a trazar los cuidados, que sean convenientes, desalienantes que vuelvan a dar sentido a la vida, tanto la de los que reciben como de los que administran.

¿Qué elementos positivos y negativos se escriben? ¿por qué existe esta sensación? ¿un código puede ayudar a solucionar? A continuación se describen.

Una persona es responsable cuando se exige a sí misma a responder de sus propios actos, es decir, actúa con libertad de la voluntad. La responsabilidad es un sentimiento personal que compromete y hace comprender que no se puede vivir en sociedad mediante conveniencias propias de cualquier persona. Este sentimiento nace y se desarrolla a través de los años. Este sentido enseña la importancia de las cosas, a valorarlas y cuidarlas.

La responsabilidad ontológica se refiere al compromiso para desarrollar la profesión, honrar sus principios, sentir orgullo de pertenecer a la enfermería y hacer todos los esfuerzos para engrandecerla.

Como grupo profesional, se tiene la responsabilidad de convertirla en una actividad de tiempo completo, de demandar la formación a nivel profesional, de constituirse en grupos o asociaciones profesionales dirigidas por enfermeras profesionales, a obtener una regulación legal de esta actividad y por último, a redactar un código ético o de conducta.

Los profesionales están obligados a aplicar el conocimiento adquirido en la formación y a ejercer la profesión bajo ciertos cánones morales exclusivos de forma que beneficien a la sociedad. Esto es así porque la persona le confía su cuerpo a la enfermera, sus sentimientos, sus problemas, ¡su vida!

Dicho lo anterior, se puede dialogar sobre la existencia tanto de una ética como de una deontología profesional. La primera se centra –sobre todo– en perfilar y definir el bien de esta profesión (no sólo el personal del propio profesional, sino también de su aportación al bien social o común), mientras que la segunda, se ocupa de las obligaciones propias de dicha actividad. Dicho de otra manera: la ética profesional es la expresión de las diversas y plurales éticas de máximos existentes en todos y cada uno de los profesionales, mientras que la deontología expresa la ética de mínimos que se comparten y así se obliga a cumplir a pesar de las diferencias entre las enfermeras.

Como enfermeras se debe tomar en serio el reto de aplicar los propios conocimientos de expertas de manera a contribuir para el bien estar común de la sociedad, ya que se debe cuidar de las personas. El ideal de profesionalismo debe incluir la búsqueda del bien de la comunidad actuando con una relación más cooperativa y solidaria. Es importante ser solidarias para así pasar del deber de hacer el bien al placer de hacerlo. Esto impone dilemas éticos, que desafían a lograr retos de justicia y equidad y lleva a cuestionar cuáles son las responsabilidades sociales en el actual modelo de salud.

## CUESTIONES PARA DISCUTIR

1. ¿Cómo se llega a ser enfermera y qué consideraría correcto en el actuar profesional?
2. ¿En qué etapa se encuentra respecto al desarrollo del autoconcepto profesional según Leddy y Pepper?

## REFERENCIAS

- Bonill de las Nieves Candela (2008). La importancia de las habilidades comunicativas en la humanización de los cuidados. *Index Enferm* [revista en la Internet]. Mar 17(1): 74-75. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000100017&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000100017&script=sci_arttext) [citado 7 de julio 2013].
- Echegoyen Javier (1996). *Historia de la Filosofía. Volumen 2: Filosofía Medieval y Moderna*. Edinumen.
- Erikson Erik (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós Ibérica
- Kant Immanuel (2004) *Idea de una historia universal en sentido cosmopolita en Filosofía de la Historia*, México: FCE.
- Hirschman Albert (1978). *Las pasiones y los intereses*. México: FCE.
- Kant Immanuel (2007). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Texto íntegro de la traducción de Manuel García Morente y edición de Pedro M. Rosario Barbosa, San Juan Puerto Rico, Creative Commons (AttributionShareAlike 3.0 United States) libro elec en [http://pmrb.net/books/kantfund/fund\\_metaf\\_costumbres\\_vD.pdf](http://pmrb.net/books/kantfund/fund_metaf_costumbres_vD.pdf) [consultado el 17 de marzo del 2013].
- Leddy Susan, Pepper Mae (1989). *El yo profesional en Bases conceptuales de la enfermería profesional*. Filadelfia: Lippincott Co.
- Maya M. Cecilia (2003). *Identidad profesional*. *Invest Educ Enferm*; 21(1) Colombia:Universidad Antioquia. Disponible en <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/3035/2799> [consultado el 7 de julio del 2013].
- Savater Fernando (1987). *El aprendizaje humano en El valor de educar*. Colección Diez para los Maestros. IEESA, CEA, SNTE. México.
- Serrano Enrique (2004). *La insociable sociabilidad. El lugar y la función del derecho y la política en la filosofía práctica de Kant*, Barcelona: Anthropos.
- Travelbee Joyce (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.

## Notas

- 1 La razón es la facultad generadora de principios.
- 2 El yo profesional es el proceso de transformación del yo personal que resulta de las interacciones asociadas con educación, práctica e investigación, en este caso, de la profesión de enfermería. (Leddy y Pepper,1989).
- 3 Al vivir en un mundo cultural, de símbolos y de significados, la autopercepción es aprendida en el transcurso de la vida.

## 1.4 LA NATURALEZA DE LA REALIDAD

### Antes de comenzar

- ¿Qué es la realidad?
- ¿Cómo es la realidad desde lo filosófico?
- ¿Cómo entender a la realidad desde la ciencia?

Conceptualizar la realidad es un poco problemático porque no se responde de forma definitiva y categórica a esta cuestión. Puede responderse desde la ciencia o ser convertida en un problema filosófico, sin embargo, el concepto que se asuma deberá corresponder con las creencias que se tiene de ella. Preguntarse sobre qué es la realidad tiene sentido tanto desde la perspectiva científica como de la filosofía porque el valor de la respuesta permite reflexionar sobre su esencia para llevar a cabo el proceso del cuidado.

Aunque enfermería se ocupa de cuerpos vivos, es necesario preocuparse por todos los seres ya que el ser humano es parte del universo en tiempo y espacio.

Además los modelos de cuidado de enfermería, contemplan el elemento entorno que permite ubicarse con la persona cuidada en su realidad con sus creencias, emociones o conocimientos para ayudarle a mejorar su vida y su salud. Por ello, se debe comprender de qué realidad se está hablando.

### ¿Qué es la realidad?

Concebir la realidad es enfrentar a un término polisémico, escurridizo porque tiene la facultad de mostrar y ocultarse a la vez. En él caben toda clase de presunciones incluso las irrealidades o hasta llegar al absurdo de negar que la realidad existe. La realidad es todo lo que existe y se puede percibir, tocar, sentir a través de los sentidos pero, ¿qué pasa con lo que no se percibe? ¿No es real? Ante estas circunstancias es necesario estar de acuerdo en que no sólo una, sino que existen varias.

El concepto de realidad es importante para las enfermeras porque las personas y los objetos son y están incluidos en un tiempo y espacio dados, incluida la propia mente. El ser humano está constituido de materia viviente organizada capaz de percibir por lo que no se puede negar la propia existencia en un universo material. Esto sería un absurdo filosófico.

La única realidad posible es que si se cuestiona este tema, es porque el humano es real y se mueve en un mundo que es material. La evidencia no puede ser más clara: **nosotros somos parte de una realidad concreta, sustancial y por supuesto existente.** Una definición de sencilla y de realidad es:

- Existencia real y efectiva de algo.
- Verdad, lo que ocurre verdaderamente.

- Lo que es efectivo o tiene valor práctico, en contraposición con lo fantástico e ilusorio (RAE, 2012).

Se resumen en tres acepciones (es polisémico) pero en ninguna se utiliza algún criterio de validez, sin embargo, se dice que la realidad es lo que se afirma con seguridad. Cuando se refiere a la realidad se puede decir que existen dos tipos (Rubiá, 2003):

- **Realidad externa:** lo que está “ahí afuera”, que se supone es idéntico a lo que se percibe, pero que se sabe que no es así, ya que muchos tipos de energía no pueden captarlas. Además, lo que se percibe está influenciado por el cerebro, de forma que el resultado no es lo que existe “ahí afuera”, sino una mezcla de estímulos externos y construcción cerebral. Por ejemplo: las ilusiones ópticas ya que éstas no reflejan la realidad, no así las cosas materiales como los objetos físicos que sí se perciben con los sentidos.
- **Realidad interna:** son aquellas a las que se tiene acceso con mucha dificultad, pero que influyen en la mayor parte de las decisiones, creencias y actividades. Por ejemplo: los sentimientos, emociones, pensamientos, juicios, ilusiones, deseos.

¿Cuál de ellas es más real? ¡Las dos y ninguna! Una vez más, esta pregunta es genérica como inevitable se intentará responder desde la filosofía o desde la ciencia.

## ¿Cómo es la realidad desde lo filosófico?

Cuando se intenta describir la realidad desde la filosofía (como problema filosófico) se explora en el terreno de la metafísica y el estudio del Ser para poder contestar: ¿qué es lo que hace que se considere al ser como real? ¿en qué medida la realidad es fruto del sujeto o lo es con independencia de él? ¿en qué medida la realidad es un producto de la mente?

Para comprender la realidad es necesario establecer que:

- Todo cuanto existe es material.
- En la constitución de lo real intervienen elementos inmateriales.
- Existen seres reales (entes) que son inmateriales.
- No existe nada material sino que toda la realidad está constituida por entes inmateriales.

Según González (2009) si se defiende la existencia sólo de lo material o se admite sólo la existencia de aquello que es inmaterial se tiene metafísicas materialistas e inmaterialistas o espiritualistas<sup>1</sup>; en el caso que se admitan ambos tipos de realidades, en combinación o separadas, se le llamará metafísicas dualistas.

## Metafísicas materialistas

Explica el mundo a partir de él mismo sin apelar a ninguna otra realidad que no sea lo material y mundano. Consiste en afirmar que todo lo real es en última instancia material. La materia es el constitutivo último irreductible de toda realidad, sea cual sea la manera en como aquello que es real se estructura y se muestra.

Puesto que la materia es el único tipo de realidad que existe en la naturaleza no hay lugar para explicaciones que hagan referencia a almas inmateriales o espíritus sean divinos o humanos. En el materialismo cuando se habla de la mente, no se trata de algo inmaterial sino que la mente es sólo una manera de funcionar del cerebro, es decir, en último extremo se reduce a materia.

De esta concepción de realidad o mundo se desprenden las siguientes corrientes:

- Materialismo atomista (átomos y el vacío): que sigue el más férreo determinismo y un modelo mecanicista del universo (Demócrito).
- Empirismo moderno: que defiende el materialismo corporal. Sigue también un modelo atomista, mecanicista y determinista siguiendo las mismas leyes causales que el resto de la naturaleza aplicadas al hombre (Hobbes).
- Materialismo histórico: afirma que toda la realidad se resuelve en materia. Hace hincapié en la dimensión práctica y productiva del ser humano como ser natural (Marx).

## Metafísicas inmateralistas o espiritualistas<sup>2</sup>

Se niega que exista una realidad material o si admite su existencia, le otorga menos realidad. Consiste en afirmar la existencia y posibilidad de conocimiento de realidades “transfísicas” de naturaleza inteligible o espiritual, es decir, no materiales.

Un elemento polémico consiste en afirmar no sólo su existencia sino la posibilidad de llegar a conocerlas teniendo en cuenta que suelen estar en muchos casos más allá de la experiencia posible.

De esta concepción de realidad o mundo se desprenden las siguientes corrientes:

- Dualismo metafísico: establece la existencia de dos tipos de realidades separadas: el mundo sensible, de carácter material, que se percibe por los sentidos y mundo de las ideas<sup>3</sup> que son inmateriales, inmutables, eternas, universales e incorruptibles y sólo pueden ser conocidas por la razón (Platón).
- Mundo sensible compuesto de materia (*Hylé*) y forma (*morphé*) y lo inmaterial que constituye la esencia de las cosas es decir aquello que hace que una cosa sea lo que es y no otra cosa (Aristóteles).
- La creacionista: donde la procedencia de todo cuanto existe a partir de la nada. Dios no sólo crea el mundo, sino que ocupa la cúspide en la escala del Ser, es el ser más perfecto. Sitúa la existencia de seres puros e inmateriales. Le siguen los seres

compuestos de materia y forma en los que el lugar más destacado lo ocupa el ser humano, después los animales, los vegetales, los inanimados y los elementos agua, aire, tierra, fuego (Tomás de Aquino).

- La filosofía moderna con los tres objetos de la nueva metafísica: Dios, alma y mundo. La realidad está constituida por la sustancia divina o infinita (Dios), la sustancia espiritual o pensante (*res cogitans* o alma) donde reine la libertad (algo imprescindible desde los postulados cristianos ya que sin libertad no hay posibilidad de juzgar los actos humanos) y la sustancia material o extensa (*res extensa* o mundo) donde reina el determinismo (de acuerdo con su visión mecanicista) (Descartes).
- La postura más espiritualista al negar la existencia de la realidad material. Todo lo que se percibe como realidad no es más que experiencias sensoriales que se captan a través del alma (Berkeley).
- El idealismo absoluto como sistema filosófico en el que ambas realidades aparecen articuladas y unificadas. El pensamiento griego ha reflexionado sobre la naturaleza y el pensamiento moderno sobre el Espíritu (que aquí tiene el sentido de “sujeto del conocimiento”) nace el concepto del Espíritu absoluto. Todo cuanto existe es naturaleza y espíritu pero la naturaleza no es sino la exterioridad del espíritu. Esto significa que los fenómenos (naturaleza) no son más que expresiones y manifestaciones del Espíritu (fenomenología del Espíritu), es decir, un proceso en el que el espíritu o pensamiento se conoce a sí mismo. Es esta misma necesidad de conocerse la que despliega toda la realidad y genera todo aquello que existe como momentos del proceso que sigue el pensamiento. El Ser es el acto de pensar y cada individuo, cada espíritu finito, es una parte del Espíritu absoluto, una realización particular de él que es el fundamento de todo (Hegel).
- Idealismo trascendental: se refiere a una realidad que no es propia, pues para llegar a la conciencia y a la mente, los objetos son filtrados a manera biológica, como entes ya procesados, luego de pasar, a través del cerebro, quien en última instancia tiene ante sí una reproducción de la externalidad al SNC. El tiempo y el espacio son intuiciones puras, anteriores a las percepciones, en otras palabras, serían *a priori* y por lo mismo carecen de realidad objetiva, pero no se puede negar su existencia, o mejor dicho, su preexistencia, por tanto no pueden –el espacio y el tiempo– estar incluidos en lo que llama *a posteriori*, es decir, a los datos procesados. De donde, si ambas intuiciones son subjetivas, entonces no se conocen las cosas como son en sí mismas, sino por medio de los filtros de la percepción, se perciben los fenómenos y no los noúmenos (éstos constituyen la esencia, la naturaleza misma de las cosas).

El idealismo trascendental niega la posibilidad de tener un conocimiento de la realidad en sí misma, y por ello de los temas fundamentales de la metafísica: Dios, alma, libertad, sin embargo, no niega todo acceso a lo metafísico, sólo el acceso intelectual o conocimiento científico, pues sólo hay conocimiento científico de los fenómenos. Para esta corriente de pensamiento hay otra experiencia que puede vincularse con la realidad plena con lo metafísico y es la experiencia moral. Ello a partir de los llamados postulados de la razón práctica (Kant, 2003) o proposiciones que no pueden ser

demostradas desde la razón teórica pero que han de ser admitidas si se quiere entender el “*factum moral*”. Estos postulados se refieren a la existencia de la libertad, la inmortalidad del alma y la existencia de Dios (Kant, 2003).

En concreto, **no** es posible conocer la realidad misma, sino su interpretación o re-interpretación de la misma. Con lo cual la realidad es una invención tan individual que permite, la maravillosa variación del ser humano, que sin ella sería un simple robot biológico, como las hormigas y otros insectos sociables. Esta subjetivización de la realidad es lo que caracteriza a los seres humanos.

En las distintas versiones de la realidad, es necesario encontrar la corriente de pensamiento con la cual puede identificarse, cuál orientará a dar por bueno algo que no está comprobado. Por eso el término elegido, será subjetivo pues pertenece a la realidad interna. El creer o no creer depende de un estado de ánimo que toma la existencia de algo, como una idea o al menos tan cierto como ella. Se acerca a ella y por tanto es real.

## ¿Cómo entender a la realidad la desde la ciencia?

Desde la ciencia surgen las interrogantes sobre la estructura y el funcionamiento del mundo físico. A lo largo de la historia, la ciencia ha dado diversas respuestas de lo que pueda ser la naturaleza de las cosas (cosmovisiones científicas<sup>4</sup>) que se han ido sucediendo y a veces combinando. Se ha concebido al universo como un gran ser vivo donde cada parte tiene su función y una finalidad determinada por el todo; se ha entendido, otras veces, como un gran fractal matemático o un holograma<sup>5</sup>; otras, se ha pensado como una gran máquina donde los engranajes encadenados siguen un orden preciso y un funcionamiento matemáticamente exacto; para llegar en la actualidad a considerar que la apariencia del mundo del que somos parte depende de la dinámica es decir, es relativa a este movimiento y el funcionamiento mismo de la realidad física (Heisenberg, 1927).

A continuación se da la definición de realidad en una forma aceptable asumiendo la coexistencia de cuatro realidades Penrose (2006):

- **Realidad primera o física, fundamental o material, constituida por todo lo que existe en el universo, el ser humano.** La realidad se corresponde a las leyes de la física, basadas en la verdad matemática. Pero nada dice sobre la realidad subjetiva de la mente humana, porque aún ni se acerca siquiera a una teoría general de la mente y de la consciencia.
- **Realidad segunda del mundo de las ideas, del pensamiento y de las teorías.** Formada por las ideas, los sueños, los pensamientos, las teorías, los números y las matemáticas, que parecía ser distinta o distanciada de la realidad material.
- **Realidad terciaria o de la religión, de los dioses y divinidades que incluye a la realidad virtual, donde las máquinas toman el lugar de los dioses o el misticismo.** Incluye la de la continuidad de la vida en un mundo espiritual, no material, pero con aparente consistencia física, como son los paraísos e infiernos de las diversas religiones y esa existencia de lo no existente en la primera realidad que ha llegado a ser tan

poderosa provocando millones de muertes y torturas siguiendo al Dios verdadero, desde el punto de vista de las creencias de las distintas comunidades religiosas.

- **Realidad paralela, como en la meditación o en la enfermedad mental.** A partir de la tercera realidad, se empezó a elucubrar que la realidad primera o material no existía. En la actualidad existe una realidad ficticia tan fuerte que parece ser material: la realidad en el mundo virtual de las máquinas, idea que tiene muchos seguidores en la actualidad, al menos como posibilidad tecnológica en el futuro.

A estas realidades se enfrenta la ciencia en la actualidad ¿cuál es más real? Si que la primera es la más tangible, se entiende porque la ciencia hegemónica la ha privilegiado. Sin embargo, en el siglo XX se proponen otras teorías que hablan de una realidad grande (como el universo) o muy pequeña (partículas subatómicas) y compleja (la biodiversidad, los ecosistemas y los seres vivos) (Dautrey, 2006). La realidad material en el mundo entonces se ha establecido con la característica de energía en capas, en ondas, en *quantums*, pero nunca lineal como pudiera esperarse. Así se obtienen tres grandes teorías que ayudan a comprender la realidad desde la ciencia: a) realidad de Newton, b) realidad de Einstein y c) realidad cuántica.

La ciencia del siglo XXI –que trae consigo misma la experiencia de siglos pasados– en este sentido, presenta algunos problemas para describir la idea de realidad. No queda bien establecido que sea verdad si el universo se puede matematizar en su totalidad comprobando que está en expansión, en constante vibración o que sea multiverso. Lo mismo sucede con la hipótesis de la biodiversidad.

Lo interesante de la ciencia es que ante la incertidumbre y los límites humanos del conocimiento, acude de nuevo a la filosofía para tratar de entender la idea de realidad y describirla, de la cual se pensaba que estaba agotada, porque tanto el universo en expansión, como vibracional o los universos múltiples que deberían basarse más que en la realidad matemática, se están sustentando en fundamentos de la realidad segunda; bastante curioso, ya que la ciencia del siglo XX proclamó ajustarse sólo a la realidad observable, comprobable y repetible. Hoy día se deben explorar los fundamentos de otro tipo de física, la cuántica para mejorar la comprensión del universo y con ello, lo complejo que tiene.

## ¿Qué sentido y función tienen las cosmovisiones?

Como se ha mencionado, la ciencia actual recurre a la filosofía para explicar el concepto de realidad. Para ello, en su intento de explicar el mundo físico, considera dos características básicas e interrelacionadas en el desarrollo de la ciencia (Kuhn, 1971):

- La ciencia cambia a lo largo del tiempo.
- Todo desarrollo científico se realiza dentro de un marco conceptual más amplio denomina paradigma científico o también cosmovisión científica.

Existen diversas cosmovisiones que se han ido relevando y a veces han coexistido ofreciendo modelos alternativos buscando ofrecer una explicación más precisa y ajustada

de la realidad que la que daba él que lo precedía aunque siempre hay uno que se constituye en el discurso oficial de la ciencia pero siempre consideran a la realidad y su funcionamiento.

Si bien cada concepción puede ser suficiente para orientarse en el mundo, ninguna de estas cosmovisiones de la realidad queda por completo explicada. Esto es así porque aunque el conocimiento científico sea preciso en la explicación de la realidad tiene también sus limitaciones debidas al mismo método de la ciencia, la capacidad de los sentidos para poder observar la realidad en todos sus aspectos (aunque se amplía con los instrumentos siempre es limitada) o la división de la realidad que toda ciencia hace para llevar a cabo su labor.

A continuación, se presentan los diversos paradigmas o cosmovisiones científicas que se han ido sucediendo en la historia de la ciencia occidental.

- La cosmovisión organicista o modelo teleológico (Aristóteles). El organicismo contempla el mundo como un gran organismo en el cual todas las cosas tienen una finalidad que cumplir. La mentalidad cristiana medieval reinterpretará esta cosmovisión viendo en el cosmos lo grandioso de su creador, siendo la ley natural expresión de la voluntad de un Dios que ha “ordenado” el mundo para que sea como es y proceda como lo hace. Esta cosmovisión dominó hasta que fue sustituida a finales del siglo XVII por Newton y el impulso ilustrado del siglo XVIII.
- La cosmovisión mágico-naturalista o modelo animista (Platón). Cree en la existencia de una realidad llena de espíritus de diferente rango (cadena de ser). Desde esta cosmovisión el mundo es una naturaleza orgánica, viva (panvitalista) y los distintos órdenes de la realidad disponen de un espíritu específico. El cosmos no es entendido como una sustancia estable sino como un proceso. Al estar todo animado, nada perdura imperturbable. La ciencia no se centra en el hecho de medir las cosas sino en el de descubrir el secreto de sus cualidades.

Los rasgos fundamentales de esta cosmovisión son:

- El universo contiene una multiplicidad de seres diferentes entre sí que no son sino manifestaciones de fuerzas específicas.
- La realidad material, incluso aquella que es considerada inerte, en realidad es activa, animada, origen de su vida y movimiento.

Esta concepción será el punto de partida de las creencias astrológicas, alquimistas y ocultistas que perduran hasta hoy.

La cosmovisión mecanicista o modelo mecánico como el reloj (Galileo o Newton y Descartes). El mundo es visto como un gran mecanismo, se habla de “la máquina del mundo”. Todo se explicará primero en términos de relaciones físicas y, más tarde, de reacciones químicas, que siguen una dinámica tan precisa como una máquina, ello llevará a hablar de un **Dios ingeniero**, un ordenador racional de una naturaleza que una vez diseñada y construida funciona de manera automática.

Los supuestos a partir de los que se articula esta nueva cosmovisión son:

- El mundo es homogéneo, por eso la experimentación, que siempre es particular, tiene un valor general.
- La complejidad de la naturaleza es sólo aparente. Su diversidad puede reducirse a unas cuantas leyes que explican todo su funcionamiento. Una de sus tesis básicas es la convicción que el mundo, sea cual sea la escala en la que se considere, microscópica o macroscópica, es simple y está gobernado por leyes simples.
- Conocer el cosmos es medirlo y matematizarlo. La nueva ciencia procura reducir las cualidades de las cosas (color, gusto, entre otros) y todo tipo de cambio a aquello que pueda ser cuantificado.
- Determinismo: el azar no existe todo está bien determinado.

La cosmovisión posmecanicista o modelo científico contemporáneo. Tres teorías científicas ponen en crisis la cosmovisión mecanicista y el modelo clásico de ciencia configurando una nueva cosmovisión y una nueva forma de entender la ciencia que puede considerarse son las actuales: la teoría de la relatividad, la física cuántica y el principio de indeterminación y la teoría de las estructuras disipativas o del caos.

Diversos autores provenientes del enfoque sistémico como Capra, von Bertalanffy, von Foester, Maturana y Bateson hablan de “complejidad” (Arancibia, 2010) porque en la realidad se combinan numerosos elementos sistémicos, relaciones, dinámicas, sinergia y lo que por último busca es que todas las piezas del rompecabezas cuadren en un todo coherente. Desde el punto de vista de la filosofía de la ciencia, es adecuado comprender al pensamiento sistémico y en general a la complejidad como cosmovisión, como un pensamiento lógico y coherente. De acuerdo con la comprensión amplia divulgada desde este punto de vista, la complejidad es una cosmovisión que le adscribe un papel determinante al sujeto, denominado como “observador”. De acuerdo con esta línea de interpretación, la complejidad del mundo es relativa al punto de vista del observador.

## ¿Cuál es el alcance de las teorías científicas?

Hoy la ciencia, parece que proporciona un conocimiento de la naturaleza que se considera modélico, a la vez que es indiscutido en su pretensión de verdad. Sin embargo si se limita a esta reflexión hay que relativizar esta consideración.

Respecto del alcance de la ciencia al mundo físico hay tres formas de interpretar su valor (cuadro 1-7):

**Cuadro 1-7. Cosmovisiones tradicionales y contemporáneas**

Cuadro 1-7. Cosmovisiones tradicionales y contemporáneas						
Cosmovisiones tradicionales				Cosmovisiones contemporáneas		
Concepto	Organicismo	Mágico-naturalismo	Mecanicismo	Teoría de la relatividad	Física cuántica	Complejidad
La realidad	Un único todo formado por elementos distintos donde cada parte sólo tiene sentido por su función dentro del todo	Conjunto de seres interrelacionados entre sí. Cada ser es, a su vez, otro conjunto de elementos interrelacionados	Agregado de partículas homogéneas y sólo distintas entre sí por sus aspectos cuantitativos	La apariencia del mundo que les rodea depende del estado de movimiento: depende o es relativa a este movimiento	Un todo que no se puede fragmentar para ser explicado. No tiene fronteras. Sólo existen probabilidades que propician la construcción de nuevas realidades	Es subjetiva y manifiesta la relación sujeto-objeto, donde el hombre le incorpora a la observación realizada, su percepción personal acerca de la realidad circundante; es un inclusiva, interdisciplinaria, dialógica, autocrítica
La totalidad	El todo es más que la suma de las partes (forma un organismo, un sistema)	Macrocosmos formado por una red de fuerzas en la que cada elemento es un microcosmos que refleja la totalidad (estructura)	El todo no es más que la suma de sus partes (agregado)	El espacio-tiempo: un continuo tetradimensional (las tres dimensiones del espacio más el tiempo)	Se concreta según la voluntad del actor, el cual actúa como “atractor extraño” de dichas posibilidades	Es más que la suma de sus partes
Relaciones entre los elementos	Cada cosa tiene su lugar y hay un lugar para cada cosa. Están todas articuladas funcionalmente formando el sistema	La realidad está ordenada jerárquicamente formando una escala donde los seres más nobles ocupan los escalones más altos y van bajando por grados hasta los más vulgares. Cadena del Ser	Cada cosa puede estar de modo indiferente en un lugar u otro y las relaciones que mantiene con las demás son de pura posición en un momento determinado	En este mundo relativista lo único que pasa a tener carácter absoluto, que es una constante, es la velocidad de propagación de la luz (300 000 km/s) Esta velocidad es fija y <b>no depende de la velocidad de la fuente de luz o del receptor</b>	Para la física cuántica, cualquier realidad es posible, pero, según sea el “observador-participador” sólo se concreta una: todo es posible y sólo hay una concreción; todo es posible aunque se concrete sólo una expresión. El potencial cuántico depende de las interacciones entre las “partículas” del sistema y el contexto	El conjunto de elementos en interacción. Cuando en un sistema alguno de sus elementos es modificado todos los demás se ven afectados y por tanto, todo el conjunto cambia
Modelo explicativo general	Biológico	Geométrico	Mecánico	Perceptivo	Conjetural	Global
Periodos de dominancia	Antigüedad y medioevo	Renacimiento	Modernidad	Contemporáneo	Contemporáneo	Posmodernidad
Representantes	Aristóteles (384-322 a. C.)	Paracelso (1493-1541) Giordano Bruno (1548-1600)	Galileo Galilei (1564-1642) René Descartes (1596-1650) Isaac Newton (1642-1727) Antoine de Lavoiser (1743-1794) P. S. de Laplace (1749-1827)	Albert Einstein (1879-1955)	Max Plank (1858-1947) Erwin Schrödinger (1887-1961) Werner Heisenberg (1901-1976)	Ilya Prigogine (1917-2003)

1. **Realismo:** consiste en afirmar que la ciencia tiene como objetivo expresar de forma rigurosa y racional aquello que se da y aquello que es la naturaleza. Es la idea de que la ciencia aspira a encontrar una teoría verdadera sobre el mundo con un carácter de verdad fuera de toda duda razonable.
2. **Positivismo:** consiste en afirmar que la ciencia se limita a describir los fenómenos tal como son, analizando sólo las apariencias, traduciendo a un lenguaje racional aquello que acontece, sin preocuparse de la relación entre “aquello que aparece” con “aquello que en realidad existe”. Por limitarse a la consideración de los meros fenómenos también se denomina fenomenismo.
3. **Instrumentalismo:** es la concepción de la ciencia según la cual las teorías científicas no explican la realidad ni la describen, sino que sólo son instrumentos y herramientas para hacer predicciones, que buscan la utilidad.

## ¿Cuáles son los problemas del Ser que tienen relevancia con la realidad?

Siguiendo a Kant, los problemas del Ser se reducen a tres ámbitos (figura 1-4):

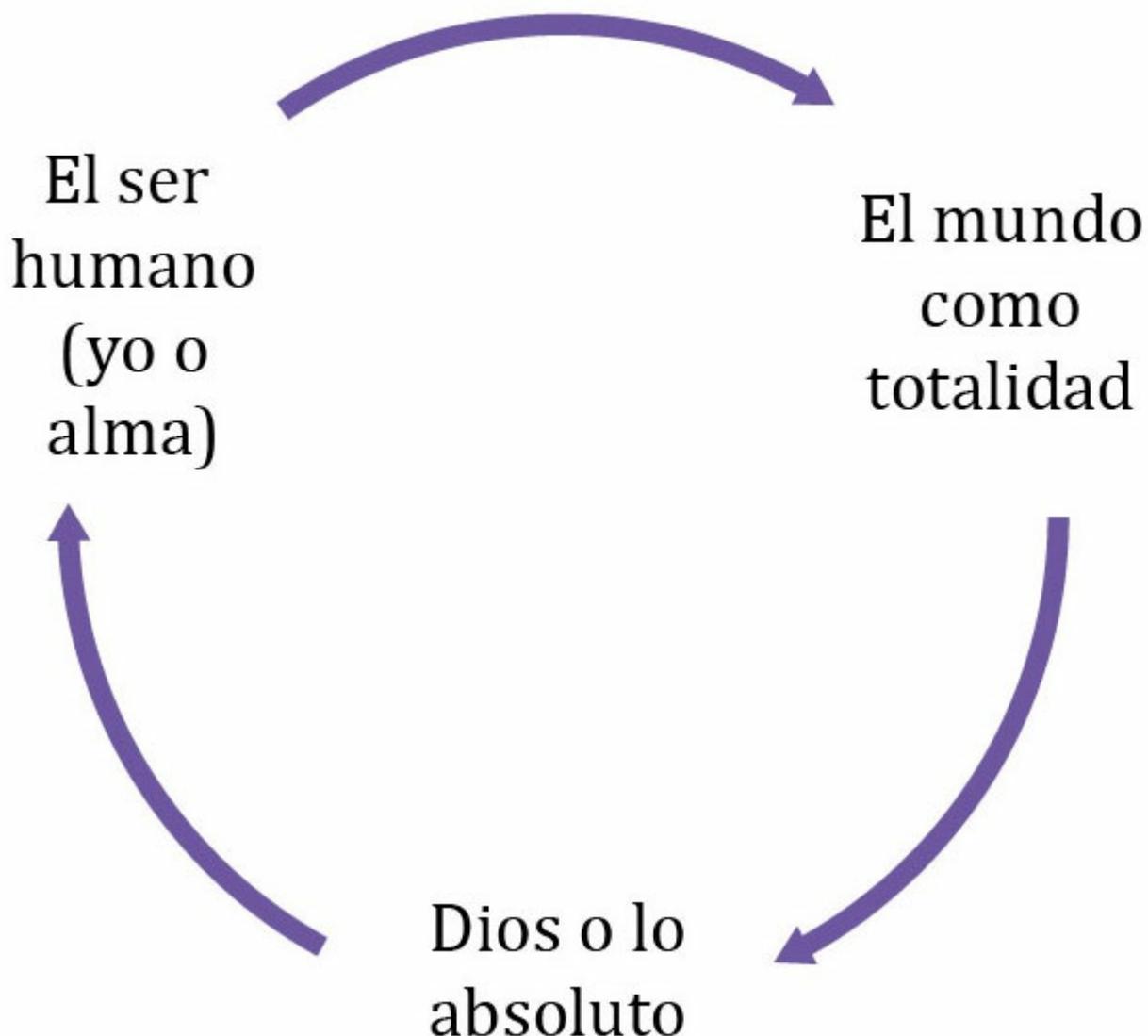


Figura 1-4. Los problemas del Ser.

## En torno al ser humano

La reflexión filosófica sobre el ser humano se puede centrar en dos problemas:

1. Intentar determinar qué es el ser humano. Señalando qué papel tiene el alma en él y cuál es la naturaleza de ésta.
2. Intentar determinar cuál es sentido de la existencia humana.

## En torno al mundo como totalidad

La verdadera naturaleza de la realidad se define a través de las siguientes condiciones:

1. Si existe independiente del sujeto que la conoce o es objeto producto del sujeto. Ante esta disyuntiva hay dos corrientes de pensamiento que son de ayuda:
  - El realismo. La realidad existe en sí misma. Supone que las cosas –el universo–, existen con independencia de un sujeto que las conozca. Por lo tanto, las cosas son independientes y tienen una existencia propia.
  - El idealismo. La realidad sólo existe en la conciencia del sujeto. Considera que las cosas sólo son tales, tienen realidad y existen, si hay una conciencia, un sujeto que las piense. De esta manera, las cosas dependen de los sujetos y, por lo tanto, su existencia es dependiente y siempre relativa a los sujetos. Es el sujeto quien a partir de los datos de la conciencia construye una totalidad que se nombra objeto. Es la conciencia misma la que constituye el mundo. La realidad, el objeto, es objeto conocido.
2. Si las cosas tienen un principio o han existido desde siempre. Para ello hay dos respuestas:
  - Eternidad de lo real. Desde esta postura lo real existe desde siempre: es eterno. Es la postura defendida por los pensadores griegos para los que siempre ha habido algo, sea en su forma actual o con otra forma, a partir de la cual las cosas han llegado a ser, siguiendo un proceso mecánico o evolutivo, de acuerdo con determinadas leyes, o por simple azar.
  - Creacionismo. Desde este punto de vista lo real comenzó en un momento determinado y por acción de Dios. Es la postura defendida por los pensadores cristianos según la cual las cosas, el universo, han llegado a ser por la voluntad soberana de un Ser que ha creado el universo a partir de la nada.
3. Si el componente último de la realidad es uno o muchos, es decir, cuántos componentes hay en ella. También aquí y hay dos alternativas:
  - Monismo. Toda la realidad es, en última instancia, un único elemento; es decir, que está hecha de un único componente, sea materia, sea espíritu, la energía, el agua, el aire, entre otras. Las cosas, tal y como se observan, no son más que manifestaciones diversas de esa última y única realidad que se esconde tras los objetos que se perciben. El hecho de que la nieve, el hielo, el vapor, el granizo, la lluvia, entre otros, no sea nada más que distintos estados de un único elemento, el agua, llevó a muchos filósofos a plantearse que había un principio único del cual todo surge a través de diversas transformaciones.

- Pluralismo. La realidad es resultado de la combinación de diversos elementos en distintas proporciones que da lugar a todas las cosas que existen. Aquí se admiten varios elementos constitutivos de la realidad. Por ejemplo sería las teorías atomistas antiguas o contemporáneas.
4. Si todo cuanto sucede en la vida, todo lo hecho está determinado por las leyes naturales siguiendo un orden estricto, único y necesario o existe la libertad. Hay dos posturas:
    - Causalidad.
    - Azar (casualidad).
  5. Si existe un orden de los acontecimientos en el universo y en la vida humana. Un orden causal (no existe el azar), hay un determinado orden pero no abarca todos los acontecimientos (hay un cierto orden que es compatible con la existencia del azar) o no hay ningún orden (sólo existe el azar) Las dos posturas alternativas aquí son:
    - Determinismo. Considera que todos los acontecimientos tienen una causa. Están conectados entre sí, son tan dependientes de unos hechos anteriores que si aquellos no se hubiesen dado, ellos tampoco habrían sucedido. El azar no existe. El orden causal estaría descrito por reglas nombradas leyes científicas.
    - Indeterminismo. Considera que pese a que el mundo físico está supeditado a un orden, en general determinista, no todos los acontecimientos están sujetos a estas cadenas causales. Implica la aceptación de la existencia del azar y la libertad.

## **En torno a dios o lo absoluto**

1. Diferentes formas de entender la divinidad. De las formas más primitivas a las más elaboradas se tiene:
  - Animismo. Consiste en atribuir vida animada (alma) y poderes a los elementos naturales (agua, fuego, rayo, sol, entre otros) El ser humano ha de hacer rituales para ganarse el favor de estas fuerzas.
  - Politeísmo. Afirma la existencia de una pluralidad de dioses que además suelen aparecer personificados (Afrodita la diosa del amor, Marte de la guerra, entre otros). Son ejemplos la religión oficial griega o romana.
  - Monoteísmo. Afirma la existencia de un único Dios. Las tres grandes religiones monoteístas son la religión judía, la cristiana y el Islam.
  - Panteísmo. Identifica a Dios con el mundo por lo que todo es divino. Son ejemplos la religión budista o filósofos como Benito Espinosa o Giordano Bruno.
  - Teísmo. Creencia en un dios creador y providente (es decir que interviene en la vida de los seres humanos y puede alterar las leyes de la naturaleza, por ejemplo para provocar fenómenos extraordinarios). Habla de un dios personal que se comunica con los seres humanos para revelarles su verdad. Es la idea defendida por la mayor parte de los filósofos cristianos como Tomás de Aquino, Descartes o Berkeley.
  - Deísmo. Creencia en un dios que es principio y causa del universo pero que después lo deja a sus propias leyes. No es un Dios personal. Niega la providencia y la revelación. Es una idea defendida por algunos filósofos ilustrados (como Locke, Voltaire o Rousseau) que buscaban una religión natural basada en la razón que prescindiera de textos sagrados.

2. Actitudes ante la posibilidad de la existencia de la divinidad. Se pueden mantener tres posturas diferentes:

- Creyente o teísta. Es la persona que por diversos motivos, la educación o la experiencia mística (de algo divino o sobrenatural), afirma la existencia de alguna forma de divinidad.
- Agnóstico. Es la persona que considera que no se puede demostrar la existencia de la divinidad pero tampoco se puede demostrar que no exista por lo que suspende el juicio. Ni cree ni deja de creer.
- Ateo. Es la persona que niega la existencia de la divinidad en cualquiera de sus diversas acepciones. Hay una variedad que se denomina ateísmo práctico y que define a aquellas personas que declarándose creyentes actúan en su vida cotidiana como si la divinidad no existiera.

En resumen, la realidad es materia todavía de estudio y no se ve final a cualquier controversia al respecto. Para la filosofía, la realidad es material, inmaterial o dual; para la ciencia, la realidad es mecanicista aunque ya se está moviendo a la posmecanicista. Para ambas dimensiones tener realidad significa ser parte del mundo en el aquí y el ahora, es decir, ser es acontecer. Acontecer es tener un puesto en el mundo de los fenómenos o impresiones sensibles (Zubiri, 1941).

La postura más adecuada –desde el punto de vista del autor– es la de Kant ya que abre la posibilidad dual con proposiciones pertinentes y actuales, sin embargo, cada persona debe tomar postura ante las variadas corrientes que se anotaron: ¿bajo qué modelo de realidad trabaja en enfermería? ¿Habría un solo modelo? Se puede instituir una sola mirada acerca de la realidad? ¿Bajo qué creencias es posible moverse en la realidad de la práctica? Se invita al lector a contestar las siguientes cuestiones y reflexionar acerca de su realidad:

¿Cómo es?	Material, inmaterial, eterna, creada, con un principio en el tiempo, finita o infinita.
¿Qué principios la rigen?	El azar, la necesidad, tiende al orden o al desorden.
¿Cómo funciona?	Es como un organismo vivo o una máquina, mágica.

Por ejemplo, yo (realidad primera) amo o creo amar (realidad segunda) a otra persona y mi creencia es tan fuerte que deseo unirme de por vida con ella. Ella acepta y desea casarse por determinada religión (realidad de tercera). ¿Se unen a las realidades de Enfermería? ¿Son diferentes? ¿Habría una buena relación si no comparten la misma cosmovisión? ¿Esto sucede en enfermería?

A través de ese sencillo ejemplo, la autora muestra que coexisten tres realidades en la mayor parte de los seres humanos. Pero esa coexistencia puede tener un costo, porque en algún momento sólo puede primar alguna de las realidades, como cuando el amor se termina o se abandona la religión, y lo único que permanece es la realidad del primer tipo. De todas maneras, aún si se llega a pensar que la única realidad es la del primer tipo, la de la materialidad, las otras dos, sin tener criterios de validez comprobables, pueden afectarla, de tal manera que alguien desee poner término a su vida, por amor o por una lucha religiosa, con lo cual se concluye que el problema no está en la realidad

verdadera, sino que todas, las tres tienen existencia e interactúan de distintas maneras en la vida.

Para saber más: De Ponte María (2010) Paradigmas Epistemológicos. Visite: <http://www.slideshare.net/sugo2001/cinco-miradas-a-la-realidad-seccion-b1>

## CUESTIONES PARA DISCUTIR

1. ¿Cuál es su cosmovisión respecto a su vida profesional?
2. ¿Qué es para usted la realidad? ¿Cómo puede conocer la realidad de una persona?

## REFERENCIAS

- Arancibia Miriam Dolly (2010). Pensamiento complejo, en Fernández Francisco, Mercado Juan (edit) *Philosophica: Enciclopedia filosófica on line*, en [http://www.philosophica.info/archivo/2010/voces/pensamiento\\_complejo/Pensamiento\\_Complejo.html](http://www.philosophica.info/archivo/2010/voces/pensamiento_complejo/Pensamiento_Complejo.html) [consultado el 8 de julio del 2013].
- Cía Gustavo Gabriel (2012). Holograma. Paradigma holográfico cuántico, quantum lógico y variables físicas en relación con ESP y PK en [http://www.bibliotecapleyades.net/esp\\_paradigmaholo02.htm](http://www.bibliotecapleyades.net/esp_paradigmaholo02.htm) [consultado el 8 de julio del 2013].
- Dautray R, Díaz JI (2006). Lo infinitamente pequeño, lo infinitamente grande y lo infinitamente complejo: el medio ambiente. Rev. Cienc. Exact. Fís. Nat. (Esp) Vol. 100, N°. 1, pp 13-24, VI Programa de Promoción de la Cultura Científica y Tecnológica en <http://www.rac.es/ficheros/doc/00456.pdf> [consultado el 9 de julio del 2013].
- De Ponte María (2010). Paradigmas Epistemológicos en <http://www.slideshare.net/sugo2001/cinco-miradas-a-la-realidad-seccion-b1> [consultado el 13 de julio del 2013].
- El principio de incertidumbre de Heisenberg en <http://www.nucleares.unam.mx/~vieyra/node20.html> [consultado el 8 de julio del 2013].
- González José Vidal (2009). La Realidad. Curso de Filosofía y Ciudadanía de Bachillerato. XTEC. Generalitat de Catalunya en <http://www.xtec.cat/~jgonza51/primer/realidad.htm> [consultado el 8 de julio del 2013].
- Kant Immanuel (2003). Crítica de la razón práctica. Buenos Aires: La Página.
- Kuhn TS (1971). Estructura de las revoluciones científicas. México: FCE.
- DRAE (2012). Realidad. en <http://lema.rae.es/drae/?val=realidad> [consultado el 8 de julio del 2013].
- Rubia Francisco J (2003). La conexión divina. La experiencia mística y la neurobiología. Colección Drakontos. Barcelona: Crítica.
- Penrose Roger (2006). El camino a la realidad: una guía completa de las leyes del universo. Madrid: Debate.
- Zubiri Xavier (1941). Ciencia y realidad. Bibliografía oficial #43, pp 61-95, 5a ed. en <http://www.zubiri.org/works/spanishworks/nhd/cienciayrealidad.htm> [consultada el 9 de julio del 2013].

## Notas

- 1 El espíritu desde la tradición filosófica contemporánea se refiere al sujeto del conocimiento y desde la tradición cristiana está vinculado a la idea de alma.
- 2 El concepto espíritu es un concepto cristiano, por eso sería más correcto asignar el calificativo de inmaterialistas a las metafísicas de este tipo que se dan en el mundo griego.
- 3 Las ideas de las que habla Platón no se deben confundir con los conceptos que son construcciones mentales, se trata de objetos que tienen una existencia separada e independiente de que cualquier mente los pueda pensar. Son las únicas realidades en sentido pleno y todo cuanto existe en el mundo sensible es en la medida que participa de ellas o las imita. Ejemplos de estas ideas serían aquellas de la Justicia, la Belleza, el Bien, las entidades matemáticas, entre otras.
- 4 Una cosmovisión es un conjunto de principios y leyes interrelacionados entre sí capaces de proporcionar una explicación o interpretación del mundo o de la realidad. Una cosmovisión es científica cuando la da una teoría científica no limitándose a cuestiones, problemas o fenómenos parciales, sino que tiene la pretensión de considerar la totalidad de los fenómenos científicos, en el grado y la amplitud que sea precisa según el momento histórico

(González, 2009).

5 Un holograma es una imagen tridimensional que se crea empleando un rayo de luz coherente (láser) para hacer que surja, la imagen nítida del objeto que se fotografió. Además tiene la notable característica de que si se parte la imagen por la mitad en cada una de las dos mitades aparecer la imagen tridimensional entera; no importa cuántas veces se particione, cada fragmento revela la imagen completa y tridimensional del original.  
[http://www.bibliotecapleyades.net/esp\\_paradigmaholo02.htm](http://www.bibliotecapleyades.net/esp_paradigmaholo02.htm)

## 1.5 ANTROPOLOGÍA FILOSÓFICA

### Antes de comenzar

- ¿Qué es la antropología filosófica?
- ¿Qué es el hombre?
- ¿A qué se hace referencia con el humanismo en enfermería y cómo vivirlo en los servicios de salud?
- ¿Cuál es el sentido de la existencia humana?

El campo de conocimiento en que se mueve la antropología filosófica es muy amplio por lo que sólo se abordarán algunas temáticas como: de la filosofía analítica-positivista superando la concepción de ser humano como máquina, en particular como máquina descompuesta que se utiliza con frecuencia en el sector salud; de la corriente dialéctica se rescata el humanismo tan necesario en los servicios de enfermería y de la filosofía vitalista, se harán algunas anotaciones acerca del sentido de la existencia. Todo ello con el fin de arribar a un sistema de creencias de enfermería.

### ¿Qué es la antropología filosófica?

Según Kant (2003) la filosofía es la actividad especulativa que está encaminada a responder a cuatro preguntas básicas

1. ¿Qué puedo saber?	Me responde la metafísica.
2. ¿Qué debo hacer?	Me responde la moral.
3. ¿Qué me cabe esperar.	Me responde la religión.
4. ¿Qué es el hombre.	Me responde la antropología.

En el fondo, todas estas disciplinas se podrían refundir en la antropología, porque las tres primeras cuestiones revierten en la última.

La antropología filosófica tiene por objeto describir el conocimiento que se tiene acerca del ser humano desde el plano filosófico, lo que significa una comprensión metafísica de lo que el ser humano es: *sujeto physis, logos y praxis* (Choza, 1988). Los temas que abarca la antropología filosófica están distribuidos en tres grandes corrientes: 1) la filosofía analítica y positivista que se ocupa de cuestiones de psicología, identidad personal, relaciones entre biología y técnica y relaciones entre lo natural y artificial (mente-máquina o mente-cerebro); 2) filosofía dialéctica que articula individuo-sociedad o la reivindicación del humanismo frente al positivismo y 3) filosofía vitalista que incluye el deseo, la construcción del sujeto, el sentido o sinsentido de la existencia, su interpretación, entre otros.

Para enfermería esta cuestión de la antropología filosófica es muy importante dado que en la relación enfermera-persona participan dos seres humanos constituidos por materia viva que piensa, construye ideas, tiene emociones, elabora su cultura y habita en un mundo social. Las enfermeras trabajan con un “alguien” que es lo que marca la diferencia con otro tipo de actividades profesionales el cual se tiene definir para entenderse.

## ¿Qué es el hombre?

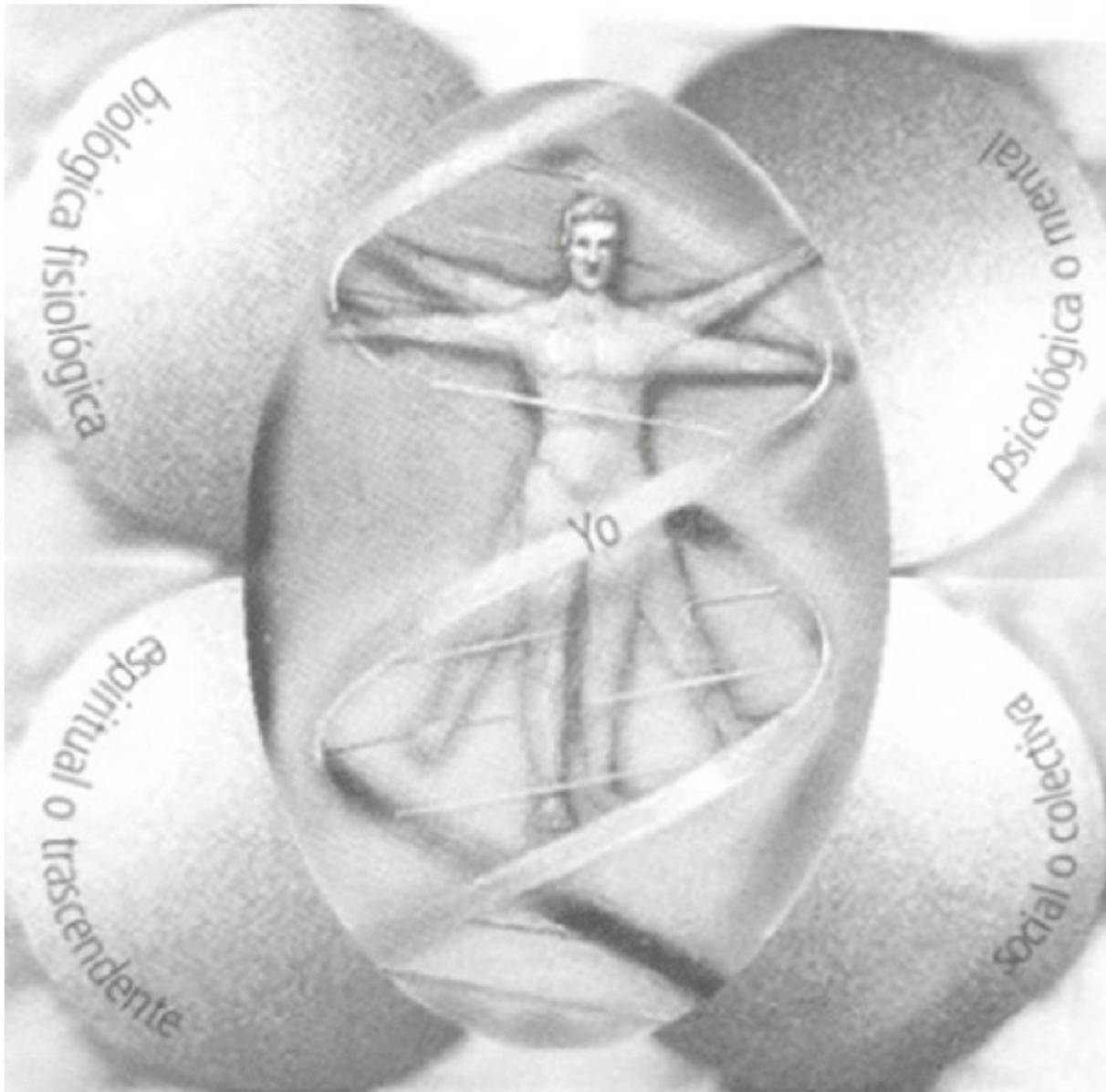
El término hombre puede hacer referencia a:

- Individuo de la especie *Homo sapiens*.
- Persona física como sujeto de derechos y deberes.
- Unidad lógica indivisible integrante de su especie.
- La humanidad, especie humana o género humano como el conjunto de todos los individuos o totalidad de la población mundial, a “la gente”.
- Ampliando, la palabra también se aplica a cualquier ejemplar del género *Homo*, a un varón de la especie humana, es ejemplo excluyente de persona.

Conceptualizar al hombre en este sentido es complicado (Ramírez, 2012). En los intentos de dar respuesta acerca de qué es el hombre, cada época da su respuesta. En las siguientes viñetas se apuntan algunas características del hombre.

- **El hombre es un ser paradójico y complejo.** Es un ser que no puede vivir con los demás, pero que no quisiera vivir sin los demás. La paradoja es una aparente contradicción, ya que lo experimenta el ser humano y lo ve como una ambigüedad.
- **El hombre es un ser complejo multidimensional.** La complejidad está configurada por diferentes dimensiones armónicas que permiten el desarrollo de su ser: biológica, espiritual, social, psicológica y unitaria

Se concibe al ser humano en su integralidad, en el sentido unitario, más que la suma de sus partes, porque su patrimonio biológico, físico, social, psicológico y espiritual lo convierten en un todo indivisible que debemos tomar en cuenta al ofrecer el cuidado.



**Figura 1-5.** Esquema del hombre como un ser complejo. Reproducida con autorización de: Desarrollo del Potencial Humano. En: Roberto Tapia Conyer, editor. El manual de salud pública. 2ª. ed. México: Intersistemas

- **El hombre tiene necesidad de saber.** La pregunta por el hombre es también una pregunta por los otros. ¿De dónde venimos? ¿En qué el nuestro pasado en cuanto materia? ¿Tiene o no sentido la vida? ¿Hacia dónde ir? ¿Hay alguna finalidad que justifique vivir? ¿Vale la pena luchar por algo? ¿Vale la pena vivir para que todo termine con la muerte? Estas cuestiones vitales, atañen al hombre a su ser y a su quehacer, problema que no puedo satisfacerse, sino que se deben asumir. Estas preguntas involucran totalmente, si al preguntarnos por el hombre no está afectado del todo no se le puede tener sentido a la vida. Para ello, hay tres vías que pueden responder a estas cuestiones.
  - a) El origen y desarrollo del cosmos. Responde la física, la química, la astronomía.
  - b) El origen y desarrollo de la vida. Responde la arqueología, la paleontología, la etnología y la embriología.
  - c) El origen y desarrollo de la conciencia. Responde la antropología filosófica, mediante tres visiones: visión racionalista, visión medieval o teocéntrica y visión

antropocéntrica o contemporánea.

- **El hombre necesita relaciones funcionales o presenciales.** Se puede sintetizar en una triple relación:
  - a) Relación objetiva: **ser en el mundo** como ser situado que da sentido al mundo, como ser que da sentido a la existencia humana, con una connotación social del mundo, si el mundo es tarea y destino del hombre, el cuerpo como mediación en el mundo, la corporeidad como mediación para el “yo”).
  - b) Relación Intersubjetiva: **presencia del hombre en medio de los sujetos** cuando se refiere a los semejantes mediante la socialización y personalización (hay dos intentos para la comunicación humana: individualismo y colectivismo).
  - c) Relación Trascendente: **presencia del hombre en sí mismo o mismidad** cuando se refiere a mí y a Dios mediante la educación o aprendizaje, la cultura y las motivaciones (los valores y la libertad).

Según Heidegger<sup>1</sup> el hombre tiene una cuádruple relación vital con (figura 1-6):



**Figura 1-6.** Las relaciones vitales del hombre.

El hombre es un misterio que no puede agotarse con la luz de la razón. Desde la cultura griega el hombre es considerado como una parte del cosmos. Platón dice que el alma es la esencia y el cuerpo la cárcel. Aristóteles dice que el hombre es una unidad sensorial cuerpo y alma, para el pensamiento cristiano es un ser creado imagen divina, persona libre, con voluntad, libertad y amor. Santo Tomás dice que el alma espiritual es principio interno que conforma el cuerpo. Para el renacimiento humanista el hombre es el centro del universo. El pensamiento moderno da primacía al sujeto pensante, centro del orden objetivo para el pensamiento contemporáneo se conjugan varias tendencias:

- **Materialismo:** es sólo materia pero mejor organizada, sujeto a las leyes de los seres naturales.
- **Evolucionismo:** se explica al igual que todos los demás seres desde la variedad de especies por adaptación al ambiente o selección natural.
- **Existencialismo:** capta la profundidad del hombre como ser contradictorio, enigma o paradoja.
- **Personalismo:** considera el hombre como un ser en el mundo. Es singular, irrepetible, libre, responsable y es un ser histórico.
- **Fenomenología y ontología:** es la singularidad del ser espiritual. Se abre al mundo en cuanto a su ser espiritual.

## ¿Individuo, persona o ser humano?

Cuando se hace referencia al sujeto a quien van dirigidas las acciones de cuidado, se le llama o identifica con diferentes nombres: paciente, derechohabiente, cliente, sujeto, individuo, persona o ser humano. El utilizar cualquier connotación es necesario clarificarla. Aquí sólo se van a describir tres.

1. **Individuo.** Se refiere a lo que no puede ser dividido. Se trata de una unidad independiente o una unidad elemental. Es uno frente a la pluralidad, por lo tanto, tiene un referente individual, aunque puede tratarse de un individuo indeterminado de una cierta clase. En el lenguaje coloquial se utiliza la noción de individuo para nombrar cualquier persona cuyo nombre y condición se ignoran (Buber, 1967).
2. **Persona.** Hace referencia a un ser con poder de raciocinio, que posee conciencia de sí mismo y que cuenta con su propia identidad. Es un ser capaz de vivir en sociedad y que tiene sensibilidad, además de constar con inteligencia y voluntad, aspectos típicos de la humanidad. Persona en griego (*prósopon*) es personaje o hace sonar a voz; persona como sujeto legal con deberes y obligaciones. Existen cinco formas de definir persona como:
  - **Sustancia:** atribución de propiedades particulares como independencia y raciocinio) Aristóteles, Boecia y Edad Media).
  - **Ser pensante:** sujeto epistemológico donde la razón supera a su existencia física (pensamiento moderno).

- Ser ético: individuo libre, pero sujeto a una obligación moral, respondiendo a un conjunto de leyes divinas antes que a las leyes de su propia naturaleza (estoicos, Kant y Fichte).
- Ente jurídico: individuo sujeto a leyes intrínsecas de su esencia que están relacionadas con los derechos universales. Dicha característica está por encima de la esencia ética del ser.
- Religiosa: individuos ligados a una fe, cumpliendo mandatos divinos y buscando la verdadera libertad (existencialismo y personalismo, tradición judeo-cristiana, San Agustín, Pascal, Kierkegaard).

**3. Ser humano.** Dice Boff (2002) que la imagen de ser humano sepultada en una cultura se muestra de la siguiente manera:

Como privilegia la racionalidad técnico-científica	Es un animal racional.
Desde la producción capitalista y economía de mercado	Ser de necesidades que deben ser satisfechas (animal hambriento) por tanto, un ser de consumo.
En la base de ideal democrático	Es un ser participativo, un actor social, un sujeto histórico individual y colectivo, constructor de relaciones sociales (igualitarias, justas, libres y fraternas) dentro de determinadas condiciones histórico-sociales.
En la lucha de los derechos humanos	Dotado de una sacralidad porque tiene derechos inalienables y se muestra como proyecto infinito.
En el proyecto científico de dominación de la naturaleza	Cumbre del proceso evolutivo, centro de todos los seres, todo lo demás subordinado a él para disponer de ellas a su antojo.
En la religión	Llamado a dialogar con el misterio del mundo, de preguntar por el sentido último y entrar en comunión con el Creador y ser uno con Él.

Y ¿si se le descubre como “ser-en-el-mundo” (Heidegger, 2000), relacionándose, construyendo su hábitat, ocupándose de las cosas, preocupándose por las personas, dedicándose a aquello a lo que le atribuye importancia y valor, y disponiéndose a sufrir o alegrarse con aquello que se siente unido y a quienes ama?

Lo más adecuado sería entender que el ser humano es un ser de cuidado; más aún, su esencia se encuentra en el cuidado. Poner cuidado en todo lo que proyecta y hace: he aquí la característica singular del ser humano. De aquí que debe tener precaución cuando se tiene la imagen de un ser humano como máquina descompuesta, fragmentado en partes como maquinaria de un reloj, aislado de su entorno y sin interrelación.

## ¿A qué se hace referencia con el humanismo en enfermería y cómo vivirlo en los servicios de salud?

En los servicios de salud se vive la cotidianidad, el diario acontecer, donde el cuidado se va haciendo rutina. En la cotidianidad se ven opacados:

1. Toda existencia humana ya que es un enfrentamiento al reto de la supervivencia.
2. El dinamismo social que está condicionado por aspectos materiales e históricos e impera la ley del más fuerte.
3. La admiración pues a veces se ignora lo que les rodea.
4. La pregunta por el ser del hombre.

Con estos aspectos de la cotidianidad, surgen sentimientos de deshumanización. Es necesario comprender que la deshumanización se coloca en situaciones límite como la masificación que lleva al anonimato y la cosificación, donde el hombre deja de ser humano o persona para ser un simple medio e instrumento. Se produce así el fenómeno de la alienación o enajenación tanto en las relaciones de trabajo como en las relaciones humanas que llevan a construir una compleja red de apariencias donde predominan: la ostentación, el poder, el interés y la utilidad implantándose los antivalores:

- Actitud maquiavélica: el fin justifica a los medios.
- La hipocresía y la apariencia: importa dar la sensación de algo distinto, hacerse amigo del compañero.
- La mediocridad: se vive de la conveniencia.
- La opresión: la angustia vital producida analfabetismo, insalubridad, desnutrición, desempleo, negación sistemática y colectiva de la infraestructura básica, la injusticia social, la explotación del hombre por el hombre, la brecha entre ricos y pobres, la violación sistemática de los derechos y la dignidad de la persona humana.

Teniendo en cuenta lo anterior sólo una postura que rescate lo esencial del ser humano, su más plena humanidad, será necesario para salir creativa y positiva de estos antivalores. El Nuevo Humanismo (SILO, 2012), entiende que la nueva sociedad interconectada y mundializada, requiere de una propuesta filosófica-cultural que dé cuenta de la existencia de multiplicidad de cosmovisiones, que desconfíe de las verdades absolutas que descalifican la diferencia o la disidencia, que comprenda que los sistemas cerrados de pensamiento no podrán hacer pie en una época de rompimientos.

Se trata de recoger y rescatar las raíces culturales e históricas de los pueblos, a las que la globalización homogenizadora de los centros de poder actual asfixia, al ir imponiendo su unilateral visión de la realidad.

Enfocado al área de la salud, entiendo que los principios paradigmáticos en los que debería basarse una nueva propuesta, deben implicar una ética que oriente la acción y la reflexión personal y conjunta. Se trata de principios que asuman el carácter de actitud de vida y que sean capaces de otorgar los acuerdos básicos para la coexistencia pacífica y de colaboración de los distintos grupos sociales, pueblos y culturas.

Porque ¿cómo lograr una unidad básica, una convivencia armónica, si existen multiplicidad de etnias, ideologías, creencias religiosas, usos y costumbres, entre otras? ¿Cómo pueden tener expresión y legitimidad las múltiples culturas en un mundo globalizado que tiende a la unificación? ¿Cómo pueden tener espacio las minorías de

cualquier tipo, en una sociedad de masas? En opinión de la autora ello será posible en la medida que exista acuerdo en seis principios fundamentales de la actitud humanista y que pueden servir de base para generar el carácter humanista. Ellos son:

1. Ubicación del ser humano como valor y preocupación central.
2. Afirmación de la igualdad de todos los seres humanos
3. Reconocimiento de la diversidad personal y cultural.
4. Tendencia al desarrollo del conocimiento por encima de lo aceptado como verdad absoluta.
5. Afirmación de la libertad de ideas y creencias.
6. Repudio a la violencia en cualquiera de sus manifestaciones (Aguilar y Bize, 2000).

Aquí están las bases para generar una sociedad más humana, plural y abierta. Éstos son los principios de actitud de vida que debería desarrollar el sistema sanitario de estos tiempos. Ello implica, por cierto, un sólido compromiso ético, que haga inaceptable cualquier práctica que atente contra estos principios universales.

La postergación de la persona en aras de otros intereses, la desigualdad de derechos, la discriminación de cualquier tipo, la imposición de verdades absolutas, la persecución de ideas y creencias, y el ejercicio de la violencia física o psicológica, son prácticas que hoy todavía existen en el sistema sanitario, principalmente a través de formas ocultas, veladas que se traducen en violencia simbólica (Bourdieu *et al*, 1999) y que en una forma diferente de ver la provisión de servicios de salud no tienen justificación alguna. Esto implica una alta exigencia ética y moral para los trabajadores de la salud, más que en lo conceptual, en lo que hace a su actitud de vida práctica, pero tal parece que la exigencia es pertinente, dada la magnitud de la tarea y de las responsabilidades que implica.

Estos principios y valores no son sólo para declamar o formular de manera teórica; deben ser, sobre todo, una actitud que todo el sistema sanitario ponga en práctica, de manera tal que opere como modelo para todos, no porque se dice en un discurso. Sino de una nueva coherencia y ética personal y social, que desde los lugares donde se ofrecen los servicios asistenciales emanen para influir todo el quehacer social. Pero ello implica un sistema sanitario con crecientes grados de autonomía. Sería ingenuo suponer que el poder político y económico vigente esté dispuesto a otorgar al sector salud y mucho menos a las enfermeras tal autonomía, que disminuya su influencia y control sobre los diseños y quehaceres sanitarios, pero hay que pugnar para que desde los proyectos de vida profesional de cada enfermera se desarrolle esta forma de pensamiento tendiente a ubicar la grandeza y pequeñez del ser humano.

Parece cierto que hay formas de vivir y de actuar que son más humanas que otras y que **vivir humanamente** (el quehacer fundamental) no es algo automático o espontáneo; es una tarea en la que se puede tener éxito o fracasar. Lo mismo ocurre con la obligación de **actuar de forma humana** en el ámbito social o sanitario.

¿Por qué se plantea el quehacer humanizador en estos dos ámbitos? Porque en ellos es donde afloran dos de las dimensiones más primordiales que los seres humanos tienen: la

fragilidad y la condición relacional-social. Si humanizar una realidad es hacerla digna de la persona, esta tarea pasa, por un lado, por la necesidad de respetar la parte más vulnerable y contingente del ser humano y, por otro, por la reivindicación de su pertenencia efectiva y afectiva a la comunidad humana en la que está inserto. En definitiva, se trata de crear o recrear las condiciones para que de su precariedad pueda surgir su grandeza y para que, desde la relación terapéutica y emancipadora pueda vincularse como ciudadano, como miembro de hecho y de derecho, a la comunidad en la que vive.

Se conoce el medio sanitario y el medio social, hoy denominado socio sanitario y se perciben muchas de sus luces, aunque también muchas de sus sombras. Se parte de la realidad, pero no se da por supuesto su legitimación. Desde la formación profesional, se intenta alejar desde dos extremos: por un lado, del **idealismo moral**, guiado sólo por los principios puros, sin conexión con la realidad y que, en último término, puede ser inoperante; por otro, se niega al **realismo moral**, que sólo conoce como buenas las normas encarnadas en la conducta habitual de un grupo y que, en el extremo, acaba conduciendo al **conformismo depresivo**.

Cuando se habla acerca de la tan traída deshumanización de los sistemas de intervención en salud, a menudo se tiene la impresión de estar escuchando una sonata en la que participan al unísono el coro de las lamentaciones y la orquesta de las buenas intenciones. Pero nada más.

La apuesta por la humanización en el área de la salud quiere ser un intento de crear un espacio serio de reflexión y de creación entre profesionales que permita generar cambios. La humanización, en sí misma, es una **idea regulativa**, (no se sabe si puede ser realizable o no, pero debe perseguirse, siendo por tanto una idea racional). Las ideas regulativas, son orientación para la acción y canon para la crítica. Desde esta perspectiva, la humanización significa posibilitar un estímulo para tender a una meta, contar con una herramienta que quiere conjuntar la reflexión con la operatividad pragmática, el realismo con la utopía, definida ésta de modo operativo como lo **inedito viable**. En este sentido, hay que trabajar para la humanización de los servicios de salud como algo que está ahí en el discurso pero que es posible operarlo en la realidad con la fe y el compromiso de cada uno como persona.

**Ante todo, se debe cultivar una actitud humanista de cuidar.** La actitud humanista, fuera de todo planteamiento teórico, puede ser comprendida como una “sensibilidad”, como una actitud, postura o posición frente al mundo humano en el que se reconoce la intención y la libertad en otros y, en el que se asumen compromisos de lucha no violenta contra la discriminación y la violencia.

En el campo concreto de la salud, se ven todos los días representantes de la sensibilidad mencionada. Éste es un ámbito propicio para que se desarrollen estas actitudes. Y nadie duda que sea una aspiración general el logro de esta actitud como forma cotidiana de relación entre las personas y en especial en este tipo de actividades. Más aún, muchos se sorprenden al ver a quienes basan su relación con los demás en esta sensibilidad y reconocen en ellos a grandes seres humanos, dignos de ser imitados.

Esta capacidad, de ver y hacer en el mundo desde esta sensibilidad, no es algo natural

sino que es una forma de estar en el mundo que se puede aprender e incorporar. Por lo tanto no basta con admirar esta postura, sino que es necesario ir más allá tratando de incorporarla en el comportamiento cotidiano.

La salud, mucho más que otras actividades, necesita de este tipo de comportamientos, ya que en lo cotidiano en mucho se ve lo opuesto: la preocupación central es uno mismo. Se discrimina por factores culturales, económicos, sociales, raciales, religiosos, entre otros, se pretende imponer un molde de cómo deben ser las cosas, se defiende la propia visión de las cosas como si se tratara de una verdad única, oponiéndose a los cambios o demorándolos. Se rechazan, abiertamente, ideas o creencias distintas a las propias y en muchas ocasiones, no sólo no se repudia la violencia, sino que muchas veces se lleva adelante una conducta violenta (física, sociológica, racial, sexual, económica, entre otras).

Estas conductas, engloban las críticas que por lo general recibe el “sector salud” de parte de la gente. En general son estos comportamientos, más que otros factores, los que alejan a la enfermera, al médico o a cualquier asistente sanitario, de la gente.

Una de las preocupaciones centrales del humanismo, está puesta en el desarrollo de la actitud humanista en los prestadores de salud, no sólo para beneficio de la gente en general sino también de los propios prestadores, pero hoy también se debe enfrentar una situación que, como si se tratara de un cuento de terror, se va fortaleciendo en muchos que han seguido el camino de la atención sanitaria, es decir, la deshumanización en la prestación del servicio.

Por tanto, el acto de cuidar es una acción netamente humanista que tiene connotaciones en tres áreas: **el obrar, el hacer y el conocer**. Así de manera implícita en el acto de cuidar intervienen muchos elementos entre los que se encuentran: a) los que tienen que ver con el valor de la persona: su dignidad, su vida, la relación solidaria, el ejercicio de la autonomía, la confianza, el bienestar individual y social; b) las formas en cómo se actúa: la unidad, la veracidad, la rectitud, la honradez, el buen juicio, las creencias y c) con el significado de la vida, la belleza, la felicidad, la perfección, la salud, la actualización y la competencia profesional, ambiente social y laboral seguro, trabajo en equipo. Todos inherentes al ser humano en el ejercicio de su humanidad, sobre todo en el ejercicio de los valores.

## ¿Cuál es el sentido de la existencia humana?

Los filósofos han aportado algunas respuestas sobre el sentido de la existencia en tres vertientes (cuadro 1-8):

Cuadro 1-8. El sentido de la existencia en tres vertientes			
Corriente	Idea básica	Principales representantes	Descripción
Pesimismo vital	Negar que tal sentido exista	Arthur Schopenhauer	El movimiento ciego de la vida busca perpetuarse por lo no tiene ningún sentido porque es un simple fruto de su propio devenir ciego. El ser humano busca el sentido de las cosas y no hace otra cosa que <b>desear</b> sin alcanzar nunca satisfacción plena porque el sentido que busca no existe. De esta concepción se deriva de manera inevitable un profundo pesimismo puesto que la <b>frustración</b> y el <b>dolor</b> son esenciales al ser. Jean Paul Sartre dice que el ser es accidental, es pero podría no ser, no hay ninguna razón del ser; el ser sólo es. Es inútil intentar explicarlo mediante un Dios o un ser necesario. Así eliminada toda la razón de la existencia, se ve llevado a afirmar la absurdidad de todo cuanto existe
		Albert Camus	El mundo es absurdo, o mejor, no es racional: tan sólo es. De aquí nace en el ser humano el sentimiento de lo <b>absurdo</b> . Pero ante esto debe rebelarse, y querer vivir; el suicidio, el escapismo, lejos de vencer el absurdo, representan someterse a él
Enfoque religioso	Afirmar que el sentido de la existencia sólo puede hallarse teniendo en cuenta un más allá trascendente, sin el cual la vida humana carecería de todo sentido	Karl Jaspers	Los sufrimientos, la angustia ante la muerte, hacen descubrir que el sentido del ser sólo puede radicar en una trascendencia divina, que, no obstante, sólo se puede intuir
		Miguel de Unamuno	El anhelo de inmortalidad que descubre en su ser, le lleva a afirmar que sólo es posible hallar un sentido a la existencia humana si existe el Dios capaz de colmar su aspiración más profunda. La tragedia de la vida humana es la incertidumbre de la razón a este respecto
Vitalismo	Es posible hallar una finalidad a la vida sin necesidad de recurrir a trascendencia alguna. Una existencia finita puede colmar una vida humana	Friedrich Nietzsche	Considera que negar que ésta sea la vida auténtica y afirmar la existencia de un más allá salvador hace vivir a ser humano de una manera más baja, inferior, pobre. Por eso hace <b>crítica a la moral cristiana</b> porque defiende <b>valores contrarios a la vida</b> . Los valores del cristianismo como la humildad, la resignación, la renuncia, imposibilitan vivir en plenitud. La idea de Dios limita y coarta las posibilidades del ser humano, su realización: <b>“Dios ha sido el vampiro de la vida”</b> . Frente al <b>“sentido del cielo”</b> , del más allá cristiano, que niega la vida y la empobrece haciéndonos esclavos de la <b>moral cristiana</b> se ha de afirmar el <b>“sentido de la Tierra”</b> tomar conciencia de que ésta es la única vida que existe De este modo los valores fundamentales de la existencia son aquellos que conducen a una afirmación de la vida. Para poder ejercerlos con plenitud hay que reconocer la “muerte de Dios” y esto debe significar el nacimiento de un ser humano nuevo, capaz de decir sí a la vida, con todas sus consecuencias: lo bueno pero también lo trágico y terrible, es lo que él denomina el <b>“amor fati”</b> , amor al destino, a la vida Desde la conciencia profunda de la <b>ausencia de un sentido</b> , que vaya más allá de la propia tierra, y sabiendo que <b>no existen valores absolutos</b> , la vida se ha de tomar como un experimento y un juego. La vida consiste en <b>experimentarse a sí mismo</b> . Desde esta conciencia el <b>“superhombre”</b> afirma la vida de forma radical creando sus propios valores y jugando con la vida como un niño, de forma lúdica y despreocupada, pero también negligente y arriesgada Así <b>cada ser humano se define a sí mismo a través de los valores que crea</b> (en el caso del superhombre) o <b>ante los que se arrodilla y negando su propia vida</b> (en el caso del cristiano). Su propuesta de sentido se concreta en la idea del <b>“eterno retorno”</b> que implica <b>vivir de modo que se sea capaz de desear la eterna repetición de la existencia</b>
		Karl Marx	Crítico con el cristianismo y la religión en general. Considera que han sido el <b>“opio para el pueblo”</b> porque adormecen las conciencias de los proletarios haciéndoles soñar con un más allá que no existe y justificando su sufrimiento en este mundo que no es fruto de un orden divino sino que es el resultado una situación injusta que se puede y debe cambiar
		Leszek Kolakowski	La respuesta al problema de la existencia debe partir del reconocimiento de los factores que el ser humano no puede alterar. Pero cuanto mayor sea la participación de la persona en su vida, individual y colectiva, tanto mayor será la plenitud de sentido que podrá alcanzar

Como se puede observar, la respuesta a qué es el hombre, por qué trabajar con el humanismo y cuál es el sentido de la existencia debe llevar a la reflexión y a la problematización. Enfermería con el cuidado en su hacer profesional, debe posicionarse desde la mirada de la antropología filosófica que ubica al ser humano como centro, dar cuidado a su vida y a su salud afirmando que estas dos cuestiones son las más importantes.

La enfermera se relaciona con la persona, lo hace desde una perspectiva holística, como un todo interactivo y unificado. Enfermería como ciencia social y antropológica cuida a la persona humana en el *continuum* salud-enfermedad y lo ha hecho desde tres grandes corrientes del pensamiento o paradigmas que han influenciado a la disciplina y determinan las formas diferentes en cómo se visualiza al ser humano: 1) categorización, 2) integración y 3) transformación (Sánchez, 1998).

Categorización (visión mecanicista) considera a los seres humanos como fraccionados en diferentes partes, seres biopsicosociales que sólo reaccionan a estímulos externos de una manera lineal y causal. Los cambios que se producen en él son por cuestiones de supervivencia. En esta visión la salud puede ser en dos extremos: salud - enfermedad (dicotomizada) en características saludables y no saludables. El cuidado se puede aislar como una característica humana con características definitorias y medibles. Intervenir significa “hacer para” las personas, a quienes se considera pasivas y bajo la responsabilidad de los expertos de la salud;

Integración (visión de interacción recíproca) cree que los seres humanos son holísticos, las partes son vistas en el conjunto del todo, es interactivo, no reducible y el conjunto es mucho más que las partes. La persona se relaciona en forma interactiva y recíproca con el ambiente. La realidad es multidimensional y contextual. Este paradigma orienta a la enfermería hacia la persona. El cuidado pretende mantener la salud de la persona en sus áreas biológica, psicológica y social, cultural y espiritual, intervenir significa “actuar con” para satisfacer sus necesidades. La salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. El entorno está constituido por varios contextos; histórico, social, político, económico.

Transformación (visión de simultaneidad) donde el ser humano tiene múltiples dimensiones que forman una unidad que vive en intercambio mutuo y rítmico con sus ambientes. La salud es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno. El cuidado va dirigido al bienestar de la persona tal como ésta lo define. Intervenir significa “estar con” la persona a quien se acompaña en sus experiencias de salud considerando sus valores culturales, creencias y convicciones. En este paradigma el fenómeno de interés es el conocimiento personal, interés por pensamientos, valores, sentimientos, alternativas y propósito. El cuidado de la experiencia de la salud de los seres humanos se estudia como fenómeno unitario en una relación de mutualidad, de desdoblamiento creativo, de entendimiento de patrones y de una complejidad creciente. La persona toma las riendas de la situación, en una relación empática que es productiva.

Hoy por hoy, la enfermera debe comprender que la vida es un continuo que implica desde el nacimiento hasta la muerte y se da en un conjunto de condiciones de posibilidad, es decir hay factores que la promueven o la obstaculizan, la persona como ser social está inmerso en un medio que le influye positiva o negativa dependiendo de múltiples factores, como pueden ser los culturales, geográficos, sociales, políticos, económicos, entre otros, estableciéndose una relación entre él y su medio que determinará, en gran medida, su grado de bienestar. De ahí que sea fundamental como ley primordial contemplar al ser humano desde un punto de vista holístico, no desde una sola mirada.

La persona como ser social está regida por leyes de vida inquebrantables, es un sistema con procesos vitales, fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales que determinan su historia personal. Para lograr un desarrollo óptimo de sus potencialidades la persona debe satisfacer de manera jerárquica diversas necesidades, de no hacerlo sufrirá alteraciones que lo pueden llevar a la pérdida de la salud en cualquiera de sus dimensiones.

## CUESTIONES PARA DISCUTIR

1. ¿Con cuál de las tres vertientes del sentido de la existencia se identifica y por qué?
2. ¿Cuál es la importancia de la noción de persona en la relación de cuidado, como se observa en los paradigmas de enfermería?

## REFERENCIAS

- Aguilar M, Bize R (2000). Pedagogía de la diversidad. Una propuesta de inspiración humanista. Chile: Virtual Ediciones
- Bertalanffy Ludwig. Teoría general de los sistemas.
- Bourdieu, P et al (1999). La miseria del mundo. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Buber Martin (1967). ¿Qué es el hombre? (trad Eugenio Imaz) 6ª ed. México: FCE.
- Heidegger Martin (2000). La Carta sobre el humanismo. (trad Helena Cortés y Arturo Leyte). Madrid:Alianza Editorial.
- Kant Immanuel (2003). Crítica de la razón pura (trad J. Rovira Armengol). Buenos Aires: La Página.
- Tapia-Conyer R et al (2006). Desarrollo del Potencial Humano. En: Roberto Tapia Conyer, editor. El manual de salud pública. 2ª. ed. México: Intersistemas.
- Sánchez B (1998). ¿Porqué hablar de cuidado de la salud humana? En: Sánchez B, Pinto N, editores. Dimensiones del cuidado. Colombia: Unibiblos Universidad Nacional de Colombia.

## Notas

- 1 Cit por Buber Martin (1967) ¿Qué es el hombre? (Trad Eugenio Imaz) 6ª ed. México: FCEm.

## 1.6 ÉTICA Y MORAL

### Antes de comenzar

- ¿Cuál es la diferencia entre ética y moral?
- ¿Qué hace la ética?
- ¿Qué hace la moral?
- ¿A qué se orienta la deontología?
- ¿Qué códigos guían la práctica profesional en enfermería?

En el siglo XXI, se vive un progreso técnico-científico, con problemas y situaciones que se convierten en dilemas graves desde el punto de vista ético, que sacuden las bases filosóficas y morales. Por ejemplo: la crisis de atención en el sistema de asistencia social que lleva aparejado la colectivización de la medicina o la falta de acceso a los servicios de salud o la prolongación de la vida cuando no hay esperanza o el universalismo, porque los problemas ético-médicos desbordan los límites de la conciencia del personal de la salud y las fronteras entre países o el desarrollo de la salud pública y de la higiene social, las conquistas de la bioestática, la complejidad de la medicina, la necesidad imperiosa de trabajar en equipo, el desarrollo de la medicina legal y de la experiencia médico-legal, el fenómeno de la despersonalización del médico que hace que la confianza del paciente se vuelve mucho más sobre los medicamentos que sobre el médico que se los administra; el crecimiento de la crítica social hacia el acto médico o los extraordinarios progresos técnicos y científicos: la ingeniería genética, los trasplantes, los bancos de esperma, entre otros.

Se vive la era de la globalización que ha trastocado por completo los esquemas de comportamiento de la sociedad de estos tiempos, en especial, la noción clásica de espacio-tiempo en el que se apoyaban tradicionalmente las relaciones humanas. La consigna de “sálvese quien pueda, como pueda” es la ruta a seguir por muchas personas en la actualidad.

Esto lleva a meditar sobre la vida contemporánea que presenta riesgos de una magnitud insospechada, incluso, apunta, catastrófica. El deterioro ético y moral desde la interioridad de cada ser humano, en su ámbito doméstico y el ámbito colectivo afecta y resulta alarmante. Sin embargo, una esperanza surge con la ética en la medida en que la se conozcan y ejerciten valores positivos y se haga visible una fuerza moralizadora de la vida social.

En la práctica profesional en nombre del conocimiento científico y de la tecnología, se pierde de vista al ser humano, se deshumaniza; se enfrasca en la “sociedad de la información” con primacía de la cultura informativa sobre la valorativa. Por ello, retomar a la ética y la moral como ejes rectores de la vida, son hoy la base para la salvación para mejorar nuestras relaciones y edificar una sociedad más justa garantizando la dignidad humana. En enfermería, hay códigos que permiten orientar el actuar profesional basados en el respeto de los derechos fundamentales de la especie humana.

Con todo ello, se señala que en estos tiempos convulsos en los cuales el ser humano vive, el acercamiento a la práctica de valores éticos permanentes no sólo acerca hacia la felicidad sino que también sirve de ejemplo y estímulo a la sociedad del entorno.

## ¿Cuál es la diferencia entre ética y moral?

Las palabras ética y moral se usan como sinónimos. En el cuadro 1-9 se muestran las diferencias entre ética y moral.

Cuadro 1-9. Diferencias entre ética y moral	
Ética	Moral
Es la parte de la filosofía que trata de las obligaciones del ser humano y la moral de las costumbres que pueden implementarlas. Trata sobre la razón, es la reflexión teórica sobre la moral. Es la encargada de discutir y fundamentar de manera reflexiva el conjunto de principios o normas que constituyen la moral	Es el conjunto de principios, criterios, normas y valores que dirigen nuestro comportamiento. Se actúa de manera determinada y permite saber que hacer en una situación concreta. Es como una especie de brújula que orienta, dice cuál es el camino a seguir, dirige las acciones en una determinada dirección. En la vida hay que intentar no perder la orientación. El aspecto práctico consiste en hacer emerger los valores interiores que todos poseen. Esto proporciona una gran confianza en sí mismo y en los otros y, sobre todo, una inagotable capacidad para resolver las dificultades de la vida
Del griego <i>ethos</i> que significa hábito, carácter o modo de ser derivado de la costumbre	Viene de latín <i>mos</i> que significa hábito o costumbre
Responde a la pregunta: ¿por qué debo hacerlo?	Responde a la pregunta: ¿qué debo hacer?
Es teórica. Tiene que ver con el nivel teórico o de la reflexión	Es práctica. Tiene que ver con el nivel práctico o de la acción
“Moral pensada” (Aranguren, 1968)	“Moral vivida”
Surge en la interioridad de una persona, como resultado de su propia reflexión y su propia elección	Tiene una base social, es un conjunto de normas establecidas en el seno de una sociedad y como tal, ejerce una influencia muy poderosa en la conducta de cada uno de sus integrantes
Influye en la conducta de una persona pero desde su conciencia y voluntad	Actúa en la conducta desde el exterior o desde el inconsciente
Es normativa destaca la presión del valor captado y apreciado internamente no como valor impuesto desde el exterior, sino el descubierto internamente en la reflexión de un sujeto	Impera el aspecto prescriptivo, legal, obligatorio, impositivo, coercitivo y punitivo, destaca la presión externa
Es el hecho real que se da en la mentalidad de algunas personas, es un conjunto de normas a saber, principio y razones que un sujeto ha realizado y establecido como una línea directriz de su propia conducta. No son sujetas al espacio o tiempo, sino que permanecen inalterables como custodios de la naturaleza humana. Para ello se definen: acciones morales, normas morales, valores morales y dilema moral	Son hechos reales que se encuentran en todas las sociedades, mediante un conjunto de normas que se transmiten de generación en generación, evolucionan a lo largo del tiempo y poseen fuertes diferencias con respecto a las normas de otra sociedad y de otra época histórica, estas normas se utilizan para orientar la conducta de los integrantes de esa sociedad

En estricto sentido, tenemos tres niveles que las distinguen:

- El primer nivel está en la moral, es decir, en la práctica cotidiana con normas cuyo origen es externo y tienen una acción impositiva en la mentalidad del sujeto.
- El segundo es la ética conceptual, que es el conjunto de normas que tienen un origen interno en la mentalidad de un sujeto, pueden coincidir o no con la moral recibida, pero su característica mayor es su carácter interno, personal, autónomo y fundante.
- El tercer nivel es el de la ética axiológica que es el conjunto de normas originadas en una persona a raíz de su reflexión sobre los valores.

## ¿Qué hace la ética?

Estudia los actos humanos<sup>1</sup> y su objeto formal es la bondad o maldad de dichos actos. Fundamenta sus modelos por medio de la razón que le proporciona causas, razones, el porqué de una conducta realizada. Por ello es normativa pero no lo normal de hecho, sino lo normal de derecho, o sea lo que debería suceder que no lleva a decidir que se está actuando de un modo ético cuando la conducta normal de hecho coincide con lo normal de derecho.

A la ética también le interesa la esencia de los valores y, en especial, del valor moral, tratar de ver en qué consiste un valor, sus propiedades y lo propio de un valor moral. Lo interesante de la ética es el intento de penetración hasta la esencia de la bondad o maldad de la conducta humana y vislumbrar la perfección o valor, que pueden encerrar en su misma naturaleza y en su calidad de creaciones humanas.

La ética tiene que ver con la comprensión de lo que se es y del sentido de las cosas que se viven, se dedica a valorar y ordenar la conducta, emociones y pensamientos, esto es estar armonía. Ayuda a encontrar los valores éticos para orientar –de la mejor manera posible–, la forma de vivir (Capacete, 2008):

- Amando el conocimiento para saber cuál es la naturaleza del ser humano, qué es, qué ha venido a hacer en la vida, qué es lo natural en el hombre.
- Encontrando los valores éticos que permitan alcanzar y desarrollar las potencialidades humanas.
- Integrándolas en la naturaleza y valorando cada ser en su justa medida.

El cuidado es un acto humano con una dimensión ética. La ética en enfermería convoca a mirarlo como una actividad con alto compromiso moral, donde asistir, ayudar, relacionarse con los demás, impone reflexionar ¿por qué se debe hacer algo? Es útil para someter las acciones a una regla moral sin las cuales no es posible vivir en la sociedad.

La enfermera en su ejercicio profesional deberá tomar decisiones que pueden llegar a influir sobre la libertad o la vida humana. Deberá resolver problemas que no dependen sólo de sus conocimientos científicos, sino de sus creencias y de sus convicciones humanistas. La conciencia de nuestros propios límites, el respeto por la dignidad humana, la capacidad de colocarle en el lugar de la persona, por ejemplo, van a influir de forma evidente en el cuidado que se ofrece. Así, sensibilizado con el aspecto humano de la salud y de la enfermedad, la enfermera puede comprender que está en presencia de un ser completo que sufre y que tiene necesidad de ayuda. En la ética ha habido una imbricación entre religión y medicina de la cual, enfermería es acompañante permanente. Se mezclan los ideales profesionales y de los valores asociados a ellos influyendo en la función sanadora. No es pues sorprendente que la ética religiosa tenga un sitio particular en nuestras creencias profesionales.

Se debe reflexionar cómo conjugar el interés hacia el desarrollo técnico y las normas éticas de la profesión. Es indispensable –y hoy más que nunca pensar en esto– la existencia de un equilibrio perfecto entre la ética y la ciencia. “La ética no debe quedarse

a la zaga del avance científico, sino que debe preceder a toda ciencia”. El progreso científico y tecnológico, las posibilidades de acción sobre el enfermo y la de mantener la vida o de provocar la muerte, hacen más conscientes de la necesidad de normas éticas claras acerca de lo que es lícito o ilícito, acerca de los límites de la libertad de acción. Esta necesidad se destaca más cuando, como ocurre en la actualidad, la ciencia y la técnica progresan más rápido que el establecimiento de una legislación apropiada, planteándose nuevos problemas inimaginables hace tan sólo algunos años. El especial trabajo del médico y su posibilidad de una influencia decisiva sobre el ser humano y la sociedad, han exigido siempre una elevada categoría moral que se apoye en códigos médicos y menos en leyes que reglamenten su conducta.

## ¿Qué hace la moral?

La moral al ser una práctica se rige por imperativos lógicos de pensamiento y lenguaje. Como conjunto de principios, criterios, normas y valores que dirigen el comportamiento hace emerger los valores interiores que todo ser humano posee. Esto proporciona una gran confianza en unos y otros, sobre todo, ofrece una inagotable capacidad para resolver las dificultades de la vida. Tiene tres componentes básicos: es una dimensión humana irreducible, tiene categorías que describen sus características y se hacen claras estas características proponiendo la razón de que las haya (Cortina, 2000).

Aranguren (1968) dice que en la moral se encuentran los siguientes conceptos:

- Conciencia moral (Piaget, 1984). (“gusanillo o pepe grillo que todos tienen”) que es el repertorio de normas morales que cada quien conoce y están distribuidas en: moral personal (cuando se eligen), moral social (cuando se aceptan por presión social o porque no hay de otra), conducta moral personal y conducta moral social (cuando se realizan las acciones y se observan sus consecuencias).
- Fenómeno moral se refiere al enfrentarse a un fenómeno o dilema y se requiere explicar en qué consiste.
- Hecho moral (González, 2008) que son juicios (valores y virtudes) emanados del sentimiento o de la argumentaciones surgidas de la razón (aprobación y desaprobación).
- Lenguaje o normas (González, 2008) de dichos hechos y que se consideran morales.

La moral al regular la conducta humana y ser prescriptiva, no debe ser diferente de las reglas jurídicas, sociales, religiosas e incluso técnicas, sin embargo, es de considerarse que son aceptadas y reconocidas como obligatorias por la persona que las usa, por tanto son autoobligadas, incondicionadas y razonadas. También tiene una estructura, que de hecho permite analizar la conducta u obrar:

El motivo	¿Por qué se ha obrado así?
La intención	¿Para qué se ha obrado así?
Los medios	¿Cómo se ha obrado?

El resultado	¿Qué se logra con obrar así?
Las consecuencias	¿Cómo afecta a los demás el resultado de esta manera de obrar?

Se complica también identificar y describir la moral porque al fundamentar los fenómenos o dilemas se presentan tres propuestas en el mundo filosófico:

- La versión estándar del positivismo-cientificismo que niega la posibilidad de una fundamentación racional de los juicios morales y que se basa en el biologicismo, la técnica y tecnología, el pragmatismo utilitario.
- El racionalismo crítico que rechaza cualquier intento de fundamentación última, sea de la moral, sea del conocimiento.
- La existencia de diversas “morales”, es decir, que cada quien tome la decisión de acuerdo a sus cánones morales esperando que su conducta moral personal sea coherente con la conducta moral social.

Por todas estas razones cuando se habla de moral en enfermería, se enfrenta a conflictos y dilemas en la toma de decisiones; primero, porque el desarrollo de la conciencia moral puede estar en diferentes niveles; segundo, debido al paradigma positivista a ultranza; tercero, porque los valores y virtudes no concuerdan con los de los otros y cuarto, porque no se conocen las normas morales que regulan este ejercicio profesional.

## ¿A qué se orienta la deontología?

Es el conjunto ordenado de deberes y obligaciones morales que tienen los profesionales de una determinada materia. Es conocida también bajo el nombre de “teoría del deber” y, al lado de la axiología, es una de las dos ramas principales de la ética normativa. Un código deontológico es un conjunto de criterios, apoyados en la deontología con normas y valores, que formulan y asumen quienes llevan a cabo una actividad profesional.

Han existido desde hace mucho tiempo pero en la segunda mitad del siglo XX se presentó el surgimiento de códigos y declaraciones confeccionadas con objeto de responder a este requisito de normar las actividades profesionales de forma clara en lo ético y moral. La ética, que durante un tiempo había sido relegada hasta lo ínfimo a causa del impulso irresistible de la tecnología, resurge como una necesidad imperante.

Ahora bien, se tiene que diferenciar, hacia dónde se orientan los principios éticos de los deontológicos. Los principios éticos se refieren a cómo se desenvuelve el ser humano o cómo actúa desde su formación personal (valores y virtudes), a lo que la propia conciencia dicta y lo deontológico, se refiere a los códigos morales que vigilan el cumplimiento de determinados niveles de exigencia, de competencia y de calidad en el desempeño del trabajo profesional.

Estos dos términos suelen usarse como sinónimos, pero no lo son. Es importante destacar las principales diferencias entre ellos (cuadro 1-10):

Cuadro 1-10. Principales diferencias entre ética profesional y deontología profesional	
Ética profesional	Deontología profesional
Orientada al bien, a lo bueno, a la beneficencia	Orientada al deber
Autorregula la conducta de la persona para hacer el bien	Autorregula la profesión e invita al seguimiento de un camino muy concreto y a la formación ética
No se encuentra en normas ni en códigos, está relacionada con lo que se piensa (conciencia individual/profesional)	Es recolectada en normas y códigos deontológicos que proponen los grupos organizados (modelo de actuación en el área de una colectividad)
No es exigible a los profesionales de un determinado colectivo	Esas normas y códigos son los mínimos aprobados por los profesionales de un determinado colectivo profesional
Parte de la ética aplicada	Se ubica entre la moral y el derecho

La ética y la deontología son elementos guías del ejercicio profesional y es menester comprenderlos, enjuiciarlos, asumirlos y practicarlos.

Como la deontología es la teoría del deber y la axiología estudia los valores, se presentan algunas anotaciones sobre ello. Cicerón (2102) que vivió entre el 106-43 aC nos dice acerca del deber:

*“De ninguna acción de la vida, ni en el ámbito público ni en el privado, ni en el foro ni en la casa, ya hagas algo tú solo, ya juntamente con otro, puede estar ausente el deber, y en su observación está puesta toda la honestidad de la vida, y en la negligencia toda la torpeza”. “Toda investigación sobre el deber es de dos clases: la una se refiere al bien supremo, la otra a las normas por las que puede regularse la conducta de la vida en todas sus manifestaciones”.*

En este párrafo se ubica la base del deber. Pero también menciona que la fuente del deber es la honestidad:

*“Todo lo que es honesto surge de una de estas cuatro virtudes: o bien consiste en el diligente y exacto conocimiento de la verdad (sabiduría); o en la defensa de la sociedad humana dando a cada uno lo suyo y observando la fidelidad de los contratos (justicia); o en la grandeza y rigor de un alma excelsa (fortaleza) o en el orden y medida en cuanto se hace y se dice (templanza)”.*

*“Toda la honestidad emana de cuatro fuentes, de las cuales la una es el conocimiento (sabiduría), la segunda el sentimiento de la comunidad humana (justicia), la tercera la magnanimidad (fortaleza), la cuarta la inclinación hacia la moderación (templanza). Para elegir el deber es preciso muchas veces comparar estas virtudes entre sí.”*

La virtud es una disposición habitual y firme para hacer el bien; es la disposición habitual a obrar bien en sentido moral. Las principales virtudes humanas como la prudencia, la justicia, la fortaleza y la templanza son fundamentales ya que agrupan a todas las demás y constituyen las bases de la vida virtuosa.

Seligman y Paterson (2012) por su parte dicen que los seres humanos poseen o pueden desarrollar seis virtudes básicas:

1. Sabiduría y conocimiento. Las virtudes que implican adquisición y uso del conocimiento. Habilidad para usar inteligencia y experiencia al buscar soluciones y respuestas. En esta categoría están las fortalezas cognitivas: creatividad, curiosidad, apertura espíritu, amor por el aprendizaje, perspectiva.
2. Coraje. Implica el uso y fortalecimiento de la voluntad para lograr metas. En esa categoría están las fortalezas emocionales, valentía, persistencia, vitalidad, integridad.

3. Humanidad. Implica preocuparse de los demás, sensibilidad al dolor ajeno, solidaridad. En esta categoría se agrupan fortalezas, amor, inteligencia emocional, bondad.
4. Justicia. Implican rasgos cívicos, la concepción que cada cultura tiene de un bien común. En esta categoría están la equidad, la ciudadanía, el liderazgo.
5. Templanza. La virtud que da fuerza ante los excesos, permite aprender cuáles son las necesidades reales. No dejarse llevar por todos los caprichos y tentaciones que puedan surgir. La templanza trata de buscar la moderación. En esta categoría, la autorregulación, la prudencia, el perdón, la misericordia, la humildad, la modestia.
6. Trascendencia. Se refiere a la capacidad del ser humano para experimentar su experiencia en la vida como parte de una totalidad más amplia dentro de un contexto global. Se basa en reconocer que nuestra vida se está dentro de procesos más amplios dentro del espacio-tiempo (aquí caben todas las creencias y religiones humanas) que tratan de dar un sentido distinto, una dirección a la vida humana. En esta categoría, apreciación de la belleza y la excelencia, espiritualidad, sentido del humor, la gratitud, la esperanza.

Una de las claves para llegar al interior de uno mismo, para comprender la propia identidad y desarrollar una vida con plena conciencia, consiste en la práctica de la dignidad. No se trata de la búsqueda del reconocimiento a los méritos, sino del respeto por la propia esencia y del compromiso de actuar en la vida en función de ella. La palabra dignidad proviene del latín *dignitas* asociada al valor personal, al mérito, a la virtud, a la condición, al rango, al honor. Se la asocia también a la idea de la belleza majestuosa, a la magnificencia. Al mismo tiempo, la relevancia de la dignidad humana se coloca en la mesa de discusión como dimensión utópica de los derechos humanos, que siempre deben ser ganados en oposición a la opresión y la degradación, circunstancia muy presente en nuestros días (Habermas, 2010).

## ¿Qué códigos guían la práctica profesional en enfermería?

Los códigos laborales se han creado en un intento de ser una guía en un comportamiento ético que, al parecer, la sociedad demanda de modo creciente. El comportamiento ético depende, en gran medida, de la habilidad de reconocer las connotaciones éticas implícitas en determinadas situaciones y poder hacerles frente de un modo que pueda ser calificado como ético. Y también que esa respuesta ética puede depender más de las características de la cultura laboral que de los atributos de los individuos que integran una organización (Chen, Sawyers y Williams; 1997).

Los códigos formales de ética han seguido creciendo. Lo que cabe preguntar, es cuán eficaces son esos códigos o si su implementación tan sólo responden a una moda o a una demanda de la sociedad como parte de un discurso tendiente a crear un capital simbólico o de reputación (Montuschi, 2012).

La existencia de estos códigos adquiere particular relevancia donde se trata con personas pues pretende dar respuesta a los planteos y dilemas morales que se presentan en la práctica profesional. En general, estos códigos articulan los valores profesionales

con las responsabilidades, obligaciones y objetivos éticos de una la organización y de sus integrantes sobre todo porque se han vuelto inclusivos y participativos en su elaboración y se identifican una mayor toma de conciencia respecto de principios éticos básicos.

Es importante tener presente que una condición necesaria para la efectividad de cualquier código de ética es la coherencia que debe existir entre los valores incorporados a tal código con los comportamientos corporativos. Uno de sus principales méritos es, sin duda, la actitud que se genera en la organización al obligar a sus integrantes a pensar y reflexionar acerca de los deberes y obligaciones. El proceso de reflexión puede continuar en el tiempo ahondando el sentido de responsabilidad y toma de conciencia hacia las cuestiones éticas.

En enfermería hay varios códigos que es necesario revisar y reflexionar. Los códigos surgen como una reflexión crítica sobre costumbres y tradiciones planteándose su validez y su fundamento. Se inician preguntándose ¿qué es el bien? ¿Qué es la justicia? ¿Qué es la felicidad? ¿Cómo se deben reglar las relaciones entre las personas en la sociedad? Todas estas cuestiones se entrelazan con reflexiones de carácter **político** (modelo de organización social) y **antropológico** (distintas formas de considerar qué es el ser humano).

¿En qué se basan los códigos en enfermería? Se explica de una manera muy global.

En la actualidad el código deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 1953) dice que las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal. Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluido el derecho a la vida, a la dignidad y a ser tratado con respeto.

En los cuidados de enfermería no se hará distinción alguna fundada en consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados.

El código tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética (cuadro 1-11).

Cuadro 1-11. Elementos principales del código de enfermería	
La enfermera y las personas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería</li> <li>• Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad</li> <li>• La enfermera se cerciorará de que la persona, la familia o la comunidad reciben información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados</li> <li>• La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla</li> <li>• La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables</li> <li>• La enfermera compartirá también la responsabilidad de mantener el medio ambiente natural y protegerlo contra el empobrecimiento, la contaminación, la degradación y la destrucción</li> </ul>
La enfermera y la práctica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La enfermera será responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua</li> <li>• La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados</li> <li>• La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad</li> <li>• La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que acrediten a la profesión y fomenten la confianza del público</li> <li>• Al terminar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas</li> </ul>

La enfermera y la profesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A la enfermera le corresponderá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería</li> <li>• La enfermera contribuirá al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación</li> <li>• La enfermera, a través de la organización profesional, participará en la creación y mantenimiento de condiciones de trabajo social y económicamente equitativas en la enfermería</li> </ul>
La enfermera y sus compañeros de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La enfermera mantendrá una relación de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores</li> <li>• La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas cuando un compañero u otra persona pongan en peligro los cuidados que ellas reciben</li> </ul>

El código de ética para enfermeras y enfermeros de México es muy amplio y relativamente reciente. Trata de superar el marco deontológico pues se apega más a reglas administrativas que a la esencia misma de la ética en el deber profesional, proponiendo, la dignidad ontológica o constitutiva de la persona la que debe fundamentar todo planteamiento ético en la práctica de enfermería (Comisión Interinstitucional de Enfermería, 2012).

Lo que la ética le solicita a la enfermería y es que dé un testimonio unánime a través de sus acciones, de lo que son sus convicciones acerca de la dignidad humana, y que proporcione atención personalizada y humanizada, en un ejercicio profesional de constante interacción con la persona, concepto clave en la definición y práctica de la enfermería.

Al hablar de enfermería se asocia la relación tan íntima que esta profesión tiene con los valores humanísticos, éticos y morales. La enfermera, consciente o inconscientemente los utiliza al proporcionar los cuidados por lo cual no se concibe a la enfermería sin esta interrelación.

En su elaboración participaron múltiples grupos de la práctica, de la docencia, de la administración e investigación donde incluyeron un marco conceptual, la declaración de principios, el capitulo de deberes considerando las cuatro responsabilidades de la enfermera inscritos en el código del CIE, el decálogo y un glosario con el fin de que todas las enfermeras profesionales cuando lo consulten les despierte la conciencia para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

La Secretaría de Salud ha propuesto la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud donde el trato digno y la atención efectiva sean una constante (Secretaría de Salud, 2012). Para ello una de las estrategias ha sido la creación de los códigos de ética y deontológicos y por supuesto, su difusión. El primer factor hace referencia a la necesidad de elaborar y difundir códigos de ética. Éstos incluyen:

- Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México.
- Carta de Derechos Generales de los Pacientes.
- Carta de los Derechos de los Médicos.
- Códigos de Ética de Hospitales Privados.
- Códigos de Ética para Médicos.

- Código de Bioética para el Personal de Salud.
- Código de Conducta para Hospitales y Áreas Centrales.

Por el simple hecho de que existan estos códigos la conducta se norme de forma automática y adecuada porque se actúa, de acuerdo a la formación básica, al ejercicio profesional asumido desde etapas tempranas de la formación y por moldeamiento de la voluntad propia que, si son congruentes con los principios humanos más elementales y se practicaran las virtudes antes citadas, estos códigos no tendrían razón de ser, pero es necesario verlos como normas mínimas, como el inédito viable en la atención en los servicios de salud y ver plasmados los más altos privilegios del cuidado.

## CUESTIONES PARA DISCUTIR

1. Elabore un resumen sobre la declaración de principios del código de ética para las enfermeras y enfermeros de México.
2. ¿Por qué el cuidado es una acción ética?

## REFERENCIAS

- Aranguren José Luis (1968). Ética. Madrid: Revista de Occidente
- Capacete Francisco (2008) Ética y filosofía rev elect Esfinge en <http://www.revistaesfinge.com/?p=270> [consulta 15 de julio del 2013].
- Chen Al, Sawyers Roby, Williams Paul (1997). Reinforcing Ethical Decision Making Through Corporate Culture. Journal of Business Ethics, Part 1, Vol. 16, Issue 8.
- CIE (1953). Código deontológico para enfermeras en <http://www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/> [consultado el 15 de marzo del 2013].
- Comisión Interinstitucional de Enfermería. Secretaria de Salud. México. Código de ética [http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CFQQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.salud.gob.mx%2F63Hs2\\_2QW8k9TFBg&usg=AFQjCNFy7IHB\\_BgMJ8\\_iSALNjR3lK-t1Mw&sig2=JJYYbr92OXRkBD7jtX51JA](http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CFQQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.salud.gob.mx%2F63Hs2_2QW8k9TFBg&usg=AFQjCNFy7IHB_BgMJ8_iSALNjR3lK-t1Mw&sig2=JJYYbr92OXRkBD7jtX51JA) [consultado el 18 de julio del 2013].
- Cortina Adela (2000). Ética mínima. Introducción a la filosofía práctica. 6ª ed. Madrid: Tecnos.
- González José (2008). La Acción Humana. Curso de Filosofía y Ciudadanía de Bachillerato. XTec. Generalitat de Catalunya en <http://www.xtec.cat/~jgonza51/> [consultado el 18 de julio del 2013].
- Gutiérrez Raúl (2000). Introducción a la Etica. 2ª ed. México: Esfinge en [http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149241/1020149241\\_02.pdf](http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149241/1020149241_02.pdf) [consultado el 18 de julio del 2013].
- Piaget Jean (1984). El criterio moral en el niño. Barcelona: Martínez Roca.

## Notas

1 Existen dos tipos de actos: los humanos y los del hombre:

- Los actos humanos. Son ejecutados de manera consciente y libre y tienen un fin o intención. Se originan en la inteligencia y la voluntad. Son los que pueden ser juzgados como buenos o malos desde el punto de vista de la moral.
- Los actos del hombre. Carecen de conciencia o de libertad o de ambas cosas. Sólo pertenecen al hombre porque él los ha ejecutado en cuanto ser vivo como animal. Estos actos carecen de moral (son amorales) pero si pueden juzgarse como buenos o malos desde otro punto de vista, como por ejemplo el fisiológico (Gutiérrez, 2000).

## 1.7 FILOSOFÍA DE LA PRAXIS

### Antes de comenzar

- ¿Qué es la *praxis*?
- ¿Cómo es la *praxis* en enfermería?
- ¿Qué modificar en la *praxis* de enfermería?
- ¿Qué es ser técnico?
- El cuidado en su parte técnica, ¿es conveniente?

Para vivir en el mundo como seres humanos sociales, es necesario tener los medios para satisfacer las necesidades básicas de alimento, vestido, habitación, seguridad y otras más lo que se conoce como producción de la vida material. Esto presupone dedicarse a una actividad productiva o trabajo que ofrezca una forma aceptable de satisfacer las necesidades básicas. El trabajo siempre ha existido como forma de obtener un bien, pero las formas de trabajo se han modificado conforme la estructura social de las comunidades humanas, es decir, según su historicidad.

Para explicar cómo las enfermeras realizan su nuestra actividad profesional, el materialismo dialéctico ofrece el concepto de *praxis* que integra la práctica con la teoría del quehacer humano atravesado por la base económica, la superestructura y la visión que la sociedad tiene sobre sí misma en el este momento histórico, que permite comprender por qué se presenta así la práctica, la educación y la investigación de enfermería.

Por ello, en este tema se aborda el concepto *praxis*, cómo es la *praxis* de enfermería y cómo modificarla pues aunque se entiende como eminentemente técnica, habrá que integrarla al cuidado como relación e interacción entre personas que requieren servicios de salud, que permita demostrar a la sociedad la utilidad del servicio que ofrecen.

### ¿Qué es la *praxis*?

Para entender el concepto de *praxis*, se retoma lo que Marx y Engels dicen cuyo objetivo es entender la realidad social en nuestra actualidad para transformarla. Para entender nuestra realidad social, en lo que se refiere a las formas de producción de la vida material, dicen que las organizaciones sociales concretas se organizan en tres niveles:

1. Base económica formada por las relaciones de producción y las fuerzas productivas.
2. Superestructura jurídico-política integrada por los mecanismos de poder y las normas por la que se rige la comunidad (representadas por el Estado y el Derecho).
3. Visión o ideas que la sociedad tiene de ella misma, que corresponde con el desarrollo alcanzado por las fuerzas productivas y el tipo de intercambio de los productos que se da en ella.

¿Por qué importan estos tres niveles en la *praxis*? Porque la actividad profesional o *praxis* de enfermería se deriva de las fuerzas productivas –tecnología, ciencia y capacidades humanas– y las relaciones de producción –dueños de los medios de producción y personas que realizan el trabajo– que pueden entrar en contradicción y generar una lucha de clases dando paso a modificaciones en la *praxis*. A continuación se menciona en dónde se aplica la *praxis*.

La *praxis* es el acto o conjunto de actos en virtud de los cuales el sujeto activo (agente) modifica una materia prima dada y sólo entraña un trabajo creador. (Sánchez, 1980) La *praxis* logra fusionar lo subjetivo o teórico con lo objetivo o práctico. En la práctica es donde el hombre demuestra la verdad, es decir, la terrenalidad de su pensamiento (Marx, 1845).

El concepto de *praxis* surge en la corriente del materialismo dialéctico<sup>1</sup> y es subjetiva y colectiva. Revela conocimientos teóricos y prácticos de alguna actividad humana donde para comprender su resultado es necesario desentrañar su verdad y utilidad. Sus representantes<sup>2</sup> afirman que la filosofía no tiene que limitarse a contemplar el mundo, sino que debe transformarlo: porque la filosofía es en todo *praxis*, un instrumento de la acción, el poder ejercitado sobre las cosas, para ello se debe recurrir a la historicidad<sup>3</sup> (subjetividades, política, historia y vida social, pensamientos, deseos, necesidades, ambiciones e ideales) que da a conocer los hechos, humaniza el entorno y va humanizando a las personas que realizan dicha práctica.

Así en la construcción de la *praxis*, interviene un conjunto de características complejas sobre las condiciones materiales de la existencia y del trabajo. Mediante el trabajo el hombre produce/reproduce su historia, siendo copartícipe del mundo y de las relaciones que experimenta; en el caso de la salud y en todo caso el quehacer de enfermería, esto se refiere a las discusiones sobre sus saberes y conocimientos (Carper, 1978), a las prácticas que se llevan a cabo para atender el proceso salud-enfermedad–cuidado y a la lógica de su producción (como trabajo remunerado) en la sociedad.

Estas relaciones son activas y conscientes; surgen de una relación natural y una relación social-social. Dentro del proceso de la lógica de su producción, el conocimiento teórico- práctico se convierte en el mecanismo que reproduce las relaciones sociales. Lo que se enseña, se aprende y se practica es lo que se vive o se expresa en la realidad de la práctica profesional. Así, una práctica profesional puede estar llena de insuficiencias, contradicciones, paradojas, linealidades o responden al medio ambiente por ello son dialógicas e iterativas (se influyen y son influenciadas entre ellas).

Respecto a la *praxis* de enfermería, ésta contempla el conocimiento, las experiencias, las condiciones de las personas cuidadas y de las enfermeras, el ambiente de trabajo, sus obligaciones, así como las necesidades sociales en un determinado momento histórico. El trabajo profesional se basa entonces en el esfuerzo colectivo de las enfermeras inmersas en un contexto específico que les permite la producción de vida material y de los medios para satisfacer sus necesidades humanas.

## ¿Cómo es la *praxis* en enfermería?

La herencia fordista-taylorista de productividad se le atribuye hasta hoy, un componente estructural que se manifiesta en el control de las formas de producción y de la fuerza en que opera la práctica de enfermería; práctica que refleja la presencia/ausencia de rutinas en las actividades y formas precarias de “eficiencia” y “control” donde las reglas en la producción del servicio se centran en la repetición de tareas y no en la discusión que generen cambios organizacionales efectivos.

Este modelo ha generado una lógica del proceso productivo centrado en la actividad por partes, es decir, fragmentada con polos concentrados y verticales que contribuyen a la separación entre gerencia, control y ejecución, construyendo una cultura y un modo de vivir específico: la reproducción del trabajo y la racionalidad de la producción. Con relación a la producción en el sector salud, el trabajo se fundamenta en el diario acontecer de los profesionales/trabajadores que no entienden la complejidad de atender personas llevando a cabo muchas de sus actividades de forma fragmentada, rutinizada e institucionalizada.

En el ejercicio profesional muchas veces y por distintos motivos, se entremezclan conductas prácticas y técnicas. La *praxis* en enfermería nos dice Meleis (1997) se centra en dos visiones diferentes: una, es **reduccionista** porque los elementos conceptuales son visualizados como ambiguos, por ejemplo, los conceptos de persona y entorno están subordinados por las demandas del sistema de salud y no se visibiliza el conocimiento ético, aunque éste, , esté presente. Además, destaca el entorno como lo físico, independiente del entorno social; al concebirse como el espacio físico, prevalece la idea de que está definido por las instituciones de salud (hospitales, clínicas, centros de salud). Este enfoque de conocimiento silencioso, no se reflexiona ni se articula la práctica con la teoría, de manera que el conocimiento que se genera de la práctica cotidiana no es referido a un cuerpo del saber en enfermería. La *praxis* en este sentido, se da en una relación teoría-práctica aprendida y enseñada de manera lineal desde la formación básica que impone verla desde la posición de que si no se tiene teoría o se sabe teoría, no es posible actuar en la práctica, situación muy cotidiana en los servicios de salud y en la escuela.

La segunda visión corresponde al ideal de la práctica en enfermería, porque destaca la salud como **proceso dialéctico**, la persona como ser social y enfermería en función de las personas como seres individuales y a la vez como grupos sociales, tomando en cuenta una visión sociológica que la aparta del modelo biologista. En esta visión se destaca el conocimiento ético explícito, que debe ser parte de la construcción del conocimiento en enfermería.

Considerando esta última visión, el abordaje sociocrítico, dentro del paradigma transformador<sup>4</sup> es quien mejor explica la *praxis* de enfermería. Si la *praxis* de enfermería de forma global se desenvuelve con una visión reduccionista, modificarla sólo podría darse mediante una ruptura de la forma en que se conoce y se reflexiona sobre el ser, el hacer y el obrar de enfermería.

Se debe comprender la *praxis* como relación dialéctica práctica-teoría-práctica que elimina la distinción entre idea y experiencia. La experiencia en la realidad única que se genera en el acto de cuidado, debe ser punto de partida para la teoría. Se analiza y

reflexiona por qué se presenta así; los elementos teóricos aflorados permiten comprenderla para regresar a la práctica y transformarla. La investigación y la teoría se conjugan, para encontrarse con una práctica fuerte. Sin embargo, habrá que considerar que la historia determina ambas visiones, no sólo es un discurso en el vacío sino que está lleno de historicidad; parece ser, que hoy es un tiempo idóneo para este cambio por lo que se debe hacer el esfuerzo colectivo para lograrlo.

## ¿Qué modificar en la *praxis* de enfermería?

En la práctica, las enfermeras actúan de diversas maneras (Rocha e Almeida, 2000). En algunos casos, por tanteo, por ensayo (aciertos y errores) que logra “prácticas” eficaces, pero no siempre es así lo que ocasiona la necesidad de cursos de “reciclaje” o de actualización. Otras actúan con una más evidente racionalidad y sus comportamientos revelan conductas propiamente técnicas: son buenas realizando acciones técnicas pero con la mejoría o el advenimiento de nuevas y mejores técnicas, ha hecho también necesarios cursos de actualización. Otras más, se desempeñan en las tareas administrativas que no sólo absorben la mayoría de su tiempo sino la totalidad. Dentro de la práctica docente, también son muy capaces en acciones de enseñanza y el aprendizaje de la disciplina pero hacen de lado la parte práctica ya que muchas veces ya no se dedican a la enfermería y la posibilidad de relacionar teoría-práctica, muchas veces es nula. Ya no se diga de investigación. Pueden ser muy excelentes respecto a la metodología, pero tiene serios problemas al relacionar práctica-teoría-práctica porque investigan temas, problemas o fenómenos que muchas veces no emanan de la práctica, sólo son académicos.

Esta esquematización no es exhaustiva de los diversos modos de comportamiento de las enfermeras sino sólo mostrar la pluralidad de estilos de trabajo y el comportamiento no uniforme de la enfermera que corresponden a una diversidad de causas y circunstancias.

La enfermera puede enfrentarse a la realidad con una formación con énfasis en aspectos éticos de la vida social, pero con pocas habilidades técnicas. Otras veces, la enfermera recibió conocimientos técnicos abstractos como contenidos curriculares pero careció de la posibilidad de desarrollar habilidades técnicas. En otras ocasiones algunas enfermeras recibieron una formación técnica pero que correspondía a técnicas obsoletas en el momento de ser enseñadas y por lo tanto de poca utilidad para cuando se enfrenta con la realidad. La formación y la práctica no se integra el ser, el hacer y el obrar.

Las razones explicativas de estas situaciones son múltiples. Lo que interesa destacar es que en todos estos casos, la enfermera, a pesar de haber realizado esfuerzos a veces extraordinarios para aprender el arte y ciencia de enfermería, se encuentra en la imposibilidad de enfrentarse con la realidad y por consecuencia no le queda más alternativa que enfrentarse –aunque no sea su deseo y aunque comprenda lo inadecuado de un enfrentamiento práctico–, sin bases concretas<sup>5</sup>. Claro que quienes así trabajan son dignas de aprecio por su constante esfuerzo y merecedoras de tener más oportunidades de perfeccionamiento.

Hay quizá algunas enfermeras que sí son un verdadero freno para la disciplina y la profesión y son aquellas que postulan implícita o explícita que lo único que vale y sirve son los conocimientos generados en la práctica (concepción “practicista” donde se desprecia la teoría y en ocasiones hasta la técnica) lo que encubre es una manifiesta ignorancia respecto a la función de la teoría o, lo que es peor, se trata de una racionalización de personas perezosas y a quedarse con la etiqueta de que la enfermería es práctica sólo sin ser capaces de asimilar nuevas técnicas, de discriminar entre técnicas de desigual eficacia, de capacitarse para elegir entre diversas técnicas de acuerdo al problema de que se trate, y – lo que es más importante – prepararse para poder usar el conocimiento acumulado de las diversas ciencias.

## ¿Qué es ser técnico?

Una técnica se expresa en enunciados pragmáticos que indican una operación regulada orientada a modificar con eficiencia la realidad. Cuando se califica de técnica a una conducta se refiere a cierto tipo de procedimiento regulado, es decir, que obedece a ciertas reglas. Como dice Bunge (1989) un individuo realiza un número finito de actos en un orden dado y con un objetivo también dado ya sea para conocer o para hacer.

¿Qué es lo negativo de poseer una conducta técnica? que se aplican las reglas cuyo fundamento se ignoran. Es posible manipular, modificar y evaluar la realidad si las técnicas son adecuadas para concluir que se tiene el conocimiento para hacer las cosas. En el ejercicio profesional se observa que con una buena técnica se logran elevar los niveles de eficiencia, pero también, el ejercicio reiterado conlleva a una estereotipia en la acción, a una rigidez en el actuar, se vuelve una práctica alienada (Ortega y Gasset, 19237).

Tomando conciencia de los efectos de la globalización, el ejercicio de una técnica estereotipada o alienada, queda cristalizada en procedimientos que con rapidez se vuelven obsoletos. Sin embargo, aunque seas posible manipular con eficiencia la realidad, en muchos casos se ignoran los fundamentos que dan razón de esa eficiencia. Es decir que no se buscan alternativas para mantenerse en el mercado del trabajo operando con técnicas obsoletas, quedan fuera del mercado, adquieren nuevas técnicas u operan como “prácticos” simple y sencillo. Situación muy crítica para la enfermera que se siente perdida en el espacio de la práctica profesional.

## El cuidado en su componente técnico, ¿es conveniente?

Si se entiende que en el ejercicio profesional subsisten las visiones reduccionista y dialéctica, el cuidado en la realidad práctica puede construirse con estas dos visiones, con dos elementos: uno, que se enfoque a aspectos técnicos tal como se describe en el párrafo anterior (lo visible, el hacer) y el otro, que se base en cuestiones éticas establecidas entre la persona cuidada y la enfermera (lo invisible, el ser y el obrar).

La parte técnica del cuidado se enfoca a ese conjunto de reglas para operar en la realidad que permite ser eficaces en el hacer pero reduce al conocimiento de “cómo” operar. Aún contando con estas reglas, muchas veces habrá que elegir entre diversas

alternativas frente a las cuales, por la formación técnica, no se desarrollan criterios racionales que permitan elegir entre diversas técnicas. Sin duda la experiencia acumulada y una buena intuición permiten eso sí, de manera arriesgada, decidir qué técnica utilizar o qué nueva técnica aprender. Esto plantea una situación crítica porque a veces se aprenden nuevas técnicas provenientes de otras culturas (“moda técnica”) que pueden no dar respuesta al problema de salud que se desea solucionar, es decir, se mete en camisa de fuerza a la realidad que no opera con esa técnica y con el tiempo se transforma en una conducta ineficiente.

Pero aún en el caso ideal de un técnico óptimo informado de todas las técnicas existentes, el problema de la elección no podría solucionarse con esa mera información, se debe juzgarlas y compararlas por sus ventajas. De lo cual se tiene un primer grupo de enfermeras que sólo conoce las técnicas, las usa y no puede afirmar otra cosa que la eficacia de sus técnicas. Un segundo grupo que, conociendo el conjunto de técnicas disponibles adecuadas al objetivo, puede compararlas con el criterio de la eficiencia y jerarquizarlas de acuerdo a él. Esta visión reduccionista requiere saber tiempos, costos y grado de logro del objetivo y que permanezca constante la situación. Si la situación no es constante puede no actuar de manera técnica. A lo más, extrapolará esta nueva situación a técnicas que ha usado en otras situaciones de forma acrítica o procederá de modo “práctico” por ensayos o, en el caso de ser prudente, se declarará incompetente. Cuando las reglas no funcionan en algunas situaciones aparentemente iguales conduce a una perplejidad<sup>6</sup> y con ello a un nuevo abordaje de la técnica buscando el menor tiempo y el menor costo para obtener de manera óptima el objetivo.

Así la enfermera, conociendo la constancia o no de las situaciones, es capaz de usar técnicas distintas, equivalentes o análogas en cuanto a su eficiencia, respecto de una misma situación, y también de poder usar una misma técnica eficiente para situaciones distintas en determinados aspectos pero iguales en cuanto a su estructura, es decir, en cuanto a la relación entre las variables que expresan iguales propiedades. De este modo se libera de los estereotipos y supera los reduccionismos arbitrarios (Salerno, 2004).

Y para trascender la técnica, la enfermera requiere analizar su comportamiento que debe ser trascendido; comportamientos que se postulan trascendentes, mediante los valores que promueve la profesión y los mecanismos que hacen posible pasar de un tipo de comportamiento a otro, que se inscriben en la visión dialéctica del cuidado.

Por esta razón no se propone y tal vez no sea conveniente, una *praxis* unificadora de la enfermería ya que el cuidado y las diversas técnicas que se utilizan para proporcionarlo, se activan en el momento en que se va a utilizar y cada enfermera desarrolla experiencias muy personales sobre el cuidado (conocimiento tácito). En este intento de unificar el quehacer profesional, se menciona el paradigma de enfermería con sus cuatro elementos como meta-teoría unificadora que nos permitirá, tanto a nivel práctico y como teórico apreciar la complejidad y la simplicidad de la enfermería y articular con confianza lo que se hace y por qué lo hace.

Sin embargo, también el trabajo y la lógica de la producción de salud están enredados en una compleja tela social donde se dan relaciones humanas, profesionales, institucionales y políticas, que de modo directo o indirecto, influyen en el cuidado.

Asimismo las relaciones establecidas entre trabajadores e institución organizacional parece influir, en mayor o menor grado, en cómo se ofrece la atención, así como qué conocimiento debe promoverse al profesional sobre lo que es salud y enfermedad. Por tanto, es necesario descubrir esta realidad pues permite una constante reflexión y transformación del contexto asistencial del cuidado.

Es importante que haya movilización continua y colectiva de todos los profesionales. La transformación de la práctica centrada en el cuidado recorre un camino dialéctico intrigante y difícil, pero habrá que luchar siempre por esta transformación, resaltando el derecho a la dignidad de la vida, a las condiciones laborales adecuadas, a los derechos políticos, así como al valor del ser humano, tanto del cuidador como el ser cuidado, dentro de la complejidad que ofrece la realidad social.

## CUESTIONES PARA DISCUTIR

1. ¿Con que visión: reduccionista o dialéctica ve la *praxis* de enfermería en la actualidad?
2. ¿Qué importancia tiene la *praxis* en la integración teoría-práctica del cuidado?

## REFERENCIAS

- Bunge Mario (1989). La investigación científica. Barcelona: Ariel.
- Connor, Margaret J (2004). The practical discourse in philosophy and nursing: an exploration of linkages and shifts in the evolution of praxis. *Nursing Philosophy* 5:54-66.
- Marx K (1845). Tesis sobre Feuerbach en <http://www.marxists.org/espanol/m-e/1840s/45-feuer.htm> [consultada el 21 de julio del 2013].
- Meleis Afaf (1997). Theoretical Nursing: development and Progress. Filadelfia: Lippincott.
- Palazón María Rosa (s/a). La filosofía de la praxis según Adolfo Sánchez Vázquez en <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/campus/marxis/P2C5Mayoral.pdf> [consultado el 12 de agosto del 2013].
- Perplejidad en <http://www.mercaba.org/DicPC/P/perplejidad.htm> [consultado el 10 de agosto del 2013].
- Rolfe Gary (1993). Closing the theory-practice gap: a model of nursing praxis. *Journal of Clinical Nursing*. 2;173-177.
- Romagnolo David (1998). de J. V. Stalin Sobre el materialismo dialectico y el materialismo histórico. Septiembre de 1938 De la colección: J. V. Stalin Cuestiones del leninismo Ediciones en lenguas extranjeras Pekin. Primera edición 1977 págs. 849-890. En [http://www.marx2mao.com/M2M\(SP\)/Stalin\(SP\)/DHM38s.html](http://www.marx2mao.com/M2M(SP)/Stalin(SP)/DHM38s.html) [consultada el 12 de agosto del 2013].
- Salerno MS (2004). Da rotinação à flexibilização: ensaio sobre o pensamento crítico brasileiro de organização do trabalho. *Gestão & Produção*. 11(1):21-32.
- Sánchez Adolfo (1980). Filosofía de la praxis. México: Grijalbo.

## Notas

- 1 El materialismo dialéctico es la concepción del mundo del partido marxista-leninista. Se llama así porque su modo de abordar los fenómenos de la naturaleza, su método de estudiar estos fenómenos y de concebirlos, es dialéctico, y su interpretación de los fenómenos de la naturaleza, su modo de enfocarlos, su teoría, materialista. Por su parte, el materialismo histórico es la extensión de los principios del materialismo dialéctico al estudio de la vida social, la aplicación de los principios del materialismo dialéctico a los fenómenos de la vida de la sociedad, al estudio de ésta y de su historia. David Romagnolo (1998).
- 2 Las propuestas marxianas sobre la praxis no sólo se nutrieron con los planteamientos de Hegel, Feuerbach, Smith y Ricardo, sino que desataron una cadena episódica de argumentos que van desde los de Bujarin, Lukács, Korsch, Fogarasi, Gramsci, Althusser, Adam Schaff, Karel Kosík y Lefebvre, hasta llegar a los del grupo yugoslavo de la "Praxis", encabezado por Petrovic. Sánchez Vázquez se afilia a Gramsci, Schaff, Kosík y al grupo "Praxis".

3 La historia comprende una sucesión de generaciones, cada una de ellas explorando los bienes materiales, capitales, las fuerzas productivas de las generaciones que anteceden y la naturaleza en la cual todo se encuentra. Se trata de una sucesión de expresiones y de prácticas transmitidas en un ritmo dialéctico: en la medida en que son transformados, en una sucesión, modificando las antiguas circunstancias, tornándose diferentes.

4 El desarrollo del conocimiento enfermero ha sido influenciado por las grandes corrientes del pensamiento o maneras de ver o comprender el mundo; éstas han sido llamadas paradigmas. Se ha identificado tres paradigmas que influyen en la disciplina y determinan las formas diferentes en como se ve al ser humano:

- Categorización (visión mecanicista) considera a los seres humanos como fraccionados en diferentes partes, seres biopsicosociales que sólo reaccionan a estímulos externos de una manera lineal y causal. Los cambios que se producen en él son por cuestiones de supervivencia. En esta visión la salud puede ser en dos extremos: salud - enfermedad (dicotomizada) en características saludables y no saludables. El cuidado se puede aislar como una característica humana con características definitorias y medibles. Intervenir significa “hacer para” las personas, a quienes se considera pasivas y bajo la responsabilidad de los expertos de la salud.
- Integración (visión de interacción recíproca) cree que los seres humanos son holísticos, las partes son vistas en el conjunto del todo, es interactivo, no reducible y el conjunto es mucho más que las partes. La persona se relaciona en forma interactiva y recíproca con el ambiente. La realidad es multidimensional y contextual. Este paradigma orienta a la enfermería hacia la persona. El cuidado pretende mantener la salud de la persona en sus áreas biológica, psicológica y social, cultural y espiritual, intervenir significa “actuar con” para satisfacer sus necesidades. La salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. El entorno está constituido por varios contextos; histórico, social, político, económico.
- Transformación (visión de simultaneidad) donde el ser humano tiene múltiples dimensiones que forman una unidad que vive en intercambio mutuo y rítmico con sus ambientes. La salud es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno. El cuidado va dirigido al bienestar de la persona tal como ésta lo define. Intervenir significa “estar con” la persona a quien se acompaña en sus experiencias de salud considerando sus valores culturales, creencias y convicciones.
- En este paradigma el fenómeno de interés es el conocimiento personal, interés por pensamientos, valores, sentimientos, alternativas y propósito. El cuidado de la experiencia de la salud de los seres humanos se estudia como fenómeno unitario en una relación de mutualidad, de desdoblamiento creativo, de entendimiento de patrones y de una complejidad creciente. La persona toma las riendas de la situación, en una relación empática que es productiva. Kerouac (1996).

5 Esta situación es dramática pues en muchas ocasiones –quizá las más de las veces– la enfermera siente la necesidad de capacitarse en lo técnico, pero por diversas causas no tiene oportunidades.

6 Perplejidad es un estado de tensión ante dos opciones, que se presentan ambas como válidas para un sujeto moral. Esta tensión llega a resultar insoportable; por ello es necesario abandonarla. En la actualidad, dos corrientes se presentan como guías para salir de tal situación de desasosiego: la ética discursiva, que propone el consenso como criterio, y el neoristolismo, que propone la vuelta a la eticidad comunitaria o con un racionalismo autocrítico, que no admite ni el dogmatismo de un racionalismo demasiado confiado en sí mismo, ni el escepticismo. Se busca un modo paradigmático de abandonar la perplejidad: la expresión de la autonomía a través del disenso en <http://www.mercaba.org/DicPC/P/perplejidad.htm> [consultado el 10 de agosto del 2012].

## Capítulo 2

# LA DICOTOMÍA POSITIVISTA EMPIRISTA Y HERMENÉUTICA EN LA PRÁCTICA

*Carlos Christian Compton García Fuentes*

## INTRODUCCIÓN

En el desarrollo del conocimiento de enfermería están presentes dos posturas epistemológicas: la empírico analítica y el empírico hermenéutica.

Aunque ambas aportan a este desarrollo, existe una dicotomía tradicional en la disciplina con respecto a ellas. La primera postura, de carácter positivista, asociada al modelo biomédico de generación de conocimiento, propio de las ciencias naturales, ha ejercido un dominio hegemónico en la disciplina.

Sin embargo, a partir de la conceptualización del cuidado como objeto de estudio disciplinar, y de la persona como sujeto de cuidado, la enfermería ha girado dentro de la posmodernidad, hacia la segunda postura, de carácter fenomenológico- existencial (hermenéutico) para generar conocimiento que rescate la subjetividad y la trascendencia de la persona.

Asimismo, ya que el conocimiento disciplinar se genera en la práctica, el pragmatismo, como escuela estadounidense de filosofía debida a William James y John Dewey, fundamenta que el pensamiento y la verdad se generan a partir de la acción, con el fin de solucionar un problema, y por lo tanto, la verdad es personal y es válida según las circunstancias que la generaron. Esto promueve una construcción colectiva del conocimiento generado en la práctica, mostrando entendimiento y respeto, aunque no siempre acuerdo.

En este sentido, la generación de teoría a partir de la práctica, se puede llevar a cabo mediante una reflexión en la acción o *praxis* de enfermería. Por lo tanto, la brecha entre la teoría y la práctica desaparece cuando la enfermera en la práctica se ve a sí misma como investigadora que genera conocimiento propio para su realidad, en un proceso de acción- reflexión –innovación.

Por último esta unidad ha sido diseñada y construida con el fin de asumir una consciencia crítica con respecto a la práctica de enfermería que la pueda transformar.

En el primer tema se presenta, tanto los fundamentos del empirismo, como corriente epistemológica histórica, del positivismo, y de la filosofía de la ciencia, ya que ambas fundamentan la postura positivista en el desarrollo de conocimiento disciplinar, junto

con las características del método hipotético – deductivo que se emplea en la investigación experimental, que se entrelazan con los fundamentos epistemológicos que primero se revisan.

En el segundo tema, se estudia al pragmatismo estadounidense, escuela filosófica que fundamenta al pensamiento práctico como producto de la acción ante una necesidad y que este pensamiento se convierte en una verdad particular para el sujeto que la genera, junto con sus aplicaciones a la práctica de enfermería.

En el tercer tema, se revisan los fundamentos, las aportaciones y las deficiencias (de la postura positivista), de dos posturas opuestas, pero que aportan al desarrollo disciplinar mediante la enfermería basada en la evidencia: la postura positivista o “científica”, y la postura hermenéutica, que también genera conocimientos sistemáticos y racionales también es una ciencia. Estas dos posturas, entrelazadas entre sí, contribuyen a la solución de los problemas que la práctica plantea bajo diferentes perspectivas.

En el cuarto tema se estudia la *praxis* como acción reflexiva sobre la práctica, tanto en su panorama histórico en la filosofía occidental, como en sus aplicaciones a la enfermería, por ejemplo, a reducir la brecha entre la teoría y la práctica.

## 2.1 EL EMPIRISMO EN EL CONOCIMIENTO DEL OBJETO DE ESTUDIO DE LA ENFERMERÍA: EL RAZONAMIENTO DEDUCTIVO, LA OBJETIVIDAD Y EL EXPERIMENTO

### Antes de comenzar

- Racionalismo y empirismo.
- El positivismo.
- El razonamiento hipotético-deductivo.
- Aplicaciones a la enfermería.

“Existen dos orientaciones básicas en la investigación enfermera. La primera proviene de las ciencias biológicas y su naturaleza es hipotético-deductiva. La segunda es socio-antropológica y es inductiva. Estas orientaciones pueden ser definidas como los enfoques cuantitativo y cualitativo, las enfermeras no han sido inmunes al debate sobre la utilización de estos enfoques.

El enfoque cuantitativo se deriva de una filosofía de la ciencia positivista, fundamentada en Karl Popper, la cual intenta verificar las relaciones causales dentro del ámbito de las teorías existentes mediante un proceso de “construcción de bloques” en el que las variables se extraen y se convierten en ítems (con frecuencia se extraen de su contexto natural o cultura) y se les somete a un proceso experimental que puede esquematizarse así:

Hipótesis –análisis de las relaciones causales– razonamiento deductivo y análisis estadístico del resultado.

Con frecuencia, la meta es la extracción de relaciones causales entre las variables, poniendo una mínima atención a las experiencias subjetivas de los sujetos implicados...” (Clarke, 1995).

Esta perspectiva hipotética-deductiva está anclada en el empirismo, en el racionalismo (corrientes epistemológicas que florecieron en los siglos XVII y XVIII) y sobre todo en el positivismo, de manera específica en la postura de la filosofía de la ciencia apoyada por Hopper.

Esta perspectiva permite muy bien estudiar el mundo de la naturaleza y reducir el fenómeno observado a pocas variables. Pero no es útil para el mundo simbólico o subjetivo del ser humano, expresado en la cultura, el lenguaje, la vida interna o subjetiva de la persona, donde las variables son muy numerosas.

Se estudiarán los fundamentos de esta perspectiva, dentro de la historia de la epistemología y la filosofía de la ciencia.

### Racionalismo y empirismo

### Introducción a la Filosofía de la naturaleza

En el Renacimiento de finales del siglo XV y durante el siglo XVI, la producción filosófica empleaba el diálogo como forma literaria, pero más tarde, en el siglo XVII, debido a la influencia de las matemáticas deductivas<sup>1</sup> se escribieron tratados ordenados en forma sistemática.

En ese entonces, los que hoy se conoce como **científicos** eran entonces conocidos como **filósofos de la naturaleza**, pues abarcaban las matemáticas, la física y la filosofía al mismo tiempo, como lo hacían los filósofos griegos, ya que tenían un marcado interés por la literatura grecolatina. Por ejemplo, Aristóteles era biólogo, filósofo y físico. Por otra parte, a los filósofos de esta época les interesaba también la inmensidad y la uniformidad de la naturaleza que les rodeaba, pero las explicaciones que van a dar sobre los fenómenos que observaban van a ser en términos de fuerzas, de agentes mecánicos y de causas físicas, a diferencia de la Edad Media, en que las explicaciones eran en términos de propósitos, de fines, o de intervenciones de Dios.

Ya decía Leonardo Da Vinci, en el siglo XV, menciona que la experiencia es la fuente principal de conocimiento, que el conocimiento más útil es el mecánico, pues por medio de él todos los cuerpos animados llevan a cabo sus acciones, y que es útil la aplicación de las ciencias matemáticas.

Se presentan tres puntos que más adelante se van a desarrollar:

- El empirismo (sólo se puede conocer mediante la experiencia por los sentidos).
- El mecanicismo.
- La fe en las explicaciones matemáticas.

Se observa, el **surgimiento de la ciencia que conocemos hoy**: que el método científico contiene un principio empírico y una explicación matemática. Y esto es lo que hizo el astrónomo y matemático Galileo, pues conociendo el detallado trabajo de disección de Andrés Vesalio, quiso hacer algo semejante con los movimientos terrestres y del espacio exterior, Galileo demostró por medio de las matemáticas una hipótesis y el uso experimental de nuevos instrumentos, como las lentes y el telescopio.

## **El surgimiento del racionalismo y el empirismo**

En el trabajo de Vesalio (su riguroso trabajo anatómico basado en la experiencia sensible) y de Galileo (fundado en explicaciones matemáticas primero, y luego empíricas, si es posible) ya se encuentran estas dos corrientes filosóficas que van a dominar el pensamiento filosófico de los siglos XVII y XVIII y que continuarán hasta nuestros días.

El **racionalismo** tiene una gran confianza en la razón humana, como medio para conocer la realidad y utiliza el método lógico-matemático para explicar los razonamientos y en el método empírico, cuando es posible aplicarlo.

Por su parte, el **empirismo** dice que sólo se puede conocer la realidad mediante la experiencia que proporciona los sentidos. Un representante del empirismo es Francis Bacon y del racionalismo Rene Descartes, como se verá a continuación:

Francis Bacon creía que la filosofía debía ser una nueva técnica de razonamiento que fundara con firmeza a la filosofía natural y consideraba que si se quitaban todas las ideas previas del mundo se podría estudiar a la naturaleza y al hombre por medio de observaciones y realizando después generalizaciones, las explicaciones se deben probar por la observación y la experiencia sensible.

Bacon defendía la noción de que la experiencia por medio de los sentidos (que lo pueda ver y tocar) es la única fuente válida de conocimiento y que éste es conocimiento.

Por otra parte, a René Descartes se le conoce como el padre de la filosofía moderna, además de que fue un gran matemático que creó la geometría analítica y estudió la anatomía humana. En su filosofía existen elementos del empirismo (en sus investigaciones sobre fisiología), de mecanicismo (en sus interpretaciones del mundo físico), y elementos matemáticos (en su discurso del método).

Junto con Bacon, tenía un gran entusiasmo por las ciencias físicas y creía además, que el conocimiento es poder, que el conocimiento científico debe servir para satisfacer las necesidades del hombre, aquí se ve el uso de la ciencia y la tecnología resultante para transformar la naturaleza y al hombre (que va a traer como consecuencia el surgimiento de la máquina de vapor). Pero su sesgo en el razonamiento lógico-matemático lo condujo a fundamentar el estudio de la naturaleza en:

- Un principio de certidumbre, no como Bacon que utilizaba las experiencias por medio de los sentidos (utilizaba a la razón humana como instrumento) que se caracterizaba por emplear la duda sistemática con el fin de eliminar cualquier creencia que no ofreciera evidencias a su favor (escepticismo).
- No aceptar idea alguna que no tuviera claridad y libre de contradicciones (matematicismo).
- Que todo el conocimiento se basara en la certidumbre de la autoconciencia (si lo pienso, luego existe).

## La ilustración y el empirismo inglés

En el siglo XVI y parte del XVII, Europa tuvo muchas guerras de religión entre católicos y protestantes, así que algunos filósofos, como fue el caso de Spinoza, decían que la fuente mayor de sabiduría (de conocimiento último) eran las **revelaciones que sobre Dios o la divinidad, tenía cada individuo en particular**. Esto fue consecuencia del libre examen del protestantismo (cada quien puede interpretar la Biblia a su manera y Dios se comunica en forma personal con el creyente). A este movimiento se le llamó **iluminismo**, movimiento que va a perdurar en todo el siglo XVIII.

En lugar de esto, en **la ilustración o era de la razón** se trató de conocer la realidad mediante la razón. A continuación se muestra en qué consiste.

La ilustración se desarrolló sobre todo en Francia e Inglaterra pero abarcó a los otros países de Europa. Pretendió construir **una filosofía basada en la ciencia**, con las aportaciones del racionalismo y el empirismo. Se manifestó sobre todo en la **Enciclopedia o Diccionario razonado de las ciencias, de las artes y de los oficios** que se editó bajo la dirección de los filósofos d'Alembert y Diderot, entre 1752 y 1772.

Los enciclopedistas trataban de explicar todas las cosas mediante la razón y criticaban la religión. El siglo XVIII, periodo en que desarrolló esta obra, se trataba de disipar las tinieblas de la ignorancia, la superstición y la tiranía, construyendo así un mundo mejor, mediante la luz de la razón y por eso se le conoce también como el **siglo de las luces**.

Esta fe en **la razón del hombre** para comprender y transformar la naturaleza se mostró en tres filósofos empiristas de Inglaterra que formaron parte del empirismo inglés.

- John Locke.
- Jorge Berkeley.
- David Hume.

## John Locke

John Locke decía que el conocimiento humano se adquiere por la experiencia y forman estructuras cognoscitivas (el propio contenido más su reflexión); el objeto del conocimiento no son las cosas sino las ideas y el origen de estas son los sentidos; y por último, las ideas pueden provenir de los objetos exteriores a través de los sentidos (ideas simples) o de los actos de la mente mediante la comparación y la reflexión (ideas compuestas).

## Jorge Berkeley

Jorge Berkeley decía que el hombre estudia al mundo real a través de sus sentidos, que las ideas son percepciones que se elaboran mediante asociaciones sucesivas, y lo que se percibe son cosas entendidas como aglomeraciones de cualidades y que las cosas existen en la medida en que son percibidas.

## David Hume

David Hume se propone extender la “filosofía natural” de Isaac Newton a las ciencias morales. Dice que la ciencia del hombre (lo que hoy sería ciencias sociales y humanidades) es la ciencia básica con la que se relacionan los demás saberes y que la única fundamentación sólida que a esta ciencia se le puede dar, se encuentra en la experiencia y en la observación.

La esencia de la mente es tan desconocida como la de los cuerpos y requiere el mismo cuidado para estudiar ambas, pero sin ir más allá de la experiencia sensible. El contenido de la conciencia se reduce a las impresiones y las ideas, las cuales surgen por asociación. Las ideas se forman gracias a la memoria y a la imaginación. El reconocimiento del yo es una idea compleja formada por la agrupación de estados sucesivos de conciencia.

Respecto a la Ilustración Se puede observar que mientras que en el Renacimiento existía un interés en las matemáticas y que este interés condujo a enfatizar los principios racionales, como lo menciona Descartes, **en la ilustración hubo un interés en conocer**

**la estructura de la mente que conoce con base en las experiencias que esa mente recibe.** Estos empiristas filosofaron en términos de ideas en lugar de cosas, y de la experiencia, en lugar de principios necesarios (los principios son las causas primeras de las cosas, por ejemplo, la razón en el Renacimiento). Así **el Renacimiento se había caracterizado por ser metafísico** (por interesarse en el ser del hombre, en las maneras particulares que tiene en su existencia) y **racionalista**, mientras que la Ilustración fue **gnoseológica y empirista** (Beuchot y Sobrino, 2003). Todo esto va a preparar el terreno al surgimiento del positivismo en el siglo XIX.

## El positivismo

Para Hume, la fuente válida del conocimiento reside en la experiencia sensible, en los sentidos, y su filosofía fue un antecedente para el positivismo, que como corriente filosófica surge en el siglo XIX, merced al filósofo y sociólogo francés Augusto Comte, quien afirmaba que se podía comprender la historia de la humanidad, según la ley de los tres estados. Según esta ley, la humanidad recorre tres estados: el teológico, el metafísico o abstracto y el positivo o de la ciencia positiva.

En el primero, el hombre atribuía a las fuerzas teológicas el origen de los fenómenos naturales; en el segundo, el hombre atribuía los fenómenos a causas abstractas, a conceptos o ideas; en el tercero, los fenómenos se describen sistemáticamente por leyes naturales que son producto de la observación y la reflexión racional y que nos ayudan a hacer predicciones. Comte consideraba a las ciencias naturales: física, química y biología.

Por último, este método positivo o experimental encuentra en Claudio Bernard su más grande representante dentro de la medicina y la fisiología del siglo XIX. Su obra fundamental fue *Introducción al estudio de la medicina experimental* que se publicó en 1865 y refleja los resultados de experimentos planeados con mucho cuidado (Beuchot y Sobrino, 2003; Guthrie, 2003; Compton, 2006; Compton, 2010; Losee, 1976).

## Augusto Comte

El filósofo francés Augusto Comte (1798-1857) fue el fundador de la corriente positivista. Su obra fundamental es el curso de filosofía positiva en la que expuso los lineamientos generales de lo que ha denominado positivismo y que él llamó también filosofía positiva o espíritu positivo. Como parte del movimiento de la Ilustración, Comte comparte los valores de racionalidad y progreso aplicándolos tanto al individuo como a la especie humana en su conjunto.

Según su concepción, la humanidad evolucionó desde estadios en los que estuvo dominada por la imaginación y la superstición hasta llegar a su madurez en la era de la razón, donde sólo admite explicaciones positivas, no sobrenaturales. En este sentido, establece una ley universal del conocimiento y de la sociedad, la ley de los tres estadios, según la cual todo conocimiento pasa por tres momentos, a saber: el teológico (ficticio, mitológico), el metafísico (especulativo y abstracto) y el positivo (científico: ciencias positivas empíricas). El positivismo rechaza toda metafísica para afirmar lo positivo y

por lo tanto, el único conocimiento válido es el conocimiento científico (Ursúa, Ayestarán y González, 2005; Najmanovich, 2010).

Afirma Comte (1980) que el término positivo, en su acepción más antigua y común dentro de la filosofía, designa a lo **real, por oposición a lo quimérico** y en este aspecto, conviene al nuevo espíritu filosófico que se caracteriza por consagrarse a las investigaciones que en realidad son las adecuadas para la inteligencia.

La palabra positivo, se emplea también para indicar la aptitud, dentro de esta filosofía positiva **de constituir la armonía lógica entre el individuo y la especie en su totalidad**, en lugar de las dudas sin fin y de las discusiones interminables que suscitaba el antiguo régimen mental.

Una cuarta acepción de positivo consiste **en oponer lo preciso a lo vago**. De esta manera, el verdadero espíritu filosófico obtiene el grado de precisión que es compatible con los fenómenos observados y de acuerdo a las necesidades verdaderas del ser humano, mientras que la antigua manera de filosofar sólo conducía a opiniones vagas que no eran construidas mediante una disciplina y que sólo se apoyaban en una autoridad sobrenatural.

El nuevo espíritu científico (el positivismo) también está caracterizado por su tendencia a sustituir la concepción absoluta del conocimiento (fundamentada en supuestos teológicos o metafísicos) **por una concepción relativa del conocimiento**, concepción inherente a la naturaleza fundamental del conocimiento real.

## El razonamiento hipotético-deductivo

La utilización del método experimental por Claudio Bernard.

El surgimiento del siglo XIX contemplo el surgimiento de la medicina experimental.

Ya en esta época, la estructura del cuerpo humano era casi conocida debido a los nuevos métodos de microscopía. Se comprendía inclusive la estructura microscópica del cuerpo. Pero los procesos fisiológicos, tan importantes como los anatómicos, comenzaron también a ser comprendidos, especialmente en Alemania, donde surge la fisiología, como una ciencia independiente, bajo la dirección de Johannes Müller, profesor en las Universidades de Bonn y de Berlin, quien en 1830 publicó su Manual de fisiología humana. Müller tenía varios alumnos y entre ellos se encontraba Hermann von Helmholtz, quien realizó importantes descubrimientos sobre la visión y la audición, inventado después el oftalmoscopio. Otro de los alumnos de Helmholtz fue Rudolf Virchow quien descubre que la célula es el centro de todos los cambios patológicos. Su obra, La patología celular, publicada en 1858, puso fin a la antigua visión de que la enfermedad se debe a un desequilibrio entre los cuatro humores, según Hipócrates.

Dentro de este desarrollo de la fisiología surge Claudio Bernard, como el fisiólogo más importante de la época. Sus descubrimientos fueron el resultado de experimentos muy cuidadosos y planeados y condujeron a aclarar el papel del páncreas en la digestión, revelaron la presencia de glicógeno en el hígado y explicó cómo la contracción y expansión de los conductos sanguíneos están controlados por los nervios vasomotores. Propuso también el concepto de un ambiente interno, es decir, el balance químico dentro y alrededor de las células, y la importancia de su estabilidad.

Sus aportaciones se deben ver en el contexto del mecanicismo materialista de la época (Toumin, 2003).

Su obra principal es su **Introducción al estudio de la medicina experimental**, publicada en 1865 (Guthrie, 2003). En esta obra, formula los principios de la medicina experimental y de la fisiología general, como afirma:

“...Primero observación casual, luego construcción lógica de una hipótesis basada en la observación, y por último, verificación de la hipótesis mediante experimentos adecuados, para demostrar lo verdadero y lo falso de la suposición. ...En las ciencias experimentales la medición de los fenómenos es un punto fundamental, puesto que es la determinación cuantitativa de un efecto con relación a una causa dada por la que puede establecerse una ley de los fenómenos...cuando el hecho que se encuentra está en oposición con una teoría dominante, hay que aceptar el hecho y abandonar la teoría, aun cuando esta última, sostenida por grandes hombres, éste por lo general adoptada...” (Morales, 2011).

Las fases del método hipotético-deductivo, comienzan con la observación, a la que le sigue la formulación de hipótesis y la comprobación de éstas. Estas fases precisan de la objetividad del científico, dentro de un diseño experimental de investigación.

La primera fase es la observación, que puede ser directa en la naturaleza o desarrollada en un laboratorio, a la que se le llama experimentación. En esta observación experimental, como la que llevaba a cabo Bernard, el fenómeno se puede repetir cuantas veces sea necesario y manipular, es decir, una vez determinadas las causas de un fenómeno, manipular estas causas para producir o dejar de producir éste.

Bernard señaló la importancia que tiene para el método experimental, la sistematización y cuantificación matemática de los experimentos, es decir son una experiencia provocada y sistematizada mediante instrumentos cada vez más complejos (microscopio, telescopio entre otros), que ayuden al proceso de medición y cuantificación de lo observado (Método experimental, 2011).

En este sentido, la importancia y trascendencia de los trabajos de Bernard, que investigó a la luz de la observación y la experiencia los fenómenos fisiológicos, se refleja en el actuar del médico moderno, pues la mayoría de las enfermedades no se diagnostican sino después de análisis clínicos que afirman o desechan el diagnóstico provisional y que no es otra cosa que una hipótesis formulada ante los primeros síntomas observados.

Además, el método experimental encuentra en Bernard un gran defensor, pues afirmaba que cada fenómeno está determinado por condiciones complejas definidas, de tal manera que siempre que estas concurren de nuevo, el fenómeno se repite con toda exactitud (Enciclopedia Cultural, 1975).

## **Aplicaciones a la enfermería**

La postura empírico analítica, fundamentada en el positivismo lógico y en el falsacionismo de Popper, se transforma en la orientación cuantitativa en la investigación enfermera, orientación que ha producido numerosos documentos (tesis, artículos, ponencias) en la disciplina.

Por ejemplo, Holt (2008) presenta una revisión sistemática de los estudios empíricos

(investigación descriptiva) sobre las actitudes del personal de enfermería hacia la eutanasia voluntaria en diversos países del mundo, encontrando variables significativas como edad, género, religión, nacionalidad y especialidad enfermera.

Este estudio concluye que las actitudes del personal de enfermería están subrepresentada en la literatura especializada en comparación con las de los médicos. Este tipo de revisiones sistemáticas sobre estudios cuantitativos en enfermería, en este caso sobre las actitudes del personal de enfermería en países desarrollados hacia la eutanasia, tiene amplias repercusiones para la práctica:

“...si las enfermeras fueran capaces de administrar un proceso de eutanasia, esto tendría implicaciones para la organización y la entrega de cuidado de enfermería...la noción de que las enfermeras estuvieran implicadas en actos de asesinato ha sido visto como dañino para la imagen pública de la enfermería. Más aún, el rol de cuidado es fundamental en la práctica enfermera y está presente en la legislación enfermera profesional (códigos de ética). Si el personal de enfermería participara en la eutanasia, se necesitaría también el reconocimiento que el matar (bajo algunas circunstancias claramente definidas) se puede acoplar dentro del rol de cuidado. Esto sería controversial con algunas enfermeras que quieren llevar a cabo este rol, y otras, que no sólo se rehusarían a hacerlo, sino que también objetarían de modo intenso las acciones de las enfermeras que quieren administrar la eutanasia...” (Holt, 2008: 267-268).

Otra área en la cual el método hipotético-deductivo se aplica en enfermería, es la toma de decisiones en las que se sigue una perspectiva racionalista. Bajo esta perspectiva, el proceso de razonamiento clínico del personal de enfermería se puede conceptualizar como el modelo hipotético-deductivo que utiliza el médico.

Este modelo se puede ver como una estrategia cognoscitiva para la resolución de problemas y la toma de decisiones. En este proceso, la enfermera selecciona algunas señales de la situación presente, después comienza a construir algunas hipótesis como posibles diagnósticos, después busca más señales que le confirmen o refuten esas hipótesis, por último, comparando el significado de las señales, llega a una conclusión que le confirma una hipótesis a la que le llama **diagnóstico**. Esta estrategia sigue un proceso de aprendizaje novato-experto (Harbison, 1991: 406).

## CUESTIONES PARA DISCUTIR

1. ¿Cuál es la influencia del empirismo, el racionalismo y el positivismo en el método hipotético-deductivo?
2. ¿Cuál ha sido el impacto del empirismo en la investigación enfermera?

## REFERENCIAS

- Abbagnano N (1993). Diccionario de Filosofía. México: Fondo de Cultura Económica.
- Beuchot, Mauricio. Miguel Angel Sobrino (2003). *Historia de la filosofía moderna y contemporánea*. México, D.F.: Editorial Torres Asociados.
- Clarke, Liam (1995). Nursing research: science, visions and telling stories. *Journal of Advanced Nursing*. 21: 584-593.
- Compton García Fuentes, Carlos (2006). Desarrollo del carácter de la investigación social y su vínculo con la teoría, los métodos y las técnicas. Manuscrito no publicado. México: UNAM-ENEO.
- Compton García Fuentes, Carlos (2010). Filosofía moderna. *Manuscrito no publicado*. México: UNAM-ENEO.
- Comte, Auguste (1980). Discurso sobre el espíritu positivo. Madrid: Alianza.

Enciclopedia Cultural Científica, Literaria, Artística (1975). Claudio Bernard (3:100-101). México: UTEHA.

Guthrie, Douglas James (2003). The history of Medicine and Surgery. En: *The New Encyclopaedia Britannica* (27:775-783). Chicago: The Encyclopaedia Britannica, Inc.

Harbison, Jean (1991). Clinical decision making in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 16: 404-407.

Holt, Janet (2008). Nurses' attitudes to euthanasia: the influence of empirical studies and methodological concerns on nursing practice. *Nursing Philosophy* 9:257-272.

Losee, John (1976). Introducción histórica a la filosofía de la ciencia. Madrid: Alianza Editorial

Método experimental en las ciencias empíricas (2011). en: [http://www.educared.org/wikiEducared/index.php?title=M%C3%A9todo\\_experimental\\_de\\_las\\_ciencias\\_emp%C3%ADricas](http://www.educared.org/wikiEducared/index.php?title=M%C3%A9todo_experimental_de_las_ciencias_emp%C3%ADricas) [Consultado el 31 de agosto de 2013].

Najmanovich, Denise. Mariano Lucano (2010). *Epistemología para principiantes*. Buenos Aires: Era Naciente.

Ursúa, Nicanor. Ignacio Ayustarán. Juan de Dios González (2005). *Filosofía crítica de las ciencias humanas y sociales. Historia, metodología y fundamentación científica*. México: Ediciones Coyoacán.

## Notas

1 El método hipotético deductivo consiste en partir de una teoría general previa que presenta una inconsistencia. Entonces se plantea una explicación o hipótesis, deduciendo las consecuencias. Por último se comprueba la explicación (Abbagnano, 1993). Por ejemplo: existe un aumento en la incidencia de obesidad en niños menores de 12 años en una región, que contradice el porcentaje esperado de la población con este padecimiento. La hipótesis que explica este fenómeno es que los medios masivos de comunicación promueven la ingesta excesiva de carbohidratos y azúcares. La deducción de consecuencias observables es que si la causa fuera la influencia de los medios, un programa de educación en salud en las escuelas pueden revertir el fenómeno. En el experimento, la evaluación posterior a la intervención educativa muestra diferencias significativas con relación a la evaluación previa y por lo tanto, la hipótesis no resultó rechazada por la experiencia.

## 2.2 PRAGMATISMO Y FUNCIONALISMO EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

### Antes de comenzar

- Pragmatismo americano.
- Pragmatismo y el funcionalismo de William James.
- Instrumentalismo de John Dewey.
- Desarrollo del conocimiento en enfermería y el pragmatismo.
- Aplicaciones a la enfermería.

A la enfermería se le describe como una disciplina práctica o pragmática, existiendo muchos paralelismos entre la enfermería y el pragmatismo como escuela de pensamiento. El pragmatismo se menciona con frecuencia en la literatura enfermera, de manera superficial, pero existen pocas discusiones a profundidad sobre su aplicación a la enfermería y muy pocas autoras lo han identificado como una base teórica para la investigación enfermera. El pragmatismo de William James no ha sido discutido en forma substancial en el contexto de enfermería, a pesar de la existencia de aspectos complementarios obvios.

- El tema de la pluralidad en la filosofía de James se adecua a la diversidad y pluralidad enfermera.
- Su énfasis sobre la consciencia social en nuestras acciones se adecua al propósito fundamental de la enfermería de mejorar la vida de los demás.
- Su evaluación continua de verdades plurales en la práctica reflexiva se adecua bien con el énfasis de enfermería de desarrollar la mejor evidencia holista disponible.
- Y su conceptualización de la verdad como surgida de la práctica, llegando a ser un instrumento en la práctica, es completamente compatible con la identidad enfermera sobre la teoría-práctica...” (McCready, 2010).

El pragmatismo, como escuela de pensamiento de filosofía, tiene muchas afinidades con la práctica enfermera. A continuación se mencionarán las características de este movimiento.

### Pragmatismo americano

Como movimiento filosófico, el pragmatismo se desarrolló en EUA a finales del siglo XIX. Es una de las corrientes de más influencia en el mundo de habla inglesa.

Sus principales representantes son:

- Charles S Peirce.
- William James.

- John Dewey.

Cada uno de ellos tiene una postura intelectual específica. No es por lo tanto un movimiento unitario.

El pragmatismo tiene las siguientes características:

- Se considera que el pensamiento es un proceso de intervención activo sobre la realidad y no la contemplación pasiva de una verdad preestablecida o una mera recepción pasiva de los datos sensibles que provienen del exterior.
- La validez de toda teoría radica en su utilidad para la vida del individuo y de la sociedad, es decir, en su capacidad de valer como guía de conducta práctica en el ámbito moral, religioso, científico y social.
- Toda verdad es una regla de acción.
- El individuo siempre está en una relación dinámica y conflictiva con su ambiente y el pensamiento es un instrumento que facilita la adaptación del ser humano a este ambiente.
- Se vincula con el positivismo y el utilitarismo.

Se revisará el pragmatismo y el funcionalismo de William James.

## Pragmatismo y el funcionalismo de William James

William James nació en 1842 en Nueva York. Estudió medicina en la Universidad de Harvard y allí enseñó psicología y filosofía. En 1907 escribió su obra: Pragmatismo. En 1890, había escrito Los principios de la psicología, obra donde afirma que la conducta y el pensamiento (su experiencia consciente) del ser humano se desarrollan en función de su sobrevivencia ante un ambiente que le plantea retos. Este enfoque filosófico-psicológico, también debido a James, se llamó funcionalismo<sup>1</sup> y se desarrolló como una oposición al estructuralismo, corriente fundado por Edward Tichener en Inglaterra<sup>2</sup>. (Fazio y Fernández, 2009; Funcionalismo, 2012).

A continuación se mencionará como era la filosofía y la psicología de William James.

James utiliza la introspección como método de investigación psicológica. **La introspección es la descripción y el análisis de los propios estados de conciencia.**

Considera a la conciencia o la mente como un flujo de pensamiento en el que se suceden sensaciones e impresiones, estados de ánimo, flujo que no es una sencilla sucesión de ideas entrelazadas entre sí. Este flujo de la conciencia, es como la corriente de un río y presenta algunos momentos en los que viaja a gran velocidad, en modo turbulento, y otros en los que fluye de manera lenta o se detiene.

Para James, dentro de este flujo de la conciencia, el interés y la atención son las fuerzas que concretizan las diversas ideas. Es decir, una cosa será aquel conjunto de cualidades las cuales tienen un nombre porque han despertado un interés estético o práctico. Además, la percepción de la realidad deriva de la relación de todo lo que se experimenta a voluntad y con la vida emotiva y afectiva, pues todo lo que estimula el

propio interés es real. Por eso, la consciencia no es para James una corriente caótica de impresiones y experiencias.

De este modo, el mundo que se constituye con base en la experiencia pura no es algo estático, sino un proceso dinámico.

La relación de la consciencia con la realidad es de **naturaleza práctica**: en la acción se construye el conocimiento. Entonces, la verdad es una construcción hecha por el ser humano a partir de su experiencia, la cual, por lo general se queda a un nivel de creencia no verificada.

James considera que la verdad no es independiente del ser humano. Su epistemología voluntarista se fundamenta en lo que denomina **principio humanista**, pues considera que no es posible eliminar la contribución del ser humano a la verdad. Por lo tanto, este filósofo y psicólogo **reduce la verdad a la utilidad**, y en este principio se encuentra el núcleo de su pragmatismo.

En efecto, considera que la verdad es como la salud, es decir, un tipo de bien humano que permite al ser humano afrontar el futuro sin sorpresas. La verdad de una idea no reside en su adecuación a la realidad, sino que la idea se convierte en verdadera si se revela útil para el crecimiento y desarrollo de la vida.

En el fondo, una idea verdadera es simplemente un útil instrumento para la acción, y el deber de buscar la verdad es sólo pragmático, es decir, orientado a resultados útiles (Fazio y Fernández, 2009).

## Instrumentalismo de John Dewey

John Dewey (1859-1952) fue un filósofo y pedagogo estadounidense que se basó en el pragmatismo de James y a su versión de este movimiento la llamó **instrumentalismo**.

Tuvo una amplia influencia en EUA en la política, la educación, la ética y la gnoseología (estudio del conocimiento en general).

Su filosofía refleja la cultura y la época del país donde vivió. Refleja también la influencia del positivismo y de la aplicación del método científico-experimental para transformar la naturaleza y la sociedad en función de una vida mejor del individuo, privilegiando la eficacia y las consecuencias prácticas de la acción.

Dewey considera que el conocimiento es un proceso activo que contribuye a construir la realidad conocida. El ser humano es parte de la naturaleza y se ve precisado, para su sobrevivencia, a transformarla. Todos los conocimientos, desde los más abstractos hasta los más técnicos, no son sólo instrumentos por medio de los cuales los seres humanos resuelven los problemas que presenta la transformación del mundo.

De acuerdo a James, Dewey considera que la realidad la constituye la experiencia, estando así unidos el mundo físico y el psíquico.

El origen del pensamiento y de los objetos reales (del sujeto cognoscente y del objeto de conocimiento) se encuentra en la experiencia del contraste (lucha o esfuerzo), experiencia que se crea cuando un obstáculo se opone a la acción del agente y que suscita en éste el proceso de búsqueda o investigación. Este proceso de búsqueda es el medio que utiliza el agente para superar el obstáculo.

Por lo tanto, el obstáculo obliga a la experiencia a reflexionar sobre el problema,

produciendo así las ideas, que en realidad no son sino planes de acción o estrategias para salir de la situación problemática.

Para Dewey, el razonamiento se reduce a la consideración de las posibles consecuencias prácticas de la adopción de una idea o de otra.

Entonces, por medio de la sucesiva experimentación, el agente somete a la prueba de los hechos (a la prueba empírica) el plan operativo sugerido por las ideas y elaborado por los razonamientos. Si el experimento es exitoso, es decir, si resuelve una situación problemática, entonces, y sólo entonces, se puede decir que una idea es verdadera.

Lo verdadero no indica adecuación de una idea o concepto a una realidad dada, sino sólo el hecho de que dicha idea le permite al agente resolver con éxito las situaciones problemáticas que se le presentan.

Entonces, según la teoría del conocimiento de Dewey, el sujeto es el ámbito en el que nacen y se elaboran los procesos operativos dirigidos a la resolución de las experiencias de contraste. En cambio, el objeto es el conjunto de las características y de las distinciones conectadas, que se constituyen en la experiencia, una vez que el contraste o lucha ha sido resuelto. Por lo tanto, el objeto es el objeto final del proceso de conocimiento y no su presupuesto.

Sin embargo, para Dewey la realidad no es un producto del pensamiento subjetivo (como en el racionalismo), porque es preciso que el ser humano conozca todos los objetos que hasta ahora ha elaborado el ser humano.

De esta manera, la realidad objetiva es una construcción socio-histórica, en la cual el sujeto y el objeto se encuentran siempre en una relación continua, nunca aislados y en contraposición.

Dewey aplica también su método experimental al campo de la moral y afirma que:

Los ideales morales no son ni eternos ni independientes del contexto histórico en que el ser humano actúa, sino que son simples *instrumentos* mediante los cuales los seres humanos intentan regular la transformación del mundo y de responder a los problemas que esta transformación implica.

Por lo tanto, las intuiciones morales son siempre circunstanciales e históricas y no deben convertirse en verdades universales e inamovibles (Fazio y Fernández, 2009).

## Desarrollo del conocimiento en enfermería y el pragmatismo

El término pragmatismo se usa como sinónimo de “práctico”, “realista”, “orientado a resultados”, entre otros, como resultado de la influencia del pragmatismo en la cultura actual. Éste ha sido el caso en la literatura enfermera, donde se utiliza el término, en forma coloquial, para referirse a la práctica clínica y la educación, indicando así que la enfermería es una “disciplina práctica”. Por ejemplo:

- Se discute el pragmatismo como un enfoque para reducir la brecha entre la teoría y la práctica.
- Se promueve la pluralidad pragmática para promover la investigación que incluye la práctica enfermera.

- Se promueve el pragmatismo como un medio hacia un pluralismo que valore la diversidad en la investigación y en la práctica.
- Se promueve el pragmatismo para justificar el uso de diseños mixtos de investigación.

Pocos estudios se han llevado a cabo utilizando el pragmatismo como un enfoque filosófico de utilidad para la enfermería. Por lo tanto, el pragmatismo de William James (y el de John Dewey) puede colaborar al desarrollo del conocimiento enfermero, conocimiento que ha sido obstaculizado por la falsa dicotomía entre la investigación enfermera y la práctica enfermera (produciendo la brecha teoría-práctica).

De acuerdo a los principios al pragmatismo e instrumentalismo de William James y John Dewey, el desarrollo del conocimiento en enfermería debe ser operacionalizado como un proceso en el cual la investigación y la práctica enfermera participen de manera interactiva en el proceso colaborativo y compartido de generación y aplicación del conocimiento.

Con estos fundamentos, McCready (2010) propone un enfoque para el desarrollo del conocimiento en enfermería con base en tres conceptos:

- Pluralismo.
- Falibilidad.
- Instrumentación de las verdades.

El pragmatismo no puede ser considerado como un paradigma o metodología de investigación. Es más bien una forma de enfocar la filosofía y de pensar cómo hacemos elecciones mediante la consideración de cómo lo ideológico y lo práctico se intersectan.

Sin embargo este enfoque a la realidad se puede extrapolar a la investigación y a la práctica. En este sentido, aunque el Pragmatismo y el Instrumentalismo no fueron concebidos para alguna profesión aplicada, como la enfermería, la centralidad de la práctica en la teoría enfermera hace a esta corriente altamente aplicable a la disciplina.

Pero es preciso recordar que el pragmatismo no es una teoría sobre la práctica, ni una teoría sobre la teoría, sino que trata sobre la relación entre la teoría y la práctica.

## **La pluralidad y el desarrollo del conocimiento enfermero**

La pluralidad se adecua a la sociedad posmoderna actual. La enfermería es diversa y pluralista. Es diversa en sus ideologías y prácticas y pluralista en la producción y aplicación de conocimiento. La diversidad ofrece la oportunidad de aprender varias formas de ser, de saber y de hacer. Sin embargo, la diversidad nos plantea retos. En la práctica enfermera, la diversidad en roles, en escenarios y en individuos, puede conducir a la fragmentación y a la competitividad. En la investigación enfermera, se ha favorecido el pluralismo pero ha impedido el desarrollo del conocimiento enfermero. Es necesario pues, valorar y apoyar la diversidad ideológica.

En este sentido, se debe de establecer un diálogo abierto y respetuoso en el que la escucha está dirigida a entender los puntos de vista de los demás, no a la convergencia de

pensamiento, donde el otro no es un oponente, sino un compañero de conversación. En este sentido, en los encuentros dialógicos, el entendimiento no implica acuerdo.

## **La falibilidad y el desarrollo del conocimiento enfermero**

La falibilidad se refiere a la subjetividad humana. No hay certidumbre de estar en lo cierto con respecto a lo que se hace o se cree (porque el pensamiento, la verdad, surgen de las circunstancias, de las acciones). Por lo tanto cada quien tiene su propia perspectiva de las cosas y que es diferente a la de los demás.

Por otra parte, el pluralismo en la disciplina enfermera requiere de la habilidad para enfrentar problemas complejos con soluciones multifacéticas.

Al aceptar cuando se comete un error es bueno agradecer el apoyo de los colegas para solucionar un problema. Las propias ideologías son verdades y son por lo tanto, reinterpretables, revisables y provisionales. Es bueno tener seguridad de sí misma al exponer las propias ideologías para así llegar al diálogo y a una crítica constructiva con los colegas, esto puede llevarse a cabo en la Escuela de Enfermería, en el Congreso, o cuando se publica un trabajo académico. En este sentido, los encuentros con las demás son oportunidades para poner a prueba la veracidad de las verdades y así contrabalancear la propia falibilidad, que se comparte con los demás.

## **La instrumentación de las verdades y el desarrollo del conocimiento enfermero**

Una de las aportaciones del pragmatismo de William James es su descripción de las diversas fuentes de verdad o de conocimiento, diversidad ante la cual el pragmatismo mostraba gran flexibilidad.

Esta perspectiva refleja el desarrollo del conocimiento de la enfermería, donde este conocimiento tiene una gran variedad, riqueza y profundidad.

En este sentido, los postulados de James sobre la interconectividad de la teoría y la práctica pueden ayudar a crear un puente en la brecha que existe entre estas dos fases del desarrollo del conocimiento en enfermería.

No existe razón para esta brecha entre la teoría y la práctica en la enfermería, pues ésta es una disciplina práctica, que tiene una meta que comparten todos sus profesionales.

Si la causa de esta ruptura es la diversidad ideológica, se usará entonces esta diversidad ideológica a favor, mediante el principio de falibilidad que ya se ha revisado, procurando un entendimiento de los puntos de vista de los demás, entendimiento, claro está, que no significa acuerdo. Y si esta perspectiva es recíproca, la perspectiva de la otra enfermera puede acercarle a ella en lugar de alejarle.

Además, la investigación en enfermería debe estar dispuesta a incorporar en la teoría lo que produce la práctica, no sólo tomando este producto como una fuente de datos, sino generando con él conocimiento experiencial muy valioso, como parte de la totalidad del proceso de investigación.

Las investigadoras de enfermería, no sólo recogen datos, sino que contribuyen con su expertez y sus ideologías a la práctica, lo cual le añade significancia a ésta.

Las investigadoras y los practicantes no son enemigos o rivales, sino son más bien personajes extraños entre sí, que están separados por el idioma o por la geografía del lugar. La respuesta es el pluralismo falible (tolerancia y respeto ante la diversidad, pues la verdad es personal y colectiva y se construye con las propias acciones).

En este sentido, las verdades son instrumentos que pueden construir o destruir. La participación activa en un pluralismo falible es un reconocimiento del poder de la verdad como un instrumento. Como tal, el diálogo proporciona las oportunidades para mostrar a las demás la **utilidad** (pragmática) de las verdades para la vida y para el trabajo de enfermería. Se necesitan soluciones complejas, logradas mediante la pluralidad en el pensamiento, en la acción, y en la perspectiva para abordar las complejidades multifacéticas de la práctica de enfermería, y de las necesidades, verdades o realidades de los pacientes (McCready, 2010).

## Aplicaciones a la enfermería

- Las formas de William James de enfocar las elecciones fijas y dicotómicas, se convierten en oportunidades para el pluralismo, el cual se adecua a la diversidad y pluralidad de la enfermería, por ejemplo en la dicotomía teoría-práctica
- La filosofía del pragmatismo también se adecua al propósito fundamental de la enfermería de hacer el bien en la vida de los demás.
- La evaluación continua que el pragmatismo hace de las verdades falibles en la práctica reflexiva, se adecua bien con el interés de enfermería de preguntarse de manera continua sobre los propósitos, motivos y prácticas, y sobre el desarrollo continuo de la mejor evidencia holista disponible.
- El concepto del pragmatismo sobre las verdades, como instrumentos en la práctica, es compatible con la enfermería, centrada en el proceso teoría-práctica.

Por último, William James, afirmaba que:

“...ninguno de nosotros debe emitir vetos...ni debemos expresar palabras de abuso. Debemos... profundamente respetarnos mutuamente...nuestra propia libertad mental...entonces tendremos esa... tolerancia interna sin la cual toda nuestra tolerancia externa es vana y sin espíritu...” (James 1896/1997: 91; citado en McCready, 2010).

## CUESTIONES PARA DISCUTIR

1. Explique de manera amplia, con sus propias palabras, el pragmatismo de James y Dewey.
2. ¿Qué le aporta el pragmatismo, como escuela filosófica, al desarrollo del conocimiento en enfermería?

## REFERENCIAS

Fazio, Mariano, Francisco Fernández Labastida (2009). Historia de la filosofía IV. Filosofía contemporánea, Madrid: Palabra.

McCready Jason S (2010). Jamesian pragmatism: a framework for working towards unified diversity in nursing knowledge development. *Nursing Philosophy*. 11:191-203.

Levin, Janet (2010). Functionalism. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Edward N. Zalta (ed). en: <http://plato.stanford.edu/archives/sum2010/entries/functionalism> [Consultado el 18 de Julio de 2013]

## Notas

- 1 El funcionalismo tiene varias acepciones, según la disciplina de que se trate. De acuerdo a la filosofía, es la doctrina que afirma que lo que constituye un pensamiento, un deseo o un dolor (o cualquier otro tipo de estado mental) no depende de su constitución interna, sino sólo de su función, del papel que desempeña en el sistema cognoscitivo del cual forma parte (Levin,2010).
- 2 Los estructuralistas querían hacer una anatomía de la mente mediante la introspección. Es decir, la psicología era para ellos el estudio de nuestra conciencia, de las experiencias mentales, tal cual se perciben y se manifiestan a los demás sobre ellas.

## 2.3 ENFERMERÍA Y LA SOLUCIÓN CIENTÍFICA DE LOS PROBLEMAS: CIENCIA HERMENÉUTICA PARA ENFERMERÍA

### Antes de comenzar

- Perspectiva positivista y enfermería.
- Hermenéutica como método de investigación.
- Hermenéutica como ciencia.
- Aplicaciones a la enfermería.

En este tema se van a tratar dos modalidades fundamentales de investigación en enfermería: la investigación cuantitativa, fundamentada en la postura empírico – analítica, y en la investigación cualitativa, fundamentada en la postura empírico – hermenéutica, según Habermas.

Estas dos posturas reflejan la dicotomía positivista – hermenéutica en la investigación enfermería.

La primera postura, fundamentada en el positivismo, es la que genera el llamado “método científico”, usado en las ciencias naturales y en algunos casos, en las ciencias sociales.

De la segunda postura se van a derivar varias tradiciones de investigación, como la fenomenología interpretativa, la teoría fundamentada, la etnografía, entre otras, todas fundamentadas en el método de investigación propio de las ciencias del espíritu: la hermenéutica, como método que pretende develar el significado de la subjetividad de la persona.

Es preciso aclarar que la postura positivista afirma que sólo el conocimiento empírico, o conocimiento de los objetos materiales de la naturaleza mediante los sentidos y obtenido mediante el método hipotético-deductivo, es verdadero o válido.

Claro está, esta postura es válida para el mundo de las ciencias naturales, donde los objetos de conocimiento están sujetos a leyes universales, pero no es válido para estudiar la subjetividad de la persona, que depende de su historia personal, de su cultura, de su entorno, de su época.

Para conocer esta subjetividad, se necesita un método que revele el significado de la experiencia, significado que es único para cada persona. Este método, derivado de la filosofía fenomenológica, que surge, dentro de las ciencias del espíritu, es la hermenéutica, opuesto a las ciencias de la naturaleza, según la clasificación Guillermo Dilthey.

La enfermería, al considerar al ser humano como persona, como una entidad holista, privilegia en la actualidad a la investigación cualitativa y a la hermenéutica como método de investigación, en lugar del método positivista, propio de la medicina, que considera al ser humano como un organismo sujeto a las leyes universales de la física y

la química.

Ambas modalidades producen un conocimiento sistemático y racional de la realidad, es decir, generan conocimiento “científico” y se emplean en la actualidad en la investigación enfermera, cada una aportando a su esfera de acción, ya sea la dimensión corpórea de la persona, o la dimensión subjetiva y trascendente de ésta, y muestran la dicotomía positivista-hermenéutica que existe en la investigación.

## Perspectiva positivista y enfermería

Ya se ha revisado en esta unidad, la historia y fundamentación del método hipotético-deductivo, fundamentado en la postura empírico-analítica de la ciencia.

Antes de revisar a la hermenéutica como medio para producir un saber racional y sistemático de la realidad, se debe considerar la crítica que plantea Husserl, fundador de la fenomenología (vinculada a la hermenéutica) sobre la ciencia. Esta crítica la escribió Husserl entre 1936 y 1938, poco antes de su muerte y fue publicada en 1950.

Señala Husserl en su obra **La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental**, que en el origen de la ciencia moderna, que nace con Galileo Galilei, se encuentra el antiguo ideal griego de un saber racional que abarque la totalidad del ser. Sin embargo, este proyecto se desarrolló de manera unilateral y reductiva, al darle un peso desproporcionado a las matemáticas en el desarrollo de las ciencias.

En efecto, para Galileo era necesario abstraer la dimensión físico-matemática de la realidad, como único ámbito de certeza racional, para construir sobre él el edificio del saber.

Esto tuvo como consecuencia que, junto con el avance arrollador de las ciencias experimentales, se crease como efecto no deseado una visión distorsionada de la realidad en su conjunto, que reduce lo verdadero a lo que enseñan las ciencias positivo-experimentales. Esta postura gnoseológica deja muchos temas que interesan por mucho al ser humano, fuera de una posible consideración racional. Desde este punto de vista, sólo tiene sentido lo que puede ser verificado por el método científico-experimental, quedando reducida la vida concreta a lo meramente fáctico y cuantificable.

Husserl afirma que la ciencia no puede resolver el problema más importante para el ser humano: la pregunta acerca del sentido, o de la ausencia de sentido, de la vida humana en su conjunto, porque la ciencia carece de respuestas para estas inquietudes existenciales que atormentan a todo ser humano, porque se trata de un saber impersonal, que abstrae conocimiento de cualquier sujeto.

La arbitraria reducción de la racionalidad a lo científico, que ha sido llevada a cabo por el positivismo, deja fuera del ámbito de lo racional todas las cuestiones que hacen referencia a los temas últimos. De esta manera, el ser humano se siente impotente en manos del destino, desprovisto de un punto de referencia cierto para su libertad, que le permita plasmarse a sí mismo y modelar el mundo que lo rodea, en armonía con la naturaleza y la sociedad humana.

La crisis de las ciencias que Husserl percibe, no es una crisis de científicidad, sino su absolutización, que coloca las categorías científicas por encima de la vida.

Husserl llama **mundo de la vida** al modo originario y natural como el hombre se

percibe a sí mismo y experimenta el mundo, acompañado de una comprensión precientífica de esta experiencia. Las ciencias se levantan sobre esta comprensión primera del mundo, que asumen en forma inconsciente.

Por ejemplo, sin la capacidad humana de percibir el espacio y de moverse en él, sería imposible la apreciación y posterior medición de las magnitudes sobre las que se construye la geometría.

Para Husserl, la crisis de las ciencias se encuentra en el olvido de este fundamento de sentido, porque al perder el ideal de objetividad científica su conexión natural con el mundo de la vida, se produce una fractura entre el mundo objetivo y el horizonte de la experiencia común y de la subjetividad. Con esta separación, las ciencias pierden todo significado para la vida (Fazio y Fernández, 2009)

Sin embargo, a pesar de todas estas limitantes epistemológicas, la investigación descriptiva y experimental (junto con la investigación cualitativa) alimenta la enfermería basada en la evidencia, la cual ayuda a solucionar los problemas derivados de la práctica con resultados de la investigación, ya sean cuantitativos o cualitativos, lo que a su vez influye en la toma de decisiones en la práctica.

Esta evidencia de investigación cuantitativa proporciona información sobre tratamientos efectivos, pero no puede nunca determinar por completo la práctica de enfermería, siendo necesaria su interpretación y aplicación individual. Esto es importante porque en la actualidad los investigadores enfatizan transferir el conocimiento obtenido mediante la investigación, a la práctica, es decir, en productos, procesos u otras aplicaciones que pueden mejorar el cuidado del paciente (Taylor, 2012).

## **Hermenéutica como método de investigación<sup>1</sup>**

La palabra hermenéutica viene de la palabra Hermes, que era el nombre del dios griego que llevaba mensajes a los seres humanos. Hermes no sólo les decía a los demás, palabra por palabra, el mensaje de los dioses, sino que les interpretaba sus palabras, se las hacía inteligibles. En el Renacimiento, se usaba la crítica literaria o hermenéutica, para interpretar y comprender las obras clásicas en latín y griego. La hermenéutica también se usaba en la interpretación de la biblia en este tiempo por los reformados o protestantes.

Para el siglo XIX, Schleiermacher, decía que la hermenéutica era valiosa para las ciencias humanas (que son las ciencias del espíritu, opuestas a las ciencias de la naturaleza) y que eran un medio para objetivar el verdadero significado de un texto y el intérprete trata de encontrar el significado original del autor.

En el siglo XIX, Guillermo Dilthey, alumno de Schleiermacher, propuso que la hermenéutica fuera el método de investigación en las ciencias humanas. Como método, a la hermenéutica le interesa estudiar un texto para comprender como la vida se vive en forma humana. En este sentido, la hermenéutica es un medio para comprender los proyectos humanos. Dilthey dice que la experiencia de la vida de una persona es el dato fundamental de las ciencias humanas. Propone que la propia vida humana sea estudiada mediante las vidas de las personas. Estos medios de expresión pueden ser trabajos literarios, las diversas culturas, y las instituciones sociales. A través de éste y de otros

medios la experiencia de vida puede ser comprendida. Aunque Dilthey cree que se puede entender la experiencia del otro, cree también que la propia situación del intérprete sesga la interpretación y por lo tanto, puede ocultar completamente la experiencia de un proyecto humano.

Dilthey usa el círculo hermenéutico como la condición necesaria para la posibilidad de comprender las expresiones de una persona en un momento de la historia. Enfatiza el lenguaje compartido y los antecedentes compartidos de significado, que se identifican como parte del círculo hermenéutico. Este círculo usa todas las palabras u oraciones como medios para revisar la totalidad y ésta es revisada analizando cada parte, es decir, las palabras y las oraciones. El significado o significados que se derivan del círculo hermenéutico son los hallazgos sobre la vida, cómo es ésta vivida. Ésta es la aportación de Schleiermacher y Dilthey a la hermenéutica, aportación que fundamentó el trabajo de Heidegger.

Martín Heidegger trasladó la hermenéutica del campo de la epistemología, como lo menciona Schleiermacher y Dilthey, al campo de la ontología, pues afirma que la forma fundamental de la existencia del ser humano es la comprensión.<sup>2</sup>

Heidegger también usa el círculo hermenéutico como medio para obtener comprensión. Sin embargo, ya que traslado a la ontología su hermenéutica, traslado también el círculo hermenéutico al campo de la ontología (del campo de epistemología, donde estaba con Dilthey). Heidegger escribe sobre el círculo hermenéutico, enfatizando la interpretación del ser humano con la presencia del propio conocimiento previo. El trabajo de Heidegger es diferente del de Schleiermacher y Dilthey, en el sentido de que no pretende buscar la verdad, o la objetividad, sino la comprensión de lo que significa estar-en-el mundo. Los tres procesos que emergen de la hermenéutica de Heidegger, son:

- Una búsqueda del significado total en el texto como una totalidad.
- Una interpretación de las partes del texto y una comparación de las dos interpretaciones, buscando significados, yendo de la totalidad a las partes y de las partes a la totalidad.
- Avanzar más allá de lo que se ha interpretado en la fase dos, para revelar lo desconocido.

Ampliando la perspectiva de Heidegger, Hans Georg Gadamer se centra en la idea de la fusión de horizontes. En este sentido, la hermenéutica es una forma de comprender la existencia humana. Por lo tanto, la situación hermenéutica de Gadamer surge a la luz del propio presente, como es influenciado por el pasado en infinitas formas. Consistente con Heidegger, Gadamer continua la discusión sobre el círculo hermenéutico cuando escribe sobre el prejuicio como una parte integral de la comprensión hermenéutica. Gadamer dice que la persona que desea comprender un texto, debe estar dispuesta a percibir la otredad en el texto. Esto quiere decir identificar los propios sesgos de percepción hacia el texto, de tal manera que éste se presente a sí mismo en su otredad y en su manera de mostrar su verdad, la cual está en contra de la preopinión del intérprete.

Para Gadamer, el círculo hermenéutico se compone de la interpretación de la totalidad

del texto a la luz de sus partes, y de la interpretación de sus partes, a la luz de la totalidad. Sin embargo, cada interpretación hace surgir una comprensión más profunda de esa parte de la totalidad que se trata de interpretar. De esta comprensión, el intérprete ingresa en otra capa del círculo, el cual puede ser concebido como una espiral con capas cada vez más profundas de comprensión e interpretación. Gadamer describe esta comprensión como una fusión de horizontes. Horizonte es el rango de visión que incluye todo lo que pueda ser visto desde un punto particular de percepción. Por lo tanto, el horizonte es la experiencia de vida del intérprete, la cual incluye los prejuicios y los sesgos.

Paul Ricoeur se aleja del trabajo de Heidegger y de Gadamer en el sentido de que mediante su hermenéutica busca considerar al texto como un discurso autónomo. Pretende presentar al texto en forma objetiva, dentro de su condición en el tiempo, de su condición histórica, de tal manera que la comprensión surja en el presente a la luz del pasado. El significado objetivo de un texto es distinto de las intenciones subjetivas de su autor. Ricoeur dice que la intención que el autor pretende tener no puede proporcionar una comprensión correcta. Se debe construir el significado de un texto, como una totalidad, y si surge más de un significado, se debe usar entonces un proceso de interpretación –distanciación– apropiación.

Este método consiste en lo siguiente: primero se lee el texto para descubrir el significado superficial y efectuar un análisis estructural, de tal manera que el intérprete pueda ser crítico en un sentido semántico profundo. Después, la distanciación es una crítica deliberada para resolver las incomprensiones inmediatas sobre el texto. Por último, la apropiación es hacer familiar lo que parece extraño. Es decir, apropiarse significa hacer propio lo que era extraño. Este acto de apropiación no busca la fusión de horizontes, como decía Gadamer, sino aumentar la comprensión. Esto significa que Ricoeur cree que una interpretación de un texto resulta en el significado verdadero del texto que expande la comprensión del texto.

Todos estos filósofos desarrollaron la hermenéutica para las ciencias humanas, creyendo que la interpretación es esencial para comprender los textos y los significados dentro de los textos. También se usó el círculo hermenéutico como un medio para trasladarse de las partes a la totalidad, dentro de la interpretación textual. Sin embargo, existen algunas diferencias: Dilthey y Ricoeur consideran que la verdad objetiva surge de la interpretación, mientras que Heidegger y Gadamer dicen que el significado de un texto surge dentro de la perspectiva de interpretación del lector (Ortiz, 2009).

## **Hermenéutica como ciencia**

Como se ha visto, la fenomenología es un movimiento filosófico y un método de investigación. Como método tiene varias variantes y se le llama también hermenéutica, puede ser una hermenéutica descriptiva, según Husserl, o una hermenéutica interpretativa, según Heidegger y Gadamer (Dowling, 2004), y claro, también la hermenéutica de Schleiermacher y Dilthey (Ortiz, 2009).

La hermenéutica ha generado varios métodos de investigación dentro de la metodología cualitativa. A continuación se presentan algunos datos: la fenomenología,

basada en la fenomenología descriptiva o eidética de Husserl, la interpretativa de Heidegger y algunos métodos basados en la hermenéutica de Dilthey. En los procedimientos de estas tradiciones se podrá reconocer la influencia del círculo hermenéutico que ya se revisó.

## Fenomenología eidética

Un estudio fenomenológico describe el significado de las experiencias de vida de varios individuos sobre un concepto o fenómeno. Los fenomenólogos estudian las estructuras de la conciencia en las experiencias humanas.

La fenomenología de Husserl<sup>3</sup> habla de una intencionalidad, es decir, de la capacidad de la mente humana para ser consciente de que existe un objeto fuera de su conciencia. Al aproximarse a este objeto (en este caso, la vida y la experiencia de la persona cuidada) con el mundo, con las preconcepciones, por lo que Husserl explica que se debe suspender el propio juicio racional por un momento. A esto se llama reducción eidética, que purifica la conciencia para descubrir la esencia (lo que realmente es) de un fenómeno.

Éstos son los pasos para un estudio fenomenológico:

- El investigador necesita comprender los fundamentos filosóficos que subyacen a este método, sobre todo el concepto de epoche, mediante el cual el investigador suspende su juicio racional, sus ideas previas o preconcebidas sobre el fenómeno para comprenderlo mediante las voces de los informantes.
- El investigador recolecta entonces datos de los individuos que han experimentado el fenómeno bajo investigación. Por lo común, esta información es colectada mediante entrevistas extensas con los informantes en un rango que va desde 5 a 25 informantes.
- Los pasos para el análisis de datos fenomenológicos son los siguientes:
  - Los protocolos originales se dividen en declaraciones.
  - Las unidades se transforman en conglomerados de significados expresados en conceptos psicológicos o fenomenológicos.
  - Por último, estas transformaciones se vinculan entre sí para elaborar una descripción general de la experiencia: la descripción textual de lo que fue experimentado y la descripción estructural de cómo fue experimentado.
- El informe fenomenológico termina con una mejor comprensión por parte del lector de la estructura esencial o invariante (esencia) de la experiencia, reconociendo que existe un solo significado unificador de la experiencia. Por ejemplo, esto significa que todas las experiencias tienen una “estructura” subyacente (el dolor por la pérdida es el mismo ya se trate de un cachorrito o de un niño). Al lector del informe le debe quedar el sentimiento de que comprende mejor que es para alguien experimentar algo así (Creswell,1997).

Ejemplos de este tipo de estudio en enfermería, son:

- El significado que tiene para las enfermeras administrar una inyección.
- En mujeres parturientas, la experiencia de dar a luz (De la Cuesta, 1997).

## Fenomenología interpretativa

Dentro de la disciplina de enfermería, Patricia Benner<sup>4</sup> utiliza en una investigación el círculo hermenéutico y tres estrategias: casos paradigmáticos, ejemplos y análisis temático. Estas estrategias, dice Benner, son útiles para que las afirmaciones particulares del texto surjan y para presentar las relaciones de configuración y de transacción. Un caso paradigmático es el de un patrón particular de significados. Un caso ejemplar es útil como parte de las estrategias de presentación y las herramientas de reconocimiento.

El caso ejemplar es más pequeño que el caso paradigmático, pero de manera similar a un caso paradigmático es un buen ejemplo de una transacción significativa, o de una intención o capacidad. Y por último, el análisis temático acontece cuando el intérprete identifica temas en común en las entrevistas y extrae suficientes extractos de las entrevistas para presentar evidencia del tema al lector. La meta de la metodología de Benner es la de descubrir términos significativos y de logra la comprensión de las habilidades, prácticas y experiencias cotidianas de las enfermeras.

Es preciso mencionar que aunque Benner llama a su hermenéutica heideggeriana, las fases de su propia descripción difieren de Heidegger, pues éste ubica a la ontología como el fundamento para comprender qué es ser humano. La pregunta a responder, desde la perspectiva de Heidegger, es: ¿qué significa ser un ser humano? Por su parte, la hermenéutica de Benner le interesa la epistemología en lugar de la ontología. Le interesa responder a la pregunta: ¿cómo las enfermeras saben lo que saben? Intenta responder a esta pregunta mediante las fases de su método hermenéutico desde una perspectiva epistemológica (Ortiz, 2009).

## Métodos hermenéuticos

Los métodos hermenéuticos se fundamentan en la filosofía de Guillermo Dilthey y pretende develar al espíritu del hombre a través de su palabra. Existen cuatro métodos (cuadro 2-1):

- Hermenéutico-dialéctico.
- Etnometodología.
- Interaccionismo simbólico.
- Análisis del discurso.

Cuadro 2-1. Los métodos hermenéuticos	
Método	Características
Hermenéutico-dialéctico	Consiste en oír y ver repetidas veces, a determinados intervalos de tiempo, las grabaciones (diálogo e imagen), con las anotaciones correspondientes, ubicando su contenido sobre el posible fondo emergente de las dimensiones siguientes: descubrimiento de la intención que anima al autor, descubrimiento del significado que tiene la acción para su autor, descubrimiento de la función que la acción o conducta desempeña en la vida del autor, determinación del nivel de condicionamiento ambiental y cultural
Etnometodología	Considera que la realidad social es algo construido, producido y vivido por sus miembros de una sociedad, que viven un <i>ethnos</i> , una cultura. La etnometodología afirma que en las ciencias sociales todo es <i>interpretación</i> y que nada habla por sí mismo. El investigador cualitativo, bajo este método, se enfrenta a un gran número de documentos, notas de campo, e impresiones, que precisan les dé un sentido o sentidos. Este “buscarles sentido” es un verdadero “arte de interpretación”, es decir, una <i>hermenéutica</i>
Interaccionismo simbólico	Trata de representar y comprender el proceso el proceso de creación y asignación de significados al mundo de la realidad vivida, esto es, a la comprensión de los individuos en particular, en lugares particulares, en situaciones particulares y en tiempos particulares. Considera que la mente humana es hermenéutica y define el análisis de la acción humana como una ciencia interpretativa en busca de significado, no como una ciencia experimental en busca de leyes
Análisis del discurso	Su fin es describir la importancia que el texto hablado o escrito tiene en la vida social. Forma una familia de técnicas como el análisis del discurso o de texto, el análisis de contenido y el análisis de la conversación. En este método se distinguen tres niveles de significación: el sintáctico, el semántico y el pragmático. El sintáctico está constituido por la forma del texto, como está redactado, mientras que los niveles semántico y pragmático constituyen el <b>contenido</b> del texto, su significado. Por lo tanto, el análisis del discurso pretende establecer las relaciones entre la forma (lo que está escrito) y el contenido (lo que significa). Estos tres niveles conforman la <b>semiótica</b> , cuyo fin es la interpretación de los textos-discursos

Estos métodos son utilizados en la investigación cualitativa en enfermería y permite interpretar el sentido o verdad intersubjetiva de grupos específicos de personas que reciben cuidados de enfermería ante una condición de salud-enfermedad o una transición de vida, utilizando documentos audiovisuales o escritos.

## Aplicaciones a la enfermería

“En un primer nivel de atención, las enfermeras llevan a cabo su práctica en áreas tales manejo del dolor crónico y promoción a la salud, con una oportunidad sin paralelo para afectar las elecciones de los estilos de vida de los pacientes. Existen muchos ejemplos donde la investigación ha permitido una mejor comprensión de los requerimientos de los pacientes en circunstancias particulares, por ejemplo, la investigación sobre la comprensión de la hipertensión por parte de los pacientes y el impacto de su manejo en la atención primaria a la salud. En esta investigación se encontró que los pacientes pueden ver a la salud y la enfermedad en forma diferente a como la ve el personal de salud y que se requiere un proceso de planteamiento de preguntas adecuado a la cultura para hacer surgir el cuadro de la hipertensión y su impacto en la salud. Estudios como este muestran que existe una creciente base de evidencia para el cuidado, pero que existen muchas áreas donde se necesita una investigación posterior...” (Taylor, 2012).

Éste es un ejemplo de cómo la investigación cualitativa, basada en la postura empírico-hermenéutica de la ciencia, ha aportado a la enfermería. Tanto la investigación cuantitativa (positivista), como la cualitativa (hermenéutica) aportan al desarrollo del cuidado. Sin embargo, la ciencia hermenéutica rescata en enfermería el sentido y el significado de la experiencia, de la dimensión trascendente de la persona, algo que la investigación descriptiva o experimental no puede hacer.

## CUESTIONES PARA DISCUTIR

1. ¿Qué deficiencias muestra la ciencia experimental con relación a la comprensión del ser humano?
2. Describa el círculo hermenéutico según Dilthey.

## REFERENCIAS

- Creswell, John (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- De la Cuesta Benjumea, Carmen (1997). Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. *Investigación y educación en enfermería*, 15(2):13-24.
- Dowling, Maura (2004). Hermeneutics: an exploration. *Nurse Researcher*. 11(4):30-39.
- Earle, Vicki (2010). Phenomenology as research method or substantive metaphysics. An overview of phenomenology's uses in nursing. *Nursing Philosophy* 11: 286-296.
- Fazio, Mariano y Francisco Fernández Labastida (2009), *Historia de la filosofía IV. Filosofía contemporánea*, Madrid: Palabra.
- Miguel Martínez, Miguel (2009). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas.
- Ortiz, Mario R (2009). Hermeneutics and Nursing Research: History, Processes, and Exemplar. *Online Journal of Nursing Research*. 9(1):1-6.
- Taylor, Ruth (2012). Using and developing the evidence base in primary health care. *Primary Health Care*. 22(1):31-36.

## Notas

- 1 La hermenéutica está vinculada a la fenomenología. El movimiento fenomenológico surgió en Alemania antes de la Primera Guerra Mundial, debido al filósofo Edmund Husserl, profesor en la Universidad de Friburgo. Es tanto una filosofía como un método de investigación. Como filosofía afirma que para conocer la realidad debemos ver al objeto tal como se presenta a nuestros sentidos, suspendiendo el juicio racional en ese momento, "poniéndolo entre paréntesis" A esta se le llama fenomenología eidética o hermenéutica objetiva. Al segundo tipo de fenomenología, la desarrollada por Heidegger, alumno de Husserl en Friburgo, se le llama fenomenología interpretativa o hermenéutica interpretativa (Dowling, 2004).
- 2 El *verstehen* o comprensión, es opuesto a la explicación de las ciencias naturales. Esta comprensión fundamenta las ciencias humanas (Carlos Compton).
- 3 La fenomenología tiene diferentes significados, según se trate de algún u otro filósofo, como Husserl (su fundador) o de Heidegger (su alumno) o de Gadamer o de Merleau-Ponty (Earle, 2010).
- 4 Es una teórica de enfermería, que explica como se produce la formación en la práctica de una enfermera sin experiencia hasta convertirse en una enfermera experta. La reflexión en la acción y el acompañamiento personal en esta transición son muy importantes (Carlos Compton).

## 2.4 ENFERMERÍA COMO *PRAXIS* DE LA FILOSOFÍA

### Antes de comenzar

- Historia de la *praxis* en la filosofía occidental.
- La teoría enfermera, la práctica enfermera y la *praxis* enfermera.
- Aplicaciones a la enfermería.

“...Uno de los principales problemas en enfermería es la observación de lo que sucede en las situaciones clínicas, rara vez se adecua a lo que los libros de texto dicen que debe pasar. La mayoría de las enfermeras han experimentado la brecha entre la teoría y la práctica, pero esta experiencia la han sentido más las estudiantes de enfermería, quienes con frecuencia se encuentran divididas entre lo que les piden sus tutores clínicos, para que implementen lo que han aprendido en la teoría, y la presión de las enfermeras del servicio (que se encuentran en la práctica) quienes les piden se adapten a las limitaciones de las situaciones clínicas de la vida real.

Para las teóricas, la brecha se encuentra entre lo que dice la investigación y la teoría, que es lo que debería ocurrir, y lo que pasa de hecho en el área clínica “imperfecta”. Desde esta perspectiva, la brecha se reduciría si la práctica de enfermería se acercara más a la teoría. Sin embargo, para las enfermeras que están en la práctica, la brecha se encuentra entre lo que dice la teoría que debiera pasar y lo que de hecho funciona en la realidad. Desde esta perspectiva, la brecha se reduciría si la teoría de enfermería reflejara de manera más estrecha las realidades de la vida clínica.

Ninguna perspectiva es una representación precisa de la situación actual, pues la brecha se basa en una percepción errónea de la naturaleza de la teoría de enfermería y su relación con la práctica, y es una consecuencia de la forma en la cual la teoría se ha desarrollado a través de los años. Por lo tanto, habría que esperar esta brecha, pues la teoría nunca puede fundamentar en su totalidad lo que acontece en la práctica clínica. Entonces, la brecha no puede reducirse al acercarse la teoría a la práctica o viceversa, sino que se necesita una nueva relación entre la teoría y la práctica, a la que llamaremos ***praxis de enfermería...***” (Rolfe,1993).

### Historia de la *praxis* en la filosofía occidental

La *praxis*, según la concibe Freire (1970) es un constructo filosófico que reúne el saber (pensar) y el hacer (método) como una dialéctica.<sup>1</sup> Es una reflexión y acción simultánea dirigida a transformar el mundo (Kagan et al,2009).

El discurso de la *praxis* en la filosofía occidental, según Connor (2004), tiene los siguientes periodos:

- De Aristóteles a la Ilustración.

- El periodo poshegeliano.
- El periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial.

## Aristóteles a la Ilustración

Aristóteles nos habla de la *praxis* en su *Ética a Nicómaco*. Para él, la *praxis* es un concepto que comprende el propósito básico del ser humano de desarrollar la acción moral reflexiva. Considera que existen dos virtudes intelectuales gobernadas por el intelecto deliberativo o *logos*.<sup>2</sup> Estas virtudes son:

- La sabiduría práctica o *phronesis*.
- El arte o *tekne*.

La acción moral del ser humano, de carácter moral, que es deliberativa y responsable, proviene de la percepción por los sentidos y por el deseo que está insertado en el intelecto, es decir, en el pensamiento o *nous*.

En consecuencia, la *phronesis* era parte de la *praxis*. La *phronesis* no se relacionaba con los fines de la acción en sí mismos, sino que implicaba el juicio o valoración lleno de sabiduría que determinaba la acción.

Por otra parte, en la *tekne*, que pertenecía al discurso técnico o instrumental de las acciones, el fin es más importante que el acto de hacer o producir.<sup>3</sup>

A Aristóteles le quedaba muy clara la distinción entre la *theoria*, que practicaban los filósofos, la *praxis* que practicaban los hombres libres y la *tekne* que practicaban los artesanos.<sup>4</sup> Después de la filosofía antigua y medieval, Kant, en el siglo XVIII, cambió el significado de la *praxis*, tal como la entendía Aristóteles.

Kant creó una nueva praxiología (filosofía de la *praxis*) fundamentada en la filosofía de la Ilustración (que pretendía fundamentarlo todo por luz de la razón) e intentaba que todo el saber de las ciencias empíricas se categorizara como filosofía teórica y que el saber asociado con fines morales se llamara filosofía práctica.

Kant decía que la gente era más libre y moral cuando elegía vivir dentro del marco de referencia moral y legal ya establecido. Se había perdido así la posibilidad de deliberar en forma personal o grupal para establecer un bien sin un fin predeterminado.

Entonces cambió la noción. La *praxis* era una perspectiva instrumental para ver al mundo. El componente de *phronesis* de Aristóteles había desaparecido.

## El periodo poshegeliano

Los discípulos de Hegel<sup>5</sup> desarrollaron la praxiología. Uno de ellos fue Karl Marx, quien escribió en 1845 sus tesis sobre el materialismo de Fierbach. La noción de Marx de la *praxis* resaltó los resultados de la acción en lugar del proceso implicado en éste.

Debido a esto, a que enfatizó los resultados, en lugar de la reflexión sobre la acción, los filósofos del siglo XX consideraron que su praxiología se adecuaba más al discurso

técnico que al discurso práctico.

En este sentido, la teoría social de Marx conocida como materialismo histórico constituía su praxiología, la cual incorporaba el giro filosófico hacia el materialismo y el historicismo. La misión de Marx, que buscaba un orden mundial más justo, era ilustrar a los trabajadores sobre los supuestos del capitalismo, el cual los oprimía, inspirándolos también a ejercer sus derechos.

La *praxis* emancipatoria, que era una transformación radical de la *praxis* de Aristóteles y Kant, surgió a partir del compromiso de Marx por la acción para transformar al ser humano.

Debido a la atracción y accesibilidad de la praxiología marxista, en ocasiones a Marx se le reconoce como el creador del concepto de la *praxis*. Su prevalencia continua a nivel internacional, en una diversidad de expresiones en los Gobiernos y el mundo académico, es una confirmación de su significativa colaboración al discurso práctico en filosofía. Ciertamente, este filósofo debe ser reconocido por haber popularizado la *praxis* dentro de la praxiología emancipatoria.

## El periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial

Durante las primeras décadas del siglo XX, el marxismo permaneció como un fuerte movimiento ideológico y tuvo un renacimiento filosófico en el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial. Fue significativo en los movimientos de liberación en lo que se conoció como el Tercer Mundo.<sup>6</sup>

Es en este periodo que se presentan las aportaciones de Jean Paul Sartre, filósofo y escritor existencialista francés y de Gadamer y Habermas, filósofos alemanes de la segunda generación de la Escuela de Frankfurt.

Sartre estudió a Marx y consideró que el marxismo y el existencialismo eran complementarios. Decía que una verdadera filosofía de la práctica podría surgir de la aceptación de un individuo existente como un organismo práctico que produce conocimiento como un momento de *praxis*. Su postura filosófica abrió el camino para que la *praxis* se viera como una transformación personal y social.

Hans Georg Gadamer deconstruyó lo que consideró como las inadecuaciones de la moderna ciencia y tecnología y construyó un modelo hermenéutico y ontológico de comprensión (*verstehen*) dentro de las ciencias humanas.

Para lograr esta tarea, Gadamer retomó la esencia de los conceptos de *praxis* y *phronesis* de Aristóteles, sacándolos de la praxiología racionalista de la época griega y situándolos en su propia praxiología hermenéutica en desarrollo.

Gadamer afirmaba que la ciencia y la tecnología del siglo XX eran herederas del concepto de *tekne* de Aristóteles y que la hermenéutica era heredera del concepto de *praxis*.

Una filósofa de esta época, Helen Arendt, escribió en 1958, *La Condición Humana*, en la que afirmaba que la *praxis* era la actividad interpersonal de la gente entre sí y que no requería un conducto material, como el concepto de trabajo. Como tal, la *praxis* es ontológica y es la forma más alta de ser. La *praxis* así concebida requiere de equidad,

pluralidad y reconocimiento de las diferencias para lograr la transformación del ser humano dentro de la comunidad. Su praxiología es precursora de la ontología feminista, pues difiere de las praxiologías androcéntricas de la transformación humana de esta época.

Por su parte, a Junger Habermas se le asocia con el término “teoría crítica” considera que la *praxis* debe asociarse con la función crítica de una ciencia práctica reflexiva, a la que llamó “interés de conocimiento emancipatorio”. Habermas no usa la palabra *praxis*, sino acción.

También en esta época, Kotarbinski, un filósofo polaco, desarrolló una teoría de la acción eficaz usando la idea de *tekne* de Aristóteles y le llamó a su obra: *La praxiología: una introducción a la ciencia de la acción eficaz*, en la cual afirmaba que la praxiología era una nueva ciencia con aplicaciones transdisciplinarias, sin ninguna vinculación con la moral. Fue a través de su obra que la palabra *praxis* ingreso al léxico de enfermería, con un sentido instrumental y eficientista.

Por último para Paulo Freire, la acción educativa, tanto de maestros como de alumnas, tiene como fin último la transformación de la realidad sociopolítica, a través de la toma de consciencia de la opresión para cambiarla (Connor, 2004).<sup>7</sup>

## La teoría enfermera, la práctica enfermera y la *praxis* enfermera<sup>8</sup>

“Entonces, la práctica no es una clase de conducta irreflexiva, que existe separada de la “teoría”, y a la cual se puede “aplicar” la teoría. Por lo tanto, las dos suposiciones, entremezcladas entre sí, de que toda la “teoría” es ausencia de práctica, y de que toda la práctica es ausencia de teoría, están completamente equivocadas...” (Carr & Kemis, 1986; citados por Rolfe, 1993).

La teoría, dice Rolfe (1993), nunca puede explicar o predecir lo que va a acontecer en la práctica.<sup>9</sup> En este sentido, Patricia Benner estableció una distinción útil entre el “saber qué” y el “saber cómo” y dice que saber cómo hacer algo no siempre requiere conocimiento teórico. El convertirse en un experto en la práctica requiere el desarrollo del “saber cómo” del conocimiento implicado en la experiencia práctica.

En este sentido, la práctica es una actividad intencional ubicada en marcos de referencia conceptuales y como tal, contiene su propia teoría interna. Esta clase de teoría no es algo que se aplique a la práctica, sino más bien, la teoría está implícita en la práctica, ya que sin ella, la práctica se desarrollaría en una conducta azarosa y sin significado.

Este tipo de teoría es una “teoría informal”, en contraste con la teoría formal, según el modelo técnico racional.

Por esto, la teoría informal permite a los practicantes trabajar en las situaciones en las cuales se encuentran, al relacionar sus actividades con lo que es deseable y con lo que es posible dentro de esas situaciones, así evaluar los resultados de estas situaciones a la luz de estas consideraciones. Lo que es más, esta teoría informal, aunque no es “científica”,<sup>10</sup> no es sistemática e intuitiva, más bien trasciende el dualismo de la

distinción positivista/fenomenológica por su relación y ubicación dentro de la práctica.

De esta manera, la relación entre la teoría y la práctica se revierte. La teoría no determina la práctica, sino que es generada por la práctica. Este proceso es circular, en el que la práctica genera la teoría, la teoría modifica la práctica, produciendo una nueva teoría y así de manera sucesiva, la enfermera en su práctica, construye un repertorio situacional, que se modifica para satisfacer nuevas situaciones. Este proceso se llama **reflexión en la acción**, es fundamental al “arte” mediante el cual las enfermeras manejan bien las situaciones de incertidumbre, inestabilidad y conflicto de valores.

Este enfoque es similar al que describe Patricia Benner, en el cual las enfermeras expertas desarrollan conglomerados de casos paradigmáticos sobre diferentes asuntos del cuidado al paciente, de tal manera que se aproximan a la situación de cuidado de un paciente usando situaciones concretas del pasado, como un investigador usa un paradigma.

Por lo tanto, la teoría informal no es generalizable como pretende la teoría científica formal. Por ejemplo, no se puede afirmar que debido a que el método de cuidado de boca “X” probó ser mejor que el método “Y” en las pruebas clínicas, será por lo tanto mejor para este paciente en esta situación.

Sin embargo, la teoría informal es generalizable en el sentido de que la teoría derivada de la reflexión en la acción puede ser usada para modificar la práctica futura. Sin embargo, la relación entre la teoría y la práctica no es determinista o causal, sino una relación de mutuo crecimiento. La teoría y la práctica están dentro de una totalidad inseparable, de tal manera que la práctica reflexiva produce teoría informal y la teoría reflexiva modifica y desarrolla la práctica.

Por definición, la teoría informal está contenida en la práctica, porque sin ella, la práctica es sólo una actividad azarosa y no coordinada. De forma parecida, la teoría informal se genera por definición de la práctica por el proceso de reflexión en la acción. **La praxis de enfermería** implica un proceso continuo de hipotetizar y poner a prueba nuevas ideas y de modificar la práctica de acuerdo a los resultados.

Por lo tanto, las enfermeras en su práctica diaria, no son sólo “teóricas”, sino “investigadoras”, que participan en diversas actividades de investigación-acción y en la generación de teoría informal. Schön llama a esta investigación, “experimentación en el lugar (de servicio)”, la cual genera un “conocimiento personal”.

El papel de la enfermera en la práctica como investigadora no se adecua al rol tradicional de la enfermera investigadora como una especialista que llega al área clínica para “hacer” investigación. De hecho, el papel de investigador no puede separarse del papel de practicante, ya que ejercer la práctica es investigar. Sin embargo, esta investigación no se adecua al paradigma de la racionalidad técnica en el cual los hallazgos de grandes muestras se generalizan a la totalidad de la población.

La clase de investigación que se lleva a cabo dentro de la *praxis* de enfermería, pudiera reducirse a un caso, sin que pudiera ser generalizable más allá de esa sola persona.<sup>11</sup> Sin embargo, aún así, es una investigación válida, sin los problemas derivados de la generalización estadística de la perspectiva cuantitativa (Rolfe, 1993).

## Aplicaciones a la enfermería

“...En la *praxis* de enfermería la teoría informal se genera de las situaciones prácticas por una reflexión en la acción, y la práctica se modifica por la aplicación reflexiva de aquella teoría de vuelta a la práctica. Esto tiene como consecuencia que: en primer lugar, la teoría enfermera formal debe ser reemplazada en importancia por la teoría informal o fundamentada en la práctica. El papel de la teoría formal es de soporte, en el sentido de que proporciona las herramientas para la *praxis*.

Ejemplo:

Un paciente terminal le pregunta a su enfermera si va a morir. Para saber que decirle, la enfermera reflexiona en situaciones parecidas en las cuales se ha encontrado antes y esta experiencia práctica la aplica con este paciente en particular. La enfermera, claro está, también se puede basar en la psicología, en la ética o en la investigación experimental. Sin embargo, el recurrir a la teoría, a la ciencia, será secundario, pues sólo le proporcionan material a la enfermera para su reflexión en la acción. Por lo tanto, lo que normalmente es considerado como teoría enfermera, tiene el papel de *praxis* de información, en lugar de conocimiento.

En segundo lugar, ya que el conocimiento está en constante desarrollo y cambio y ninguna teoría puede responder a las complejidades de una situación dada, debe haber un cambio en la educación enfermera. Por lo tanto, cada encuentro con cada enfermera con cada paciente, es único, y aunque las teorías formales pueden proporcionar información sobre la que se puede basar la acción, la enfermera genera su propia teoría informal mediante la reflexión en la acción y la experimentación en el lugar de servicio.

En este sentido, la educación en enfermería debe darle más importancia a los campos clínicos en los cuales se hallan las estudiantes, aboliéndose la división tradicional entre la teoría y la práctica. Debe emplearse menos tiempo en aplicar las teorías y modelos a la práctica y más tiempo reflexionando sobre las situaciones clínicas individuales mediante el juego de papeles, diarios reflexivos, portafolios, entre otros.

Por último se debe elevar la condición de la enfermera responsable del servicio, pues tiene un nuevo papel como investigadora en la acción y generadora de teoría. La enfermera en la práctica ya no aplicará las teorías dictadas por los investigadores, pues ella misma será una investigadora y educadora.

En resumen, la enfermera en el servicio será una experta que contará con una comprensión profunda de las situaciones clínicas, con base en varios casos paradigmáticos que ha visto. De esta forma se cerrará la brecha entre la teoría y la práctica, reemplazándose por un nuevo modelo de *praxis* de enfermería...” (Rolfe, 1993).

## CUESTIONES PARA DISCUTIR

1. ¿Qué es la *praxis* para Aristóteles, Marx y Freire?
2. ¿Cómo se lleva a cabo la *praxis* de enfermería?

## REFERENCIAS

- Connor, Margaret J (2004). The practical discourse in philosophy and nursing: an exploration of linkages and shifts in the evolution of praxis. *Nursing Philosophy* 5:54-66.
- Freire, Paulo (1970). *Pedagogia del oprimido*. México: SigloXXI.
- Kagan, Paula N. Marlaine C. Smith. W. Richard Cowling. Peggy L.Chinn (2009). *A nursing manifesto: an emancipatory call for knowledge development, conscience and praxis*. *Nursing Philosophy*. 11:67-84.
- Rolfe, Gary (1993). Closing the theory-practice gap: a model of nursing praxis. *Journal of Clinical Nursing*. 2;173-177.

## Notas

- 1 La dialéctica se refiere a los cambios y transformaciones que suceden en el mundo natural y en el mundo social. Por ejemplo, un capullo existe como capullo, luego el capullo es negado, ya no existe como capullo, luego el capullo se transforma en flor, que es una síntesis del capullo y de su transformación. Esto quiere decir que el saber y el hacer se destruyen a sí mismos, pierden su ser, que es negado, para dar lugar a algo distinto, transformado, que es la acción reflexiva, en la que participa la consciencia del individuo (Carlos Compton).
- 2 La virtud para Aristóteles era el hábito que conducía al ser humano al bien. El bien era la Felicidad, y ésta la concebía como la búsqueda constante del equilibrio entre dos pasiones, según la naturaleza particular de cada individuo. Decía que la virtud estaba en el justo medio. Esto implicaba el conocimiento de sí mismo en relación con la *polis* o comunidad y el esfuerzo para alcanzar el equilibrio moral en las pasiones (por ejemplo, el temerario debe tender a la moderación y desarrollar la prudencia; por el contrario, el pusilánime debe tender a ser valeroso). Este ser dueño de sí mismo mediante la razón y la voluntad era la felicidad (Carlos Compton).
- 3 Por esto, el cuidado no es una acción práctica en el sentido de la *tekne*, sino una acción praxiológica, en el sentido de que está determinada por un pensamiento reflexivo y creativo sobre la acción (Carlos Compton).
- 4 El artesano tiene uno o varios diseños y los reproduce según la demanda del mercado. El artista nunca crea dos obras iguales, expresa en su creación sentimientos y pensamientos mediante un lenguaje: visual, musical, lingüístico, corporal (Carlos Compton).
- 5 Gorge Guillermo Federico Hegel fue un teólogo y filósofo alemán de finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX. Se interesó sobre todo por las relaciones entre lo finito (el ser humano) y lo infinito (Dios). Se dio cuenta que esta relación entre el sujeto finito y el objeto infinito se sintetizaba en la Encarnación (misterio cristiano mediante el cual el la naturaleza divina del Verbo se une o se encarna en una naturaleza humana), donde lo infinito se hace finito. Hegel es el último representante del idealismo alemán, que fue una reacción contra el escepticismo del empirismo sobre la posibilidad de una metafísica, es decir, de los objetos no materiales creados por la razón. Los idealistas hablaban de una inteligencia superior, principio metafísico al que llamaron el yo-absoluto. Para Hegel, la realidad es un proceso dialéctico donde existe una tesis (existe la esclavitud), la antítesis (no es viable la esclavitud) y síntesis (nace el feudalismo) (Fazio y Fernández, 2009; con adaptaciones de Carlos Compton).
- 6 El primer mundo era el mundo desarrollado capitalista: EUA y Europa. El segundo mundo era la Unión Soviética, China, Corea del Norte, Vietnam del Norte y Cuba, todos países socialistas. El tercer mundo era Latinoamérica, África, el medio oriente, la India y los demás países que, aunque seguían una economía capitalista, estaban en niveles inferiores de desarrollo con relación a los países industrializados del primer mundo. Fue en América Latina, durante la década de 1960, donde surge la teología de la liberación, donde se retomaban los escritos de Marx, de su praxiología emancipatoria, y la biblia. Esta corriente fue condenada y perseguida por la jerarquía católica (Carlos Compton).
- 7 Existe una praxiología feminista. La perspectiva de género señala y critica la dominación masculina en la filosofía occidental. Por ejemplo, muchos filósofos de la *praxis* han tomado como un hecho la libertad para el desarrollo humano, que es sencillo para los hombres, pero difícil para las mujeres, las que requieren un empoderamiento (Connor, 2004).
- 8 La *praxis*, como concepto, es un proceso orientado a la acción. La práctica reflexiva o el desarrollo de la reflexión en la práctica es fundamental para la *praxis* de enfermería. En el plano educativo se ha desarrollado el modelo práctica-teoría-práctica, el cual enfatiza la práctica en el currículo. Este modelo se basa en el trabajo de Schön sobre el profesional reflexivo y propone que el desarrollo del entendimiento personal y de la acción concomitante emane de la reflexión más que de la *praxis* emancipatoria. En este sentido, existen tres temas importantes en el debate contemporáneo teoría-práctica con relación a la práctica. En primer lugar, se puede interpretar a la práctica como la teoría que ha fracasado en normalizar la práctica. En segundo lugar, la forma en que las maestras de enfermería valoran más la teoría que las enfermeras en la práctica clínica. Y en tercer lugar, la búsqueda de la teoría en sí misma. Por su parte, Jane Watson, teórica de enfermería, autora del cuidado humanizado, considera que la *praxis* es

fundamental en la ciencia del cuidado, pues sin una *praxis* del cuidado sólo existe la teoría y una enfermería tal no tendría ningún sentido en la enfermería posmoderna actual (Connor, 2004).

[9](#) Rolfe (1993) elabora su discurso a partir de una *praxis* reflexiva, según Shon, no se refiere a la *praxis* emancipatoria de Paulo Freire (Carlos Compton).

[10](#) En el sentido empírico- analítico o empírico- hermenéutico.

[11](#) Algo similar pasa con la tradición de investigación cualitativa conocida como teoría fundamentada, en la cual se genera una teoría a partir de los datos obtenidos en el campo (Carlos Compton).

## Capítulo 3

# LA FILOSOFÍA DE LA *PRAXIS* DE ENFERMERÍA

*Carlos Christian Compton García Fuentes*

## INTRODUCCIÓN

La *praxis* es la toma de conciencia sobre el trabajo realizado, con el fin de transformarlo y mejorarlo. Esta reflexión en la acción se lleva a cabo en la práctica del cuidado cuando la enfermera experta, al enfrentar una situación nueva, la afronta con base en sus experiencias previas y en la información presente que tiene disponible, generando de esta manera conocimiento en enfermería.

La práctica se ve influida por la cultura tecnológica que caracteriza a la sociedad posindustrial (sociedad del conocimiento) en la que se vive, sociedad que privilegia la productividad, eficiencia y toma de decisiones con base en el desarrollo de la tecnología.

Por lo tanto, esta cultura tecnológica determina los planes de desarrollo de los países, incluyendo el del sector salud. Los resultados en América Latina se reflejan en el área de salud de cada país.

La tecnificación de la sociedad trae consigo, dentro de la sociedad capitalista posindustrial, una alienación del trabajador, incluyendo al profesional de enfermería, en que es privado de su iniciativa, creatividad y razón crítica, para trabajar y producir según normas lógicas preestablecidas que buscan la eficacia (como es el manual de calidad organizacional). Ante esto, es preciso rescatar el valor del cuidado para promover la vida y la dignidad de la persona cuidada, sirviéndose de la tecnología, no sirviéndola como un simple operario.

En este sentido, la práctica de enfermería, cuando se convierte en una acción reflexiva, tomando en cuenta, la teoría previa, es fuente de conocimiento propio en la disciplina, que se puede convertir en conocimiento teórico.

De esta manera, el profesional de enfermería puede trascender, buscando hacer de su práctica una *praxis* constante y buscando siempre, apoyado por la técnica y la tecnología, la promoción de la vida y la dignidad de la persona.

En el primer tema se estudiará a la *praxis*, como una práctica reflexiva o una reflexión en la práctica. Fue mediante la filosofía, en concreto mediante la teoría crítica de la sociedad, la acción liberadora de Paulo Freire, la teoría feminista y de teoría neo marxista, que la *praxis* ingresó en la investigación y educación de la enfermería.

Después, en el segundo tema, se verá como esta práctica de enfermería ha sido influida por la sociedad tecnocrática, expresada en el modelo económico neoliberal, el que ha su vez ha determinado dentro de los Planes Nacionales de Desarrollo, las políticas públicas en Salud.

En el tercer tema se revisará el humanismo, cuáles son las características de la sociedad tecnocrática y cómo oponerle a ésta los valores de una enfermería humanista en la cual se cuida a una persona con problemas de salud, no los problemas de salud de una persona.

En el cuarto tema se estudiará la manera en que la alienación de la práctica de enfermería aplica técnicas (con instrumentos o no) delegadas por el médico para curar o aliviar un padecimiento, administrar unidades y recursos, pero ésta práctica se aleja cada vez más del cuidado directo de las personas.

En el quinto tema, se estudiará la integración entre la teoría y la práctica. La unión de ambas es parte del desarrollo de enfermería como profesión, desarrollo que requiere de la transformación personal en el profesional de enfermería y su práctica.

El sexto tema aborda la búsqueda del sentido en la práctica de enfermería, mediante el cual el profesional de enfermería, trasciende y desarrolla sus potencialidades, pues lo que importa no es el tipo de trabajo, o rutinario y simple sea, sino la motivación para realizarlo, por ejemplo, en el amor incondicional hacia la persona cuidada.

## 3.1 LA TEORÍA DE LA PRAXIS EN ENFERMERÍA

### Antes de comenzar

- La praxiología en enfermería.
- La *praxis* emancipatoria.
- El *curriculum* como *praxis*.
- La hermenéutica como *praxis*.
- La enfermería como *praxis*.
- La *praxis* en la teoría de enfermería.

La *praxis* es un constructo filosófico que reúne el saber (pensar) y el hacer (método) como una dialéctica.<sup>1</sup> Es una reflexión y acción simultánea dirigida a transformar el mundo (Kagan et al, 2009). A continuación se describirá cómo la disciplina de enfermería se ha apropiado de la *praxis*.

Connor (2004), afirma que existen en la literatura de enfermería algunos agrupamientos teóricos particulares sobre la *praxis*, que a continuación se describen.

### La praxiología en enfermería

En la década de 1960, se pensaba que la *praxis* era teoría práctica, inferior al discurso teórico verdadero. Esta perspectiva reforzaba la separación entre hacer y pensar, entre la teoría y la práctica. En la década de 1980 se empezó a creer en el conocimiento praxiológico para el desarrollo de la disciplina. Se veía que la enfermería era una práctica orientada a la acción, que generaba conocimientos y teorías; por lo tanto, la enfermería era una ciencia práctica.

### La *praxis* emancipatoria

La *praxis* como ingreso en la investigación y educación en enfermería mediante la filosofía. Al principio, la principal influencia provino de la teoría crítica de la sociedad, que fue elaborada por los representantes de la Escuela de Frankfurt. La influencia se debió a la teoría de la acción liberadora de Paulo Freire<sup>2</sup> y a la teoría feminista<sup>3</sup> pero no a la teoría neomarxista, que por cierto, influyó en la teología de la liberación en la década de 1960 en América Latina.

En este sentido, se llevó a cabo investigación de enfermería en la década de 1980, que tenía un propósito emancipatorio y que estaba diseñada para estudiar las prácticas hegemónicas dentro de los sistemas de salud y de educación.

Finch *et al* (2006) dice que la investigación como *praxis* se caracteriza porque el investigador se une por medio del diálogo con la enfermera y su paciente, en la cual existe una plena participación en la relación de enfermería. Este tipo de investigación es de naturaleza cualitativa, se fundamenta en la tradición fenomenológica y hermenéutica,

enfatisa la descripción y el significado de la experiencia vivida y se adecua mejor a la descripción de la *praxis* que hace Paulo Freire como reflexión cuidadosa y acción de transformación del mundo, pues su descripción se adapta con la perspectiva de la enfermería como teoría del cuidado, y su estudio entre la enfermera y el paciente (la acción) y la personalidad de los implicados en la situación (la transformación).

Ver a la investigación como *praxis* sugiere que la comprensión se genera no sólo de la observación, sino en la participación plena, según la teoría de la acción comunicativa de Habermas, en que la verdad intersubjetiva se alcanza mediante el diálogo. En este sentido, la *praxis* de enfermería apoya no sólo la autorrealización personal, sino también la de otros implicados en la relación donde, el apoyo llega a ser una característica necesaria de la *praxis* de enfermería, la cual plantea al investigador esta pregunta: “¿soy sincero y verdadero con los demás y conmigo mismo?”

Ver a la *praxis* de enfermería de esta forma, quiere decir ver la intencionalidad, libertad, creatividad, socialización, racionalidad y autorrealización de la *praxis* como un enfoque metodológico en el que participan la enfermera, el paciente y el investigador en una experiencia real.

Por lo tanto, la investigación como *praxis* es un método fenomenológico emergente que abarca procesos hermenéuticos que implican no sólo el descubrimiento del significado y la comprensión razonada precisa de la experiencia vivida de cuidado, sino también el reconocimiento del valor transformador de la experiencia de cuidado dentro de la situación de enfermería (Connor, 2004).

## El *curriculum* como *praxis*

La *praxis* emancipatoria en enfermería transformó los valores curriculares tradicionales basados en la técnica, a valores basados en la práctica. Se construyó una praxiología del cuidado con base en la praxiología de Paulo Freire y en la praxiología feminista, que consideran a la enfermería como una disciplina moral que le interesa desarrollar la humanidad en las personas. Las teorías emancipatorias le deben mucho a los postulados de Habermas (Connor, 2004).

En este sentido, las estudiantes de enfermería aprenden ese conocimiento práctico (las convenciones de la profesión, su lenguaje, sus esquemas de valoración, sus tradiciones, sus patrones de conocimiento sistemático y de conocimiento) en la acción. Es sobre todo, durante las prácticas de formación, que las alumnas “aprenden en la acción”.

En consecuencia, si la maestra considera que la competencia profesional es la aplicación del conocimiento de enfermería que viene de la investigación y que se ha aprendido en clase para la solución de problemas, va a defender una práctica como preparación técnica, donde las alumnas se ejercitarán en la identificación y solución de problemas mediante la aplicación de las reglas que han aprendido en clase para su detección y solución.

Sin embargo, el conocimiento profesional relevante para las alumnas, es un saber que combina componentes explícitos (teóricos) y tácitos (la interpretación subjetiva de cada alumna en una situación de cuidado particular), que se combina en la acción, sin que la alumna tenga una clara consciencia de ello, a no ser después de que se lleve a cabo un

proceso de reflexión y de un diálogo interno sobre lo que se ha hecho, cómo, para qué, y qué se ha aprendido.

Es un saber difícil en reglas o accesible al lenguaje, porque es algo concreto y se encuentra en un proceso constante de comprensión- transformación-comprensión.

Por lo tanto, la profesional de enfermería, no sólo es una consumidora de conocimiento, sino también una productora de éste, mediante la *praxis* llevada a cabo ante situaciones problemáticas. En consecuencia, las alumnas en formación y las enfermeras en actualización profesional, no sólo deben de aplicar durante sus prácticas las reglas de ciertos protocolos, sino también, aprender las formas de investigación que las enfermeras usan cuando se encuentran en situaciones inestables, ambiguas y poco claras de la práctica cotidiana.

Este tipo de aprendizaje sólo es posible mediante la reflexión en la acción, es decir, mediante la *praxis* (Medina y Castillo, 2006).

## La hermenéutica como *praxis*

Algunas enfermeras consideran que el conocimiento en enfermería se genera de manera personal en el que la enfermera participa en la interpretación del mundo de una persona o familia.

Esto quiere decir que el conocimiento que se genera responde al mundo de la vida, en el cual están los objetos, mitos, representaciones, símbolos, ideas y seres humanos en sus tramas de relaciones con los demás. Dentro de estas cuestiones se encuentran las valoraciones y jerarquías axiológicas (qué se considera bueno y qué no) del paciente, su familia o la comunidad.

Entonces, es desde este mundo de la vida, que la enfermera interpreta a la persona cuidada, o su familia, o la comunidad.

Es en este sentido en el que se reconoce que la enfermería, como realidad social, es una creación histórica, que depende de la cultura en la que está inserta y que así como se construye, se puede transformar, reconstruir o destruir. Es una realidad inacabada, en continuo proceso de creación y cambio; por ello, no sólo son reales sus manifestaciones de acuerdo con las convenciones formalizadas u oficializadas según intereses dominantes, **sino que también son reales los saberes prácticos que se construyen**, así como las concepciones, convicciones, imaginarios, prácticas y discursos que circulan a su interior de manera marginal o subyacente, lo que viene a constituir una cultura particular.

Entonces, las personas y las enfermeras construyen el sentido de la realidad en la que participan y las prácticas cotidianas sólo reflejan una cultura institucionalizada (Mendoza, 2005).

De ahí que, para comprender la complejidad de la *praxis*, es necesario acceder al universo conceptual de las enfermeras como protagonistas y a sus redes de significado compartido, es decir, se requiere de una hermenéutica.

Por esto mismo, algunas enfermeras promueven a la enfermería usando la fenomenología y la hermenéutica de Heidegger. Por ejemplo, Patricia Benner cambia el sentido de *praxis* como expresión epistemológica común de una praxiología

emancipatoria y le da un énfasis ontológico.<sup>4</sup> Sin embargo, Benner no usa el término *praxis* en sus discusiones sobre el nexo entre la teoría y la práctica, porque considera que usarlo la identificaría con el paradigma emancipatorio

## La enfermería como *praxis*

En la década de 1990 surge la práctica reflexiva o el desarrollo de la reflexión en la práctica, con base en la obra de Donald Shön sobre el profesional reflexivo, que primero se aplicó en la educación donde propone que el desarrollo de la comprensión personal y la acción consecuente surge de la reflexión más que de la *praxis* emancipatoria. En esta época también surge la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson, quien afirma que sin una *praxis* sobre el cuidado existe sólo la teoría. Por otra parte, otros autores integran la teoría del cuidado y las nociones de Gadamer<sup>5</sup> sobre las ciencias humanas y la práctica, para construir a la enfermería como una ciencia humana moral. Resaltan el valor del cuidado como un imperativo moral, llamando a la enfermería como una práctica de cuidado (Connor, 2004).

## La *praxis* en la teoría de enfermería

La literatura sobre enfermería sugiere que hay una disociación entre la teoría y la *praxis*, implicando que la *praxis* no está basada en la teoría. Además, se afirma que la práctica actual se fundamenta en una teoría sin relación con lo que se consideran teorías propias de enfermería y se llega a sugerir en algunos casos que **la teoría que se enseña en las escuelas es diferente de la teoría en la que se basa la *praxis*.**

Las enfermeras saben que las teorías y modelos guían al profesional de enfermería sobre cómo ser y hacer enfermería. Esto genera controversia sobre las teorías y su aplicación en la práctica clínica, lo que lleva a plantear una ruptura entre el conocimiento disciplinar y la práctica, que a su vez se refleja en la posible rutinización del acto de cuidado y pérdida de identidad disciplinar y profesional.

La utilidad de las teorías no se cuestiona, pues proporcionan las bases para poder comprender la realidad, sino que capacita para comprender por qué ocurre un hecho, permite identificar cursos de acción específicos. La investigación muestra que muchas enfermeras, de forma inconsciente, adoptan marcos teóricos de enfermería en el ejercicio del cuidado como bases conceptuales y filosóficas para describir o comprender los fenómenos que se construyen en la *praxis* de enfermería.<sup>6</sup>

La adopción de marcos teóricos de enfermería en la práctica describe una relación entre la teoría y la *praxis* de enfermería que a su vez se expresa en la interrelación entre la enfermera que cuida, la persona cuidada y el entorno, de forma comprensiva, intersubjetiva y orientada a la trascendencia. Esta interrelación está construida desde el reconocimiento del contexto cultural y espiritual del otro, lo cual le da un significado al acto de cuidado.

Dice Camaño (2009) que una verdadera *praxis* es inconcebible sin el conocimiento teórico, al que se le debe imbuir una perspectiva crítica, pues sólo la reflexión consciente

da acceso al sentido de totalidad (complejidad), necesario para no caer en el instrumentalismo técnico que impone el sistema de salud y, por ende, la propia sociedad en su conjunto.

Por lo tanto, la teoría y la *praxis* son dos aspectos relacionados entre sí. Sólo el profesional que fundamente su práctica en la teoría será capaz de describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos de la enfermería e iniciar acciones preventivas pero siempre regresando a la práctica dichos elementos teóricos para mejorarla. Cuando la enfermera posee el conocimiento de lo que está pasando, puede también comprender, explicar y justificar su práctica de cierta forma y ser capaz de demostrar su responsabilidad en el sistema de salud (Camaño, 2009).

## CUESTIONES PARA DISCUTIR

1. ¿Qué es la *praxis* emancipadora?
2. ¿Cómo se lleva a cabo la *praxis* durante la formación curricular en enfermería? En su caso, ¿qué teoría(s) sustenta(n) su práctica profesional?

## REFERENCIAS

- Camaño Puig R (2009). Desarrollo histórico del conocimiento y del método científico. En: Benavent Garcés, MA; Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey *Fundamentos de enfermería* (118-149). Madrid: Difusión Avances de enfermería.
- Connor Margaret J (2004). The practical discourse in philosophy and nursing: an exploration of inkages and shifts in the evolution of praxis. *Nursing Philosophy* 5:54-66.
- Finch Linda P, Joan D Thomas, Savina O Schoenhofer, Ann Green (2006). Research as praxis: a mode of inquiry into caring in nursing. *International Journal for Human Caring* 10(1):28-31.
- Hernández Zambrano, Sandra Milena (2009). Teoría y praxis de enfermería: una relación dialéctica. *Rev Paraninfo Digital*, 6. Consultado el 11 de febrero del 2013, en: <http://www.index-f.com/para/n6/o009.php>
- Kagan, Paula N. Marlaine C. Smith. W. Richard Cowling. Peggy L. Chinn (2009). *A nursing manifesto: an emancipatory call for knowledge development, conscience and praxis*. *Nursing Philosophy*. 11:67-84.
- Medina Moya, Jose Luis Silvana Castillo Parra (2006). La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. *Texto & Contexto Enfermagem* 15(2):303-311.
- Mendoza C (2005). Saberes disciplinares y conocimiento científico escolar: trasposición curricular, didáctica y cognitiva en la enseñanza de las ciencias. Congreso Iberoamericano de Filosofía de la Ciencia (2: Santa Cruz de Tenerife: Septiembre, 2005) *Memorias*. Santa Cruz de Tenerife: Universidad de la Laguna.

## Notas

- 1 La dialéctica se refiere a los cambios y transformaciones que suceden en el mundo natural y en el mundo social. Por ejemplo, un capullo existe como capullo, luego éste es negado, ya no existe como tal, ya que se transforma en flor, la cual es una síntesis del capullo y de su transformación. Esto quiere decir que el saber y el hacer se destruyen a sí mismos, pierden su ser, que es negado, para dar lugar a algo distinto, transformado, que es la acción reflexiva, en la que participa la consciencia del individuo (Carlos Compton).
- 2 Paulo Freire fue un pedagogo brasileño que consideraba que la educación haría tomar conciencia al educando de quién era, de las necesidades de su comunidad y su capacidad para desarrollarse con los demás. Proponía que nadie educa a nadie, sino que todos educan a todos. Su libro más famoso es la Pedagogía del oprimido.
- 3 El lector puede consultar la primera unidad de investigación cualitativa en enfermería para conocer qué es y su metodología cómo parte la tradición cualitativa en investigación social.
- 4 La ontología estudia el ser en cuanto tal. Consulte la unidad 3 de Filosofía y Enfermería.
- 5 Consulte la unidad 3 de Epistemología y Enfermería para recordar quien fue Hans Georg Gadamer, representante de

la Escuela de Frankfurt.

6 Por ejemplo, utilizan elementos conceptuales de intersubjetividad, comprensión, interrelación, diálogo, autonomía, trascendencia, creatividad y reflexión, entre otros, que confluyen en la humanización del acto de cuidado y que están desarrollados en la teoría del cuidado humano (Jean Watson), en la teoría de la práctica humanística (Paterson y Zderad), en la teoría del autocuidado (Dorothea Orem), en la teoría de las relaciones interpersonales (Hildegard Peplau), en la teoría de la diversidad y la universalidad del cuidado (Madeleine Leininger) y en la teoría de la evolución humana (Rosemarie Rizzo) (Hernández, 2009).

## 3.2 PRÁCTICA DE ENFERMERÍA, TÉCNICA Y POLÍTICA

### Antes de comenzar

- La práctica de enfermería y su fundamento.
- La práctica y la política pública.
- Las políticas de salud y la práctica de enfermería.

La práctica del cuidado es la actividad que realiza una comunidad de enfermeras(os) que comparten las tradiciones de su propia profesión, como la valoración y solución de problemas y que comparten un mismo lenguaje. Además, el conocimiento que le permite a la enfermera(o) ejercer una práctica competente, forma parte de las actividades que comparte esta comunidad. Este conocimiento se manifiesta en los diversos escenarios y niveles donde participa la enfermería y es, ante todo, un conocimiento práctico que es aprendido “en la acción” (Medina y Castillo, 2006). Sin embargo, esta práctica se va a ver influida por las políticas públicas en salud, las cuales son a su vez influidas por el actual modelo de desarrollo neoliberal, como se verá a continuación.

### La práctica de enfermería y su fundamento

El conocimiento práctico debe fundamentarse en la teoría. Todas las enfermeras, afirma Kenney (2009), utilizan el conocimiento que adquirieron durante su educación formal y en su experiencia clínica para guiar su práctica. Algunas enfermeras usan de forma consistente los modelos y teorías para guiar su práctica, pero la mayoría desconocen las teorías y modelos que existen o no saben cómo aplicarlas. Muchas enfermeras desconocen el conocimiento que usan o donde lo han aprendido. Por lo tanto, su conocimiento implícito tiende a ser fragmentado, difuso, incompleto e influenciado en gran medida por el modelo médico. Aunque las estudiantes de maestría aprenden sobre los modelos y teorías de enfermería, es frecuente que la educación que reciben enfatice la aplicación del conocimiento médico como la base de su práctica.

En consecuencia, el uso del conocimiento médico y las políticas de los sistemas de cuidado a la salud han reemplazado el conocimiento de enfermería y han influenciado a algunas enfermeras a convertirse en “pequeñas médicas” en lugar de “enfermeras adultas” (Meleis, 1993; citado por Kenney, 2009).

Las teorías y modelos de enfermería son empleados por las enfermeras expertas para proporcionar un cuidado efectivo y de alta calidad. Muchas enfermeras creen que el uso de las teorías de enfermería mejoraría la calidad del cuidado de enfermería pero no tienen la información suficiente sobre ellas o la oportunidad para usarlas. Las teorías mejoran la calidad del cuidado al definir con claridad los límites y metas de las evaluaciones, diagnósticos e intervenciones de enfermería y proporcionando una continuidad y congruencia del cuidado. La teoría también contribuye a una práctica de enfermería más eficiente y realza la autonomía y confiabilidad del profesional de

enfermería. Éstos son algunos de los objetivos para emplear las teorías y modelos:

- Recolectar, organizar y clasificar los datos de las personas.
- Comprender, analizar e interpretar las situaciones de salud de las personas.
- Guiar la formulación de los diagnósticos de enfermería.
- Planear, implementar y evaluar el cuidado de enfermería.
- Explicar a las personas las acciones e interacciones de enfermería.
- Describir, explicar y algunas veces predecir las respuestas de las personas.
- Demostrar responsabilidad y confianza en las acciones de enfermería.
- Lograr los resultados deseados para las personas.

Por lo tanto, la práctica de enfermería basada en la teoría es una alternativa a los enfoques deshumanizantes, fragmentados, paternalistas que infestan los sistemas de salud en la actualidad (Kenney, 2009).

## La práctica y la política pública

Esta práctica de enfermería se lleva a cabo en un nuevo paradigma organizacional. El sistema capitalista basado en la industria manufacturera, dice Milstead (2009), ha caído en la obsolescencia al surgir el nuevo milenio. En la actualidad somos parte de una sociedad posindustrial basada en la información y el conocimiento.

La tecnología de la información y la comunicación impacto primero en el mundo financiero, luego en el sector productivo y por último impacta en el mundo de los servicios y la cultura, como la educación y la salud.

En esta nueva sociedad del conocimiento, ya no se necesitan industrias de manufactura, pues los productos se pueden hacer donde la mano de obra sea más barata (como en México), para bajar costos, y ya no es necesario tener edificios corporativos del tamaño de un rascacielos con muchos empleados, pues la información se puede guardar en sistemas de información y los trabajadores pueden estar en lugares distintos a una oficina.<sup>1</sup> En una organización tal, la productividad es el reto más grande, pues el pensamiento y la toma de decisiones son los procesos más grandes. Este nuevo paradigma requiere de trabajo colaborativo y no basado en una autoridad piramidal; la planeación a largo plazo está sustituida por la planeación estratégica y la organización publicita su misión y su visión.

Estos cambios organizacionales han tenido un impacto en el sistema de salud. Los gastos en salud para pacientes adultos mayores, con enfermedades crónicas degenerativas, o ambas, han incrementado los costos, lo cual en un sistema posindustrial orientado a bajarlos lo más posible y lograr la más alta eficiencia, ha producido una forma de trabajo en la cual se vinculan los diagnósticos con un sistema prospectivo de permanencia de ese paciente en el hospital.

En México, este criterio de financiación ha producido, en el nuevo seguro popular, que no se dé atención a todas las enfermedades, según criterios de fondos disponibles.

En este sentido, el cuidado de enfermería se empezó también a contabilizar, y al ser un

insumo en la producción, se trató de dar eficiencia mediante el uso de acciones normalizadas como la taxonomía NANDA, en cuanto a diagnósticos, intervenciones (NIC) y resultados (NOC). El cambio en la cultura organizacional debido a la sociedad del conocimiento, facilitó la separación entre la medicina y la enfermería, pues cada disciplina se centró en diversas dimensiones o componentes de la enfermedad/condición de la persona. La compartimentalización era propia de un sistema piramidal burocrático, pero no apoyaba a un enfoque holístico que proporcionara un cuidado a la salud total.

Por otra parte, éste fue el origen de las enfermeras polivalentes, ya que en el decenio pasado un trabajador tenía habilidades para un puesto de trabajo. Entonces se pensó que era mejor, para lograr una mayor eficiencia, que fuera competente en varias cosas relacionadas, integrando el conocimiento, la habilidad y la actitud, porque así podía rendirle más a la empresa, en este caso al hospital.

El nuevo paradigma influyó en los cambios de los sistemas de salud mediante cinco factores: el lugar, las personas, el modelo preventivo, el paradigma (la mejora cualitativa y la satisfacción de la persona), el proceso (uso de la tecnología).

Por esto, las enfermeras han comenzado a integrar los papeles de educadoras, investigadoras, administradoras y activistas en políticas públicas. Como defensoras de los pacientes, se expresan sobre temas de prevención de enfermedades y discapacidades, seguridad y riesgos ambientales, y del consentimiento informado. Todo esto requiere que la disciplina asuma un papel activo en el complejo sistema de fuerzas culturales, económicas y políticas, pero sobre todo en las políticas públicas en salud.

## Las políticas de salud y la práctica de enfermería

En los países en desarrollo, afirma Aliaga (2006), que se encuentran inmersos en regímenes neoliberales y de globalización, la implementación de nuevos Programas de Política de Salud, trae consigo, graves perjuicios a la mayoría de la población a través de reformas estructurales.<sup>2</sup> En el caso de México, existen estudios que definen las medidas de reforma del sistema mexicano de salud en el decenio de 1990, tenían como objetivos mejorar la calidad, eficiencia y equidad de los servicios públicos, a través de la introducción de un nuevo esquema financiero dentro del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), la creación de áreas médicas con asignaciones de presupuesto por edad y sexo, la afiliación de miembros de la economía informal a través de Seguro para la familia, la conclusión de la descentralización de los servicios de salud para los no asegurados y la entrega de un paquete de intervenciones a través del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) a ciudadanos que no tenían acceso a los servicios de salud hasta 1995.

Estas medidas tuvieron un impacto positivo en el acceso de las personas de bajos recursos económicos a la atención de salud; sin embargo, poco pudo hacerse por la justicia del financiamiento, la mala distribución de recursos, las barreras de género, la segmentación de la atención, la concentración en la atención curativa, la rendición de cuentas, la transparencia; el creciente problema de la violencia y la seguridad pública de las inequidades sanitarias, la segmentación y la creciente concentración de los recursos

en la atención curativa del segundo y tercer nivel (figura 3-1).



**Figura 3-1.** Las parteras tradicionales en América Latina evidencian las desigualdades en acceso a la salud. Reproducido con autorización de Imagen Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN). Convenio FUDEN-AECID para mejorar la salud materna e infantil en Centroamérica.

Según este análisis en México, desde 1982, la transición política está marcada por una liberalización política lenta, con una coalición política comprometida también con la liberalización económica. La descentralización tuvo un inicio incipiente, seguido de una interrupción y, al fin, la implementación de la descentralización junto a todos los Estados; mas el centralismo permanece en la estructura fiscal y tributaria y hay poca flexibilidad de presupuestos para que los estados y municipios se hagan cargo de su papel de intervención local.

Se puede concluir que, en pocas áreas de la economía las relaciones entre el Estado y el mercado de trabajo son tan complejas como en el área de salud.

Esto está reforzado por un lado, por la cultura curativa de las políticas de salud en América Latina, y sumado a esto las carencias educacionales que no permitan optar por la prioridad de una actitud preventiva.

Asimismo, en la gerencia de políticas y programas sociales, se estructuran propuestas en torno a una serie de estrategias como la formación e implementación de políticas y programas sociales, que consideran procesos técnicos, científicos y analíticos para el diseño, formulación, aplicación y evaluación de políticas y programas sociales, así como el diseño y aplicación de políticas sociales y programas locales regionales a favor de distintos grupos de población a ser incluidos en la agenda pública.<sup>3</sup>

Estos perfiles políticos, tienen repercusión en la implementación de los programas de salud que, ante las inconsistencias normativas, hacen que la práctica profesional de enfermería comunitaria se torne conflictiva por las carencias sociales y humanitarias de la comunidad. La práctica teórica comunitaria de enfermería, en el día a día, es escenario de contradicciones entre las normas originadas de las políticas de salud y la realidad de su práctica.

En la práctica profesional de la enfermera, se puede observar la contradicción de su rol, por un lado, como agente controlador al servicio de las instituciones de salud y de las políticas que determinan su práctica profesional y por otro lado, la propuesta de la enfermera como agente transformador. Esto lleva a definir que la profesión de enfermería precisa consolidar su posición dentro del equipo de salud y compartirlas con otras disciplinas, estableciendo compromisos consigo misma y con la sociedad, en

defensa de los derechos humanos ante las normas que discriminan a la persona en escenarios limitantes donde existen grandes diferencias entre la práctica institucional establecida y la necesidad permanente de una práctica profesional con autonomía.

Es importante tomar conciencia, que la enfermería convive, participa, comparte vivencias con innumerables formas de insatisfacción comunitaria en su extensión familiar-individual, a las que ofrece la práctica-teórica de la ciencia del cuidado en todas sus dimensiones y descubre carencias de:

- Subsistencia (debido a alimentación y abrigo insuficientes).
- Protección (debido a sistemas de salud ineficientes, a la violencia, entre otros).
- Afecto (debido al autoritarismo, la opresión, las relaciones de explotación con el medio ambiente natural, entre otros).
- Entendimiento (debido a la deficiente calidad de la educación).
- Participación (debido a la marginación y discriminación de mujeres, niños y minorías).
- Identidad (debido a la imposición de valores extraños a culturas locales y regionales, emigración forzada, exilio político, entre otros).

Los lineamientos de Política de Salud en América Latina, en las dos últimas décadas del siglo XX, tienen implicaciones en cuanto a eficiencia, efectividad y equidad en los sistemas de salud, evidenciándose muchas contradicciones en el aumento de la eficiencia y disminución de la equidad y acceso a los costos, pérdida de una atención integral y acceso a ella, aumento de desigualdades en cuanto a financiamiento y provisión de recursos.

Estas políticas públicas en salud surgen con el marco de las reformas estructurales, en un contexto neoliberal, como propuestas vinculadas a las orientaciones del Banco Mundial (BM) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) que influyen de manera determinante en el gasto social en salud.

Los programas se caracterizaron por ser verticales, modelo tecnócrata de la administración América Latina, que son modelos de atención que no siempre corresponden a la condición de salud de las poblaciones asistidas.

Se pueden considerar como avances la descentralización adoptada en dirección a la municipalización de la gestión y de las funciones estatales de coordinación del sistema de referencia intermunicipal.

Poco se pudo hacer por la justicia del financiamiento, la mala distribución de recursos, las barreras de género, la segmentación de la atención, la concentración en la atención curativa, la rendición de cuentas, la transparencia, el creciente problema de la violencia y la seguridad pública las inequidades sanitarias, la segmentación y la creciente concentración de los recursos en la atención curativa del segundo y tercer nivel.

Esto tiene repercusión en la implementación de los programas de salud, que ante las inconsistencias normativas, produce conflictos en la práctica profesional de la enfermería comunitaria, por las carencias sociales y humanitarias de la comunidad. Las acciones ejecutadas en esta práctica deben tener un carácter transformador, tomando en cuenta aspectos éticos, técnicos, científicos, epistemológicos, culturales entre otros

(Aliaga,2006).

## CUESTIONES PARA DISCUTIR

1. ¿Cómo influye la sociedad posindustrial actual en la práctica de enfermería?
2. ¿Cómo han influido en América Latina, las políticas neoliberales en salud?

## REFERENCIAS

- Balderas María de la Luz (2005), Administración de los servicios de Enfermería. México: Mc Graw Hill.
- Colliere, Marie (1993). Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los Cuidados de Enfermería. Madrid:Mc Graw Hill. Interamericana.
- Kenney Janet W (2009). Theory-Based Advanced Nursing Practice. En: *Advanced Practice Nursing. Essential Knowledge for the Profession/* Anne M. Barker (Ed) (379-397). Sadbury, MA: Jones and Bartlett.
- Medina Moya, José Luis Castillo Parra, Silvana (2006). La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. *Texto & Contexto Enfermagem* 5(2):303-311.
- Merhy E. (2002) *Saude: a cartografia do trabalho vivo em ato*. Sao Paulo: Hucitec.
- Milstead, Jeri A (2009). Advanced Practice Nurses and Public Policy, Naturally. En: *Advanced Practice Nursing. Essential Knowledge for the Profession/* Anne M. Reed. Pamela (1999) La evolución de la Enfermería para el siglo XXI, más allá del postmodernismo. Baltimore Barker (Ed) (275-304). Sadbury, MA: Jones and Bartlett.
- Santos Magda (2006) Las Tecnologías de Cuidado en la Salud y Enfermería y sus Perspectivas Filosóficas. *Texto Contexto Enfermería*. 15 (Esp):178-85.

## Notas

- 1 Conocido como teletrabajo.
- 2 Estas reformas son propias de otras realidades que fueron emuladas en América Latina, para un contexto de liquidación de deudas pendientes y directrices a históricas, deterministas estructurales, que limitan la capacidad de acción de los individuos que no aseguran las condiciones objetivas universales (económicas, políticas y culturales), en las sociedades en las que se aplican, para el ejercicio de la libertad de cada ser humano, y por tanto no garantiza vida y salud (Aliaga, 2006).
- 3 Se muestran los principios de la sociedad tecnocrática: la máxima productividad y eficiencia y la aplicación de la tecnología a estos fines, sin importar los aspectos éticos.

## 3.3 HUMANISMO Y TÉCNICA

Carlos Christian Compton García Fuentes

Rocío del Carmen Guillén Velasco

### Antes de comenzar

- La técnica.
- El humanismo.
- Relación entre técnica y humanismo.
- ¿Qué efecto tiene la sociedad tecnológica en el hombre?
- ¿Cómo humanizar a la sociedad tecnológica?
- El humanismo, la técnica y el cuidado de enfermería.

### La tecnología y el ser humano

“Voy a hablarles del hombre del siglo XXI, los humanos somos una especie muy estable, una especie que no ha cambiado en 50 000 años. Aunque los humanos no suframos ninguna transformación estructural o biológica, el progreso científico alterará considerablemente la condición humana y los ámbitos humanos, sobre todo nuestro comportamiento reproductivo. El progreso científico tiende a tecnologizar o a biologizar a la especie humana transformándola gradualmente de especie “naturalis” (homo naturalis), en especie artificial u (homo biologicus). Uno de los cambios que, con toda certeza, habrán tenido lugar para el año 2000 es que los humanos gozaremos de una esperanza de vida mucho más elevada (Jean Rostand, 1958; en Morales, 2012). En el presente día a día, muchas de nuestras actividades cotidianas están cambiando gracias a la tecnología, de los cuales la sociedad se está adaptando a estos cambios casi de manera natural. Incluso, difícilmente se podría vivir prescindiendo de las ventajas que nos proporcionan dichos cambios.

La humanidad en el pasado se adaptó a la llegada de la luz, el teléfono, los televisores a color entre otros. Y aprendió a no asociar la palabra “cáncer” con sinónimo de muerte. ¿Cuántos sobrevivientes de cáncer conoce usted? Las enfermedades que hace 50 años se consideraban mortales, ahora han permitido a los enfermos sobrevivir 20 o 30 años más. La vida cotidiana siempre mantiene ocupados, siempre nos falta tiempo para realizar nuestros más grandes anhelos, en los hospitales la gente hace cola para recuperar la salud y vivir un poco más de tiempo. Cuando te recuperas de una enfermedad, lo primero que piensas es en recuperar el tiempo perdido, vivir de la mejor manera y a plenitud, simple y sencillamente, tienes deseos de ser feliz. La prolongación de la vida humana vendrá acompañada también de muchos cambios, la tecnología nos brindará mejores y más emocionantes formas de esparcimiento, el entorno real y la realidad virtual nos abrirán panoramas y experiencias dignas de querer experimentar. Nada podrá ser igual, porque el cambio conlleva una nueva forma de vida al alcance de todos los seres humanos. Para dar paso a este nuevo panorama, es necesario erradicar la enfermedad, la contaminación ambiental, el hambre y la pobreza. Nada puede ser razonable en un mundo tecnologizado si no se establece como principio el derecho a la dignidad humana...” (Morales, 2012).

Quienes declaran estas ideas son los transhumanistas. El transhumanismo es la idea de que las nuevas tecnologías serán capaces de cambiar nuestro mundo a tal nivel que en los próximos 200 años, los descendientes ya no serán más humanos. En este sentido, la centralidad de lo humano, como aquella necesidad antropocéntrica que afirmaba la muerte de Dios, o la denuncia marxista del individuo cosificado, o la de un existencialismo humanista que reivindicaba la alteridad como expresión de la trascendencia, queda reformulada en este transhumanismo en un deseo explícito de no

reconocerse en el pasado, ni en el origen orgánico biológico que nos constituyó (Aguilar, 2008).

Esto es un futuro previsible, en que no sólo la tecnología erradicará la enfermedad y la pobreza, sino también, como esperan los transhumanistas, le dará inmortalidad al hombre, alejándolo de su cuerpo físico perecedero, y centrándose en la consciencia, la cual puede integrarse en un sistema de inteligencia artificial, y según afirman, permitir que el hombre elija cuando desee morir. Pero habrá que ver primero qué es la ciencia y la técnica, qué es el hombre y el humanismo, el impacto de la técnica en la vida del ser humano y su impacto en el área de salud, en enfermería.

## La técnica

Tal vez la palabra técnica se relacione con máquinas y que el momento actual es el mundo de la máquina. La máquina es la forma más evidente, masiva e impresionante de la técnica, y también, la forma primitiva, antigua e histórica de esta fuerza. Por eso, la historia de la técnica, es la historia de la máquina. La máquina sigue siendo un objeto y el hombre que, en cierta medida es influido por la máquina en su vida profesional, privada, en su mente, permanece aún independiente.

Pero cuando la técnica penetra en todos los campos, deja de ser un objeto para el hombre y se transforma en su propia substancia. Ya no se sitúa frente al hombre, sino que se integra a él y lo absorbe cada vez más. En esta nueva relación, la situación de la técnica es muy distinta a la de la máquina, pues la técnica se ha hecho autónoma.

¿Y cuál es la relación de la ciencia con la técnica? Se podría pensar que la técnica necesita de la investigación científica para existir, que la tecnología deriva de la investigación. Pero esto no es así, sino al revés, pues la investigación científica necesita de máquinas y técnicas, que si no las tiene el científico, no puede llegar a realizar el experimento, a pesar de la gran intuición de sus hipótesis. Además, muchas veces, la técnica precede a la ciencia, por ejemplo, la creación de la máquina de vapor en los siglos XVII y XVIII, en la que hubo varias invenciones y perfeccionamientos sucesivos debido a ensayo y error prácticos. La explicación científica de los fenómenos se presentará 200 años después. Por lo tanto, el desarrollo de la ciencia y la técnica han estado entrelazados en los últimos siglos.

La técnica es parte del ser humano. No sólo en relación con la máquina, en su trabajo, sino también en su hogar. Las casas están cada vez más mecanizadas y existe, un división del trabajo y una organización de las tareas domésticas para **ahorrar tiempo, trabajar en forma más eficiente**. Por ejemplo, en la cocina, existe un centro de preparación, un centro de lavado, un centro de cocción, colocando a la mujer en un nuevo laboratorio. La casa también es modificada, pues es diseñada para albergar a las numerosas máquinas que alberga: refrigerador, televisión, internet, lavadora, entre otras.

La técnica también modifica el tiempo y el movimiento. La sociedad antigua y medieval se regían por la luz del sol, por las campanadas de las iglesias, pero desde el siglo XVIII, las fábricas y los hogares cuentan con una máquina de eficiencia: el reloj mecánico. Entonces, el ser humano, no vive su tiempo, sino que es dividido y controlado por éste. Por eso se dice: **ya no me alcanza el tiempo, dame 5 minutos, ¿en cuánto**

**tiempo llegaré?** Esto también conlleva a que los instrumentos (medios) que utiliza el hombre para comunicarse, van a ser medios de masas (como la radio, la televisión, la internet). Entonces la técnica ha hecho que el hombre se hunda en el anonimato, en la masa, en la que hay una conciencia colectiva, que impide las posturas personales y críticas (Ellul,2003).

## **El poder de dominio de la técnica en la sociedad contemporánea**

"El método científico que conducía a una dominación cada vez más eficiente de la naturaleza, proporcionó después también tanto los conceptos puros como los instrumentos para una dominación cada vez más efectiva del hombre sobre el hombre a través de la dominación de la naturaleza... Hoy la dominación se perpetúa y amplía no sólo por medio de la tecnología, sino como tecnología; y ésta proporciona la gran legitimación a un poder político expansivo que engulle todos los ámbitos de la cultura. En este universo la tecnología proporciona también la gran racionalización de la falta de libertad del hombre y demuestra la imposibilidad técnica de la realización de la autonomía, de la capacidad de decisión sobre la propia vida. Pues esta ausencia de libertad no aparece ni como irracional ni como política, sino más bien, como sometimiento a un aparato técnico que hace más cómoda la vida y eleva la productividad del trabajo. La racionalidad tecnológica, en lugar de eliminarlo, respalda de ese modo la legalidad del dominio; y el horizonte instrumentalista de la razón se abre a una sociedad totalitaria de base racional" (Marcuse,1964; citado por Habermas,2010).<sup>1</sup>

## **La técnica y la enfermería**

Una técnica es un **conjunto de procedimientos reglamentados y pautas** que se utilizan como **medio** para llegar a un **fin**. La técnica supone que, en situaciones similares, repetir conductas o llevar a cabo un mismo procedimiento producirán el **mismo efecto**. Por lo tanto, se trata de una **forma de actuar** ordenada que consiste en la repetición sistemática de ciertas acciones. Ejemplo:

“Rosa María es una excelente enfermera, cuando instala una venoclisis en pacientes oncológicos, nunca falla. Tiene una técnica perfecta, buen humor y siempre está dispuesta a ayudar.”

La técnica es fruto de la necesidad para poder llevar a cabo la modificación del entorno para así conseguir una mejor y mayor calidad de vida; requiere del uso de herramientas y conocimientos muy variados, que pueden ser tanto **físicos** como **intelectuales**; se puede aprender de otros, transformarla o incluso inventar una nueva técnica, y se mejora con el tiempo como con la práctica.

La **tecnología** tiene a las técnicas como objetos de estudio pero también se ocupa de evaluar los distintos usos que pueden realizarse de ellas. Se dice que la actividad tecnológica influye en el progreso social y económico de la [sociedad](#), pero también que afecta al **medio ambiente**.

¿Cuál es el problema de la técnica en el área de la salud o en su caso en enfermería?

No es posible realizar pruebas de ensayo y error en las personas. Ellas piensan que los profesionales realizan los procedimientos que requieren y ahí es donde se dan cuenta que a las enfermeras les hace falta desarrollar ciertas habilidades (Guillen, 2013).

Por eso la técnica no vale nada si no se le antepone el humanismo, como se muestra a continuación.

## El humanismo

El hombre es una realidad vinculada pues la existencia humana siempre está vinculada consigo misma (con el propio sujeto), con el otro (los demás hombres y la naturaleza, que es el mundo externo del hombre) y con el Absoluto, el Trascendente (Dios), afirmándolo o negándolo. Por consiguiente, la excelencia de lo humano implica, como verdadero humanismo, una vida genuina a través de estas relaciones. Por otro lado, si el conocimiento de uno mismo es algo que contribuye a la excelencia de lo humano (ya que hay una conexión entre saber y virtud), el primer humanismo, no es el del Renacimiento, sino el que nace precisamente en Grecia, con la filosofía de Sócrates y Platón y que adopta el precepto inscrito en el frontispicio del templo de Delfos: concóctete a ti mismo.

Este conocimiento propio forma parte del humanismo, el cual representado por la filosofía, despierta en el Renacimiento europeo en los siglos XIV y XV. Así queda concentrado en el término **humanitas**, que se refiere a la cualidad de lo verdaderamente humano, que para los griegos significaba la *paidea* o conocimiento propio, como un ser cuya naturaleza queda transformada por la educación, en una segunda naturaleza de carácter ético (Silva, 2000). Por eso, los humanistas del Renacimiento, como Tomás Moro, Erasmo de Rotterdam, Juan Luis Vives y muchos otros, le dan mucha importancia a la educación del hombre por los textos griegos y latinos de la antigüedad y en sus escritos reflexionan sobre el hombre mismo y su puesto en la sociedad donde le toca vivir. Meeroff (1996) dice que en el Renacimiento el humanismo hacía referencia a las humanidades, que incluía la literatura y el arte, incorporándose después la filosofía y la ciencia. Por lo tanto, humanismo, como relativo a todo lo perteneciente al hombre, se convierte en un sistema de valores.

Erich Fromm, fue un defensor contemporáneo del humanismo y dice que éste consiste en creer que el ser humano tiene el poder para perfeccionarse mediante sus propios esfuerzos. Por lo tanto, el hombre se relaciona en forma productiva con los demás y responde al mundo, no por lo que posee, sino por lo que es. El humanismo afirma que:

- El hombre es sujeto y no objeto de la historia. Es protagonista y no simple expectador.
- Es eminentemente un individuo social.
- Lo esencial es su actividad creadora, que lo conduce a su pleno desarrollo y liberación.
- Protagonista social y creador, vive con los demás seres humanos en libertad.
- Ejerce la libertad al transformar al mundo y transformar su ser (Meeroff, 1996).

## El humanismo y la enfermería

El humanismo implica el respeto a la libertad interna del propio hombre para pensar,

sentir y creer.

Respecto al cuidado que brinda enfermería, el humanismo debe permitir una visión global y transversal de las necesidades del ser humano, así como velar y responder a ellas, es decir, cuidar a las personas con sus problemas en lugar de cuidar sólo los problemas que presentan las personas.

Aspecto importante ligado a lo anterior es que en ese cuidado sea reconocida la dignidad intrínseca de todo ser humano, identificándolo como un ser único con sus dimensiones (visión holística), lo que implica el abandono de posturas reduccionistas que convierten a la persona en una patología, en un número de cama, o un expediente; respetar la dignidad humana y no permitir que lo negativo que sucede en la sociedad en general y el empleo de las tecnologías influyan en la pérdida de valores humanos, al contrario aprovechar lo positivo de éstas y no desvalorizar los cuidados profesionales de enfermería.

De esta manera se debe considerar que las personas son importantes y que son el verdadero centro del cuidado. Reconocer y respetar la dignidad humana es una misión con la que los profesionales de enfermería se deben comprometer, sea cual sea la responsabilidad, ya que la enfermería constituye una experiencia que se vive entre seres humanos. Por tanto, el acto de cuidar es una acción humanista que tiene connotaciones en tres áreas: **el obrar, el hacer y el conocer**.

Así, de manera implícita, en el acto de cuidar intervienen muchos elementos como: a) los que tienen que ver con el valor de la persona: su dignidad, su vida, la relación solidaria, el ejercicio de la autonomía, la confianza, el bienestar individual y social; b) la manera de actuar: la unidad, la veracidad, la rectitud, la honradez, el buen juicio, las creencias y c) con el significado de la vida, la belleza, la felicidad, la perfección, la salud, la actualización y la competencia profesional, ambiente social y laboral seguro, trabajo en equipo. Todos inherentes al ser humano en el ejercicio de su humanidad, sobre todo en el ejercicio de los valores (Guillen, 2013).

## Relación entre técnica y humanismo<sup>2</sup>

La sociedad tecnológica (en vías de una transhumanización) tiene dos principios que dirigen los esfuerzos y pensamientos de todos los que laboran en él, según Erich Fromm (2009).

El primer principio es que algo **debe** hacerse porque resulta **posible** hacerlo. Si es posible fabricar armas nucleares, deben fabricarse aun cuando puedan destruir a la humanidad. Si es posible viajar a la Luna o a los planetas, debe hacerse aun a costa de dejar insatisfechas numerosas necesidades aquí en la Tierra. Este principio implica la negación de todos los valores que ha desarrollado la tradición humanista, tradición que sostiene que algo debe hacerse porque es necesario para el hombre, para su crecimiento, su alegría y su razón, o porque es bello, bueno o verdadero.<sup>3</sup>

Una vez que se acepta este principio de que las cosas deben hacerse porque son posibles, todos los demás valores caen y el desarrollo tecnológico se convierte en el fundamento de la ética.<sup>4</sup>

El segundo principio es el de **la máxima eficiencia y rendimiento**. Pero el requisito de eficiencia máxima lleva como consecuencia al requisito de la mínima individualidad. Se cree que la máquina social trabaja con más eficiencia cuando los individuos son rebajados a unidades cuantificables, cuyas personalidades pueden expresarse en códigos de barras. Estas unidades pueden manejarse de modo más fácil mediante reglas burocráticas, porque no causan molestias ni crean fricciones. Para alcanzar este resultado, el hombre debe ser desindividualizado y enseñado a hallar su identidad en la corporación antes que en él mismo.

La deshumanización en nombre de la eficiencia es un acontecimiento demasiado común hoy como si se viviera en Un mundo feliz.<sup>5</sup> Todo está dirigido a fijar actitudes “adecuadas” en los empleados, a estandarizar el servicio y a incrementar la eficiencia. Desde la reducida perspectiva de los propósitos inmediatos de la compañía, esto puede producir trabajadores dóciles y manejables y, en consecuencia, aumentar la eficiencia de la compañía. Pero desde el ángulo de los empleados, en cuanto seres humanos, su efecto es generar sentimientos de insuficiencia, angustia y frustración que podrán llevarlos bien a la indiferencia, bien a la hostilidad.

Otra costumbre general en el trabajo organizado consiste en suprimir de continuo los elementos de creatividad (que implican un componente de riesgo o incertidumbre) y el trabajo de grupo, dividiendo y subdividiendo las tareas hasta el punto en que no quede, o no se requiera, ningún juicio o contacto interpersonales.

Un sistema puede dar la impresión de eficiencia, si sólo se centra el interés en la inversión y el rendimiento. Pero si se considera lo que los métodos dados en el sistema hacen con los seres humanos, se descubre que éstos están aburridos, ansiosos, deprimidos, tensos, entre otros.

El otro aspecto del mismo principio, el del **máximo rendimiento**, sostiene, formulado de manera muy simple, que cuanto más se produzca sin importar qué, es un tanto mejor. El éxito de la economía del país se mide por el ascenso de la producción total.

El principio de la aceleración continua y sin límite rige no sólo a la producción industrial. También el sistema educativo utiliza el mismo criterio: entre más estudiantes se titulen, mejor. Y lo mismo ocurre en los deportes: cada nueva marca es vista como un avance. Hasta la actitud hacia el estado del tiempo parece estar determinada por el mismo principio. Así, un día se destaca por ser “el día más caluroso de la década”, o el más frío, según el caso, y es de imaginar que algunas personas se consuelan de las inconveniencias que acarrea el sentirse orgullosas de ser testigos del record en la temperatura. Entonces, el constante aumento en la cantidad constituye la meta de la propia vida. En efecto, a esto es a lo que se refiere el concepto de “progreso”.

Poca gente plantea la cuestión de la **cualidad**, o qué utilidad tiene todo este acrecentamiento de la cantidad. Esta omisión resulta evidente en una sociedad que no tiene ya como centro al hombre y en la que un aspecto, el de cantidad, ha ahogado a todos los demás. Es fácil ver que el predominio de este principio de “cuanto más, mejor” conduce a un desequilibrio del sistema total. Si todos los esfuerzos están encaminados a hacer más, la cualidad de vivir pierde toda importancia, y las actividades que una vez fueron medios se convierten en fines.

Si el principio económico preponderante es producir más y más, el consumidor debe estar preparado a querer —esto es, a consumir— más. La industria no confía en el deseo espontáneo de más y más mercancías por parte del consumidor.<sup>6</sup>

## ¿Cómo la industria te obliga a comprar?

Construyendo cosas nuevas para volver anticuados sus artículos, obliga con frecuencia al cliente a comprar nuevas cosas cuando las viejas podrían servirle mucho tiempo más.

Cambiando la forma y la presentación de sus productos, vestidos, artículos durables e incluso alimentos, lo obliga a comprar más de lo que pudiera desear o necesitar.

La industria, bajo el apremio de aumentar su producción, no confía, pues, en las necesidades y apetitos del consumidor, sino en considerable medida en la publicidad —que constituye la ofensiva más importante contra el derecho del consumidor a saber lo que desea. Pero no le falta razón en un sistema que cree que acrecentar la producción y, por tanto, el consumo es un rasgo vital del sistema económico, sin el cual se derrumbaría. Si se añade al costo de la publicidad la considerable suma que cuesta cambiar el diseño de artículos duraderos, en especial los automóviles, y el de los empaques —que en parte constituye otra forma de incitar a consumir—, se vería que la industria paga un alto precio a fin de asegurarse una producción y una curva de ventas en constante aumento.

## ¿Qué efecto tiene la sociedad tecnológica en el hombre?

Lo reduce a un apéndice de la máquina, regido por el ritmo y exigencias de ésta. Lo transforma en un *Homo consumens*, el consumidor total, cuya única finalidad es tener más y usar más. Esta sociedad produce muchas cosas inútiles y, en proporción, mucha gente inútil. El hombre, en tanto mero diente de un engranaje de la máquina de producción, se vuelve una cosa y cesa de ser humano. Gasta su tiempo haciendo cosas en las que no tiene interés, con gente por la que no está interesado, produciendo cosas que no le interesan. Y cuando no está produciendo, está consumiendo.

Es el eterno “succionador”, ingiriendo, sin esfuerzo y sin disposición interna alguna a la acción, cuanto la industria preventiva del aburrimiento (y productora de él) le impone —cigarros, bebidas alcohólicas, cine, televisión, Internet, fútbol—, con el sólo límite de lo que puede soportar. No obstante, la industria contra el aburrimiento, la industria de artefactos eléctricos, la automotriz, del cine, de televisión y semejantes, sólo tiene éxito en impedir el aburrimiento llegue a ser consciente. En efecto, lejos de anularlo lo aumenta, como una bebida salada que se toma para calmar la sed, lejos de apagarla la aumenta.

Marx reconoció con mucha claridad el efecto del consumo en aumento constante. Buena prueba de ello son las siguientes afirmaciones de sus “Manuscritos económico-filosóficos” de 1844:

“la producción de demasiadas cosas útiles da como resultado demasiados hombres **inútiles**. La maquinaria se adapta a la debilidad del ser humano para convertir al débil ser humano en una máquina. Dentro del sistema de la propiedad privada... todo hombre especula con la creación de una **nueva** necesidad en otro para obligarlo a

hacer un nuevo sacrificio, para colocarlo en una nueva dependencia y atraerlo a un nuevo tipo de placer y, por tanto, a la ruina económica. Con la masa de objetos, crece también la esfera de entidades ajenas a las que está sometido el hombre. Todo nuevo producto es una potencialidad de engaño y robo mutuos. El hombre se vuelve cada vez más pobre en cuanto hombre”.

La actitud pasiva del individuo en la sociedad actual es hoy uno de sus rasgos patológicos más característicos. El individuo se encuentra presto a ingerir, a ser alimentado, pero no hace nada; no asimila, por decirlo así, el alimento. No reafirma de un modo productivo lo que ha heredado, pero lo retiene o lo gasta. Sufre de una grave deficiencia en su sistema, no muy diferente de la que se encuentra en las formas más extremas de depresión.<sup>7</sup>

La actitud pasiva del hombre es sólo un síntoma de un síndrome total llamado “síndrome de la enajenación”. Siendo pasivo no se relaciona con el mundo y se ve obligado a someterse a sus ídolos y a las exigencias de éstos. Se siente, por tanto, impotente, solo y angustiado, posee escaso sentido de su integridad y de su identidad. El conformismo parece ser el único recurso de eludir la angustia intolerable,<sup>8</sup> pero incluso la conformidad no siempre alivia su angustia.

## Aplicaciones a la enfermería

“Cierta hombre consiguió todo lo que había oído decir que hace feliz a una persona: dinero, poder, influencia, servidumbre, predios, etc. y... descubrió que, dijeran lo que le dijeran, le faltaba algo fundamental: el auténtico afecto fraternal, el auténtico respeto y más aún el auténtico amor de personas libres”.

En el área de la salud, hoy la preocupación central, como en la viñeta, es uno mismo. Hoy las relaciones cotidianas se basan en el dinero, en el tráfico de influencias, en “¿qué auto tienes?” o peor aún, en discriminar a las personas por el hecho de ser “negras, chaparras, feas, alcohólicas, enfermas crónicas, pobres, indígenas, mujeres o desempleadas”. Se discrimina por factores culturales, económicos, sociales, raciales, religiosos, entre otros, y se impone una base de cómo deben ser las cosas, se defiende la propia visión de los objetos como si se tratara de una verdad única, oponiéndonos a los cambios o demorándolos. Se rechazan, ideas o creencias distintas a las propias y en muchas ocasiones, no sólo no se repudia la violencia, sino que se ejerce (violencia física, sociológica, racial, sexual, económica, entre otras).

Estas actitudes (que por cierto son inhumanas) , engloban las críticas que por lo general recibe el “sector salud” de parte de la gente. Estos comportamientos, más que otros factores, son los que alejan a la enfermera, al médico o a cualquier asistente sanitario, de la gente. Los seres humanos son los únicos sobre la tierra que pueden ser **inhumanos** sin dejar de pertenecer a la especie (Guillen, 2013).

Además de los rasgos patológicos arraigados en la disposición pasiva, existen otros que son importantes para comprender la patología actual de la “normalidad”. A continuación se describen:

- La creciente separación de la función cerebro-intelectual de la experiencia afectivo-emocional.

- La escisión entre el pensamiento y el sentimiento, entre la mente y el corazón, entre la verdad y la pasión.

El pensamiento lógico no es racional si es lógico y no lo guía el interés por la vida y el estudio del proceso total del vivir en toda su concreción y con todas sus contradicciones. Por otra parte, no sólo el pensamiento sino también la emoción pueden ser racionales. “El corazón tiene razones que la razón ignora por completo”, dijo Pascal. La racionalidad respecto de la vida emocional significa que las emociones afirman y ayudan a la estructura psíquica de la persona a mantener un equilibrio armónico a la vez que favorecen su desarrollo.

Así, por ejemplo, el amor irracional es aquel que incrementa la dependencia del individuo y, por tanto, su angustia y hostilidad. El amor racional, en cambio, es un amor que relaciona a una persona con otra y al mismo tiempo preserva su independencia e integridad.<sup>9</sup>

La razón mana de la combinación del pensamiento racional y el sentimiento. Si se separan las dos funciones, el pensamiento se deteriora volviéndose una actividad intelectual esquizoide y el sentimiento se disuelve en pasiones neuróticas que dañan a la vida.

La división entre pensamiento y afecto conduce a una enfermedad, a una esquizofrenia crónica poco profunda, que el nuevo hombre de la era tecnológica padece. En las ciencias sociales se ha puesto de moda pensar acerca de los problemas humanos sin referirse en absoluto a los sentimientos vinculados a estos problemas. Es de suponer que la objetividad científica exige que se elimine de los pensamientos y las teorías respecto del hombre toda relación emotiva con él.

La tendencia a colocar el progreso técnico como el valor más alto está ligada no sólo al énfasis excesivo del intelecto sino, en una mayor medida, a una profunda atracción emocional hacia lo mecánico, hacia todo lo no vivo, hacia todo lo hecho por el hombre.

Esta atracción hacia lo que no está vivo, que en su forma más extrema constituye la atracción por la muerte y la descomposición (necrofilia), lleva, aun en su forma menos drástica, a la indiferencia hacia la vida y no a “la reverencia por la vida”. Los que se sienten atraídos por lo no vivo son los que prefieren “la ley y el orden” a las estructuras vivas, los métodos burocráticos a los espontáneos, lo artificial a lo viviente, la repetición a la originalidad, lo neto a lo exuberante, el atesoramiento a la largueza.

Un síntoma de la atracción que ejerce lo mecánico es la creciente popularidad, entre el público y algunos hombres de ciencia, de la idea de que es posible en el futuro próximo construir computadoras que no diferirán del hombre en cuanto a su pensamiento, sus sentimientos, o cualquier otro aspecto de sus funciones.<sup>10</sup> El principal problema no es si el hombre-computadora puede construirse, sino por qué la idea se está volviendo popular en un periodo histórico en el que nada parece más importante que transformar al hombre del presente en un ente más racional, armonioso y amante de la paz. No se puede dejar de sospechar que la atracción que ejerce la idea del hombre-computadora es, a menudo, expresión de una huida de la vida y de la experiencia humana hacia lo mecánico y lo

cerebral.<sup>11</sup> La posibilidad de construir robots semejantes al hombre pertenece al futuro. En la actualidad hay personas que actúan de manera autómata (como robots).

Cuando la mayoría de los individuos sean como robots, entonces no habrá, en verdad, problema para construir robots semejantes a los hombres. La idea de una computadora humanoide es un buen ejemplo de la alternativa entre el uso humano de las máquinas y el inhumano. La computadora puede enriquecer la vida en muchos aspectos. Pero la idea de que reemplace al hombre y a la vida es la manifestación de la patología actual.

## Aplicaciones a la enfermería

Ésta es una época de crisis, de carencia de valores. Es una época en la que se da respuesta a las situaciones de la vida diaria. Es decir, se nace en una situación dada y no sólo se acepta tal situación como verdadera, sino que también se actúa en el mundo en función de esa situación que se ha elegido. Todo esto, reduce a las personas a meros espectadores de los acontecimientos en el mundo y por lo tanto, aborta de raíz su capacidad creadora.

Pero cuando se trata de las ciencias humanísticas, sobre todo de la enfermería, esta realidad colisiona con sus fundamentos y contradice a quienes las practican. Sin duda los profesionales de la salud y de medicina están atrapados en esta situación, por lo que enfrentan muchas paradojas o contradicciones que a continuación se mencionan:

- El preocuparse sólo por uno mismo, con la idea de estar a disposición de las necesidades de salud de los demás.
- El buscar el mayor beneficio económico en las actividades diarias, con el apoyarse en el dolor y sufrimiento de los demás.
- El concepto lineal del cientificismo puro, que entiende y atiende la enfermedad como un fenómeno de causa-efecto, con la experiencia cotidiana de la enfermedad como una compleja expresión de factores psicosociales.
- Se contradice el desarrollo técnico y científico al servicio de la enfermedad y los beneficios económicos que obtienen unos pocos, con el escaso desarrollo de los esfuerzos en mantener y mejorar las condiciones de salud.
- La práctica cotidiana sin sentido, diagnosticar y dar remedios a quienes ya están enfermos con las aspiraciones de mejorar las condiciones de vida de la gente y evitar que se enfermen.

Esta lista de contradicciones es muy corta para las enfermeras.

Muchas enfermeras pueden sentirse identificadas con este planteamiento a pesar de esforzarse por mejorar y ser mejores en la actividad que realizan.

Desde la formación profesional, se participa del **idealismo moral**, guiado sólo por los principios puros, sin conexión con la realidad y que, en último término, puede ser inoperante; pero en la práctica real, hay un enfrentamiento o negación a un **realismo moral**, que sólo conoce como buenas las normas encarnadas en la conducta habitual de un grupo y que, en el extremo, acaba conduciendo **al conformismo depresivo** (Guillen,

2013).

## ¿Cómo humanizar a la sociedad tecnológica?

Cualesquiera que sean los méritos de la fuente de la validez de las normas humanistas, el objetivo general de una sociedad industrial humanizada puede definirse así: el cambio de la vida social, económica y cultural de la sociedad en tal forma que estimule y fomente el crecimiento y lo vivo del hombre antes que viciarlo; que active al individuo antes que hacerlo pasivo y receptivo; que las capacidades tecnológicas sirvan al crecimiento del hombre.

**Las máquinas y las computadoras deberán volverse una parte funcional en un sistema social orientado por la vida y no un cáncer que empieza por hacer estragos y acaba por matar al sistema.** Deben volverse medios para los fines determinados por la razón y la voluntad del hombre. Los valores que determinan la selección de los hechos y que influyen en la programación de las computadoras se deben obtener a base del conocimiento de la naturaleza humana, de sus varias manifestaciones posibles, de sus formas óptimas de desarrollo y de las necesidades reales que llevan a éste. Es decir, el hombre, y no la técnica, debe ser la fuente última de los valores; el desarrollo humano óptimo, y no la máxima producción, el criterio para toda planificación. El desenvolvimiento del hombre, y no el “progreso” industrial, deberá ser el principio de la organización social.

**El método humanista “versus” el método burocrático enajenado.** Como sucede a menudo, la gente se enfrenta a una falsa dicotomía. Se cree que hay que elegir, por un lado, entre un sistema anárquico sin ninguna organización ni control y, por el otro, el género de burocracia que es típica del industrialismo contemporáneo. Pero esta alternativa no es en modo alguno la única: existen otras opciones. Por ejemplo el método de la administración humanista y el método de la burocracia enajenada por el cual se conducen los asuntos personales.

Este procedimiento burocrático enajenado se puede caracterizar de varias maneras.

- Primero que nada, es un sistema de un solo sentido: las órdenes, las sugerencias, la planificación emanan desde arriba y están dirigidas hacia la base de la pirámide. No hay lugar para la iniciativa individual. Las personas son “casos”, ya sea casos de bienestar o casos médicos, o bien, cualquiera que sea el marco de referencia, son casos que se pueden poner en una computadora, desechando aquellos rasgos individuales que marcan la diferencia entre una “persona” y un “caso”.
- El método burocrático es irresponsable en el sentido de que no responde a las necesidades, los puntos de vista, los requisitos de un individuo. Esta irresponsabilidad se relaciona con el carácter de caso de la persona que se vuelve un “objeto” de la burocracia. No se puede responder a un **caso**, pero sí a una **persona**.
- Esta irresponsabilidad del burócrata tiene otro aspecto que ha sido un rasgo de la burocracia durante mucho tiempo. El burócrata, sintiéndose parte de la máquina burocrática, desea más que nada no tener responsabilidades, es decir, no tomar decisiones por las que pueda ser criticado. Trata por todos los medios de evitar tomar

decisiones que no estén formuladas por los reglamentos del caso y, si tiene dudas, remite a otro burócrata que a su vez hace lo mismo. Cualquiera que haya tratado con una organización burocrática conoce el proceso de ser enviado de un lado al otro, de un burócrata a otro, y algunas veces, después de mucho esfuerzo, de salir por, la misma puerta que entró sin haber sido escuchado salvo en la manera peculiar en que los burócratas escuchan: a veces de modo amable, a veces con impaciencia, pero casi siempre con una actitud que es una mezcla de su propio desamparo e irresponsabilidad y de su sentido de superioridad hacia el sujeto que hace peticiones. El método burocrático provoca en el individuo el sentimiento de que no hay nada que él pueda iniciar y organizar sin la ayuda de la máquina burocrática. Su resultado es que paraliza la iniciativa y crea un sentido profundo de impotencia.<sup>12</sup>

**La administración humanista.** El principio básico del método de la administración humanista es que, a pesar de lo grande de las empresas, la planificación centralizada y la cibernización, el participante individual hace sentir su valía ante los directivos, las circunstancias y las máquinas, y deja de ser una partícula sin poderes que no toma parte activa en el proceso. Sólo mediante tal afirmación de su voluntad pueden liberarse las energías del individuo y restaurarse su equilibrio mental. El mismo principio de la administración humanista se puede expresar también en esta forma: mientras en la burocracia enajenada fluye todo el poder de arriba hacia abajo, en la administración humanista existe una corriente de doble sentido; los “sujetos” de la decisión hecha arriba responden de acuerdo a su propia voluntad e intereses; su respuesta no sólo alcanza a los que toman las decisiones, sino que a su vez, los obliga a responder. Los “sujetos” de las decisiones tomadas tienen el derecho de recusar a los que las toman. Tal recusación requeriría, ante todo, la regla de que si un número suficiente de “sujetos” exigiera que la burocracia correspondiente (al nivel que fuera) contestara sus dudas o explicara sus procedimientos, los que toman las decisiones responderían a la exigencia (Fromm, 2009).

## El humanismo, la técnica y el cuidado de enfermería

Barnard y Sandelowski (2001) afirman que se considera en enfermería que la tecnología médica ha deshumanizado, despersonalizado y objetivado a los pacientes y al cuidado de enfermería, pues ha privado a éstos de su individualidad, subjetividad y dignidad como seres humanos, creando una alienación entre la propia persona cuidada y su cuerpo y separando a las enfermeras de su misión para cuidar. Se ha vinculado también a la deshumanización en los escenarios clínicos con la estandarización de las actividades, la presencia perceptible de la maquinaria y equipo y el tratamiento de los pacientes como extensiones de esa maquinaria.

En este sentido crítico de la tecnología, la cura científico-tecnológica es opuesta al cuidado en el que existe un toque humano y por lo tanto es opuesta con la práctica y aún con los imperativos morales de la enfermería, pues el mundo organizado y eficiente de la tecnología prevalece sobre el mundo particular y espontáneo de las personas y funciona

para obstaculizar las expresiones del cuidado.

Existe una tensión entre el cuidado humano y la tecnología, es decir, entre un paradigma de relación y un paradigma de control. Sin embargo, la tensión entre el toque humano y la tecnología, como dos paradigmas del cuidado al paciente y el posicionamiento de la enfermería entre los marcos humanistas y tecnológicos, refleja una cierta construcción del cuidado humano y de la tecnología, más que alguna diferencia esencial entre ellos.

En este sentido, según estas dos posturas opuestas, las enfermeras se ubican a sí mismas como el puente que une la tecnología y el cuidado humanizado a la salud, reclamando el espacio que existe entre la tecnología y el paciente y la responsabilidad en mantener el cuidado humanizado en ambientes de alta tecnología.

Estas afirmaciones se basan en que las enfermeras se identifican con lo humano y que consideran pueden controlar la tecnología. Lo que es más, el vínculo entre el personal de enfermería, conocimiento y la habilidad tecnológica ha sido una fuente de prestigio y poder, pues se ha concebido a la tecnología como el medio, tanto de progreso científico como de desarrollo profesional. Entonces, aunque la enfermería ha cuestionado el impacto de las innovaciones tecnológicas en la práctica de enfermería, las ha aceptado y las usado para la promoción de la profesión.

Aún así, el discurso que diferencia a las enfermeras de la tecnología no resuelve el problema de la relación enfermería / tecnología.

Se ve a la técnica como la formación de un sistema compuesto de estructuras humanas, organizacionales, políticas y económicas que pretenden la eficiencia absoluta de métodos y medios en todos los campos de la actividad humana. La técnica es más importante que la tecnología, pues la técnica tiene una estructura colectiva creciente y ha influido en la vida, la cultura y el trabajo de los individuos. Muchos aspectos de la enfermería y el cuidado a la salud se estructuran de acuerdo con las demandas técnicas que surgen de las relaciones que se desarrollan debido a la técnica, la cual enfatiza la primacía de los medios, de la eficiencia y del orden racional.

A la técnica no le interesan las diferencias individuales y culturales. El propósito de la técnica es la de reproducirse a sí misma y es el centro de su propia atención.

Cuando en enfermería se habla de las diferencias individuales y culturales, se está enfatizando entonces, el fin opuesto de la técnica. La paradoja es que estas diferencias humanas, como son los sentimientos y significados diversos sobre las propias experiencias, que se identifican, categorizan y ordenan, pueden por sí mismos convertirse en técnicas. Por ejemplo, se establecen protocolos para la calidad del cuidado, para enseñar el cuidado de enfermería, o para lograr un parto humanizado (parto natural), se está facilitando, el desarrollo de la técnica.

Debido a la técnica, se puede sobre enfatizar la eficiencia, la especialización de la práctica y el desarrollo de la conformidad e igualdad en el producto, en el proceso y en el pensamiento.

En este sentido, lo que debe confrontarse es la técnica, no los objetos tecnológicos en sí mismos, ya que se delega a la técnica poder para tomar decisiones y las enfermeras depositan sus bases en ella para desarrollar su condición profesional.

La enfermería ha expresado su preocupación por el impacto de la tecnología, pero se ha adherido a los principios de la técnica. Por esto, es más bien la técnica, la que ha hecho a la enfermería contemporánea una enfermería tecnologizada, no los objetos tecnológicos, como los equipos y maquinas biomédicos. La tecnología siempre ha sido parte de la enfermería, pero su uso en la actualidad, aunque es más avanzado y complejo que antes, no es un criterio para decir que la práctica de enfermería actual esta tecnologizada.

Por lo tanto, lo que determina si una tecnología deshumaniza, despersonaliza u objetiviza al individuo, no es la tecnología en sí misma, sino mas cómo las tecnologías individuales operan en contextos de usuarios específicos, de los significados atribuidos a estas tecnologías, de cómo un individuo o un grupo define lo que es humano, y del potencial de la técnica para enfatizar la eficiencia y el orden racional.

Como la tecnología, el cuidado humano es en sí mismo una entidad social construida. El poder que ejerce cualquier tecnología proviene de cómo actúa en una situación dada y de su significado. Por lo tanto, la tecnología no es simple o sólo un paradigma de cuidado opuesto al cuidado humano, sino más bien un agente o un objeto de cuidado humano. La tecnología puede por sí misma ser un factor humanizador, aun en los campos más tecnologizados del cuidado a la salud.

Las enfermeras han buscado su identidad al afirmar su diferencia entre la medicina y las cosas asociadas con la medicina, es decir, la tecnología. Entonces, al buscar identidad y poder a través de la diferencia, no existe una visión disciplinar sin una diferenciación o división de la medicina.

Esta diferenciación les permite a las enfermeras verse a sí mismas y ser vistas por los demás. El recurso a la diferencia (entre la tecnología y el cuidado humano) es en sí misma una tecnología, mediante la cual las enfermeras buscan visibilizar sus contribuciones al cuidado de la salud. En este sentido, la pregunta sobre mantener o abandonar la diferencia entre la tecnología y el cuidado humano confronta a las enfermeras con temas fundamentales como la posición y el poder profesional (Barnard y Sandelowski, 2001).

## **Aplicaciones a la enfermería**

En enfermería es común decir o escuchar que el humanismo subyace al quehacer cotidiano. También, que las actividades de enfermería son eminentemente técnicas ¿Se entiende a que se refieren?

El cuidado es la razón de ser de la enfermería, pero en la práctica profesional, se genera una sensación de inconformidad cuando se percibe cómo a través de su evolución y desarrollo se ha ido desdibujando, deshaciendo la identidad propia, hasta el punto de convertirse en muchos casos, sobre todo en el área hospitalaria, en el conjunto de actividades médicas delegadas, realizadas bajo una directriz curativa.

De tal forma, las enfermeras requieren retomar al cuidado a la salud como la más alta manifestación del espíritu humano. Definición que le otorga una amplia connotación social, un alto grado de compromiso con el proceso dinámico salud-enfermedad y sobre todo una gran trascendencia con el ser humano, razón de ser de su profesión.

La enfermera competente en su quehacer profesional, debe tener una gran capacidad de **cuidar y dar cuidado a la vida humana como valores centrales**, en un sentido amplio y dinámico, con capacidad de tomar decisiones, de administrar, organizar y dirigir a la persona o grupos de personas; con capacidad de ser líder visionario que se preocupa por dar una nueva forma a los conceptos salud-enfermedad y a las instituciones de salud, de tal manera que se den en beneficio de la colectividad.

Siendo así, y para lograr estos propósitos, no es necesario que los profesionales se aparten del contexto ni las técnicas, actividades y acciones que de manera cotidiana desarrollan, sino que es necesario dar congruencia a las acciones del trabajo cotidiano y a los valores que sustentan la práctica de enfermería, esto significa ser coherentes entre el pensar y el hacer (Guillen, 2013).

## CUESTIONES PARA DISCUTIR

1. ¿Cómo daña al ser humano vivir en una sociedad tecnologizada?
2. ¿Cómo puede el profesional de enfermería usar la tecnología sin perder el cuidado humano que proporciona?

## REFERENCIAS

- Aguilar García Teresa (2008). *Ontología Cyborg. El cuerpo en la nueva sociedad tecnológica*. Barcelona: Gedisa.
- Barnard Alan. Margarete Sandelowski (2001). Technology and humane nursing care: irreconcilable or invented difference? *Journal of Advanced Nursing* 34(3):367-375.
- Ellul Jacques (2003). *La edad de la técnica*. Barcelona: Octaedro.
- Guillén Velasco Rocío del Carmen (2013). Humanismo y técnica. *Manuscrito no publicado*. México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
- Habermas Jürgen (2010). *Ciencia y técnica como ideología*. Madrid: Tecnos.
- Meeroff Marcos (1996). *Ciencia, técnica y humanismo: una propuesta a la sociedad*. Buenos Aires: Biblos.
- Milstead Jeri A (2009). Advanced Practice Nurses and Public Policy, Naturally. En: *Advanced Practice Nursing. Essential Knowledge for the Profession/* Anne M. Barker (Ed) (275-304). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Morales, Mori Lilia (2012). El transhumanismo., en: <http://www.transhumanismo.org/> [Consultado el 10 de enero de 2013].
- Silva Camarena, Juan Manuel (2000). Humanismo, técnica y tecnología I. *Revista Contaduría y Administración* 197:17-22.

## Notas

- 1 Herbert Marcuse era miembro de la Escuela de Frankfurt y hace una crítica a los efectos en la cultura de la economía capitalista en el libro *El hombre unidimensional*
- 2 Este subtema se va a basar en un libro de Erich Fromm (2009) que se llama: *La revolución de la esperanza: hacia una tecnología humanizada*. Fromm (2009). Fue un sociólogo alemán que perteneció a la Escuela de Frankfurt (consulta la unidad tres de Epistemología y Enfermería). También estudió Psicoanálisis. Trabajó en Alemania, EUA y en México en la UNAM, durante la década de 1950. Murió en Suiza en 1980 a los 80 años. Como psicoanalista y como seguidor de Karl Marx, hace en sus obras un análisis de la cultura.
- 3 Es decir de la estética, la ética y la lógica, que constituyen la metafísica y que permiten trascender al ser humano.
- 4 Porque la ciencia positiva se ocupa de transformar la naturaleza para el beneficio material del hombre y al hombre mismo para beneficio de quienes tienen el poder. En este sentido, la actividad científico-técnica se convierte en un trabajo industrial, como en una fábrica, en la que existen obreros intelectuales (los científicos y tecnólogos) que venden su fuerza de trabajo, según las necesidades del mercado, sin reflexionar sobre el porqué y para qué de sus acciones. Por ejemplo, la creación y lanzamiento de la bomba atómica por Oppenheimer sobre Japón, como un arma

de terror. Claro, esta falta de consciencia no es individual sino de masas, determinada por la cultura. Cuando algún miembro del sistema protesta, se le acusa de “frenar la investigación científica por una ideología”.

[5](#) Es una obra de Aldous Huxley.

[6](#) Fromm hablaba a finales de la década de 1960 sobre la sociedad industrial capitalista. Sin embargo, hoy la sociedad es posindustrial basada en la información y el conocimiento. La tecnología de la información y la comunicación impacto primero en el mundo financiero, luego en el productivo y ha impactado en el mundo de los servicios y la cultura, como la educación y la salud. En esta nueva sociedad del conocimiento, ya no se necesitan grandes industrias de manufactura, pues los productos se pueden hacer donde la mano de obra sea más barata (como en México), para bajar costos, y no es necesario tener edificios corporativos enormes, con muchos empleados, pues la información se puede guardar en sistemas de información y los trabajadores pueden estar en la cocina de su casa, en una playa o en un bosque. Esto es lo que se llama el teletrabajo. En una organización tal, la productividad es el reto más grande, pues el pensamiento y la toma de decisiones son los procesos más grandes. Este nuevo paradigma requiere de trabajo colaborativo y no basado en una autoridad piramidal; la planeación a largo plazo es sustituida por la planeación estratégica y la organización publicita su misión y su visión. Estos cambios organizacionales han tenido un impacto en el sistema de salud (Milstead,2009). Sin embargo, la lógica del mercado y los dos principios de la sociedad tecnocrática siguen vigentes: la máxima productividad para una mayor ganancia, el desarrollo tecnológico al servicio de la productividad y la eficiencia, y finalmente, el consumismo y el individualismo.

[7](#) De hecho, con la internet y los celulares, las personas han creado una nueva dependencia tecnológica a estos medios de comunicación, en relaciones virtuales e impersonales.

[8](#) Esto lo saben muy bien los medios de condicionamiento de masas, que son parte de la estructura de poder, propician esta pasividad en el electorado cuando hay elecciones.

[9](#) El lector puede consultar el libro Inteligencia emocional de Daniel Goleman. La inteligencia emocional te es de mucha utilidad como enfermera, pues permite comprender, negociar y resolver los conflictos derivados de las relaciones interpersonales, mediante el autoconocimiento, la empatía, el diálogo y la asertividad. También está disponible: El arte de amar de Erich Fromm, en el mismo enlace; y explica qué es el amor, sus clases, como el amor no es un sentimiento, sino una actitud ante la vida y como desarrollarlo como un arte.

[10](#) Véase La filosofía transhumanista, que claro, desdeña este humanismo existencialista.

[11](#) Esto se nos muestra en películas futuristas que tal vez no estén tan lejos de la realidad..

[12](#) El lector puede obtener el libro Vigilar y castigar del Filósofo Michel Foucault, donde el autor pretende hacer una genealogía (un estudio del origen del poder), basándose en el existencialismo, el psicoanálisis y el marxismo. Menciona que en toda institución, como la escuela, pero también el hospital, existe una relación panóptica entre quienes tienen la autoridad y sus subordinados. El diseño panóptico se empleo en la construcción de prisiones, en los siglos XIX y XX, por ejemplo, en la penitenciaría de Lecumberri. Este diseño permitía que el celador vigilara a los presos sin ser observado por ellos. De la misma manera, en una organización burocrática, el individuo esta siempre vigilado por una estructura superior (la normatividad, las jerarquías), sin percatarse de esa vigilancia, a la que no puede desobedecer y se crea una maquina de control y vigilancia que nadie puede parar porque todos los individuos son parte de ella.

## 3.4 ALIENACIÓN DE LA PRÁCTICA ENFERMERA

Rocío del Carmen Guillén Velasco

### Antes de comenzar

- ¿A qué se refiere la alienación?
- ¿Por qué hablar de una práctica alienada?
- ¿Cómo superar esta actitud alienada y enajenada?

El ser humano vive en la alienación y enajenación. Las condiciones económicas, sociales, políticas y culturales están diseñadas de tal manera para que la enfermera conviva en un constante autoenajenamiento lo que les puede llevar a trastornos en el alma o espíritu, es decir, a un vacío en la existencia difícil de llevar.

Las enfermeras no son ajenas a esta situación ya que con frecuencia pierden de vista que el cuidado es el objeto de su trabajo, que si están de acuerdo con ello, deben atender a la persona con amor, compasión, atención de forma sensible, pero son sólo empleados robotizados, a veces infelices, sin motivos para realizar bien su labor con actividades fraccionadas, sin emoción para ayudar al otro, lo que conduce a pervertir los valores centrales de la profesión, cosificando las relaciones humanas.

En este tema se revisará el concepto de alienación y enajenación desde el punto de vista de Marx que permita comprender las razones de por qué la realidad opera de esta manera y considerar que no todo es negativo, y que al analizar lo que hacen y cómo lo hacen (la *praxis*), reflexionen y tomen el camino de hacer propuestas de cambio personal (actitudinal) para mejorar el mundo.

### ¿A qué se refiere la alienación?

¿Qué hace un caballo para vivir en el mundo? ¡Ser caballo! ¿Qué hace un ser humano para vivir en el mundo? ¡Ser enfermera, médico, arquitecto, ingeniero, reportero, entre otros!

El ser humano debe trabajar haciendo algo que le permita satisfacer sus necesidades; la naturaleza racional del humano le exige usar su intelecto para crear, usar o modificar cosas a través de diversas actividades que le proporciona el trabajo.

En la actualidad es necesario buscar y tener un trabajo para poder obtener los beneficios que la naturaleza llegaba a proporcionar.

El trabajo es un proceso entre hombre y naturaleza; proceso mediante el cual el humano se adueña de los materiales de la naturaleza de una forma útil para la vida poniendo en movimiento las fuerzas naturales pertenecientes a la corporeidad del humano; como *praxis* es la actividad productiva que los seres humanos realizan y que los diferencia al resto de los seres vivos. Marx dice que en la mística del trabajo (el ideal) es donde el humano conoce sus límites y posibilidades, crea e imagina ya que el trabajo es el medio para:

- Realizar la propia esencia: plasmar en lo que se hace, lo que de humano se tiene.
- Conocerse: el humano se reconoce en lo que hace.
- Objetivarse: dejar huella en la naturaleza.<sup>1</sup>

Al hacer referencia al trabajo asalariado o remunerado como forma de ganarse la vida, de obtener los recursos económicos para satisfacer las propias necesidades, deja de ser vida y se convierte en algo extraño y hostil ya que hay una separación del producto del trabajo propio para que otros se apropien de él.

En el caso de enfermería, el producto final, ya sea salud, cuidados o procedimientos, no termina siendo para la enfermera menos aún si existe una recompensa económica la cual termina en manos del patrón. De esta relación surge la alienación o enajenación.<sup>2</sup>

La alienación es la realización del trabajo pero es la falta de realización del trabajador. La objetivación del trabajo produce pérdida del objeto ya que al hacerlo visible y servirse de él, se pierde. La alienación en su producto significa no sólo que el trabajo se convierte en un objeto, en una existencia exterior, sino que existe fuera de él, independiente, extraño, que se convierte en un poder independiente frente a él (Marx, 1844). En concreto, el trabajo es ajeno, no es propio y no se hace propio, por ello no hay un compromiso, se realiza un trabajo mediocre, sólo se realiza en sentido de eficacia.

El modo de producción del trabajo en la actualidad (que tiene una relación directa con el modo de producción capitalista o sociedad de consumo), aliena y enajena porque impide la propia realización como seres humanos, deshumaniza, enajena de uno mismo. Esto sucede en tanto que:

- El proceso: no se controla ni se domina sino se “cosifica”.<sup>3</sup>
- El producto: cuanto más se produce es mayor el desgaste personal pero mayor riqueza para el dueño de la empresa (sea del gobierno o privado). De tal forma que el producto que debiera ser la propia realización pasa a ser el enemigo al perder la propiedad y el control de la obra.

Si tal situación se traslada a los servicios de salud donde no se labora con cosas y no se tiene una línea de producción es entonces que terminan cayendo en los procesos industriales, deshumanizado y de cosificación en las relaciones con los demás seres humano.

Dice Marx (1844):

“el obrero empobrece tanto más cuanto más riqueza produce, cuanto más aumenta su producción en extensión y en poder. El obrero se convierte en una mercancía tanto más barata cuantas más mercancías crea. A medida que se valoriza el mundo de las cosas se desvaloriza, en razón directa, el mundo de los hombres. El trabajo no produce sólo mercancías; se produce también a sí mismo y produce al obrero como una mercancía y, además, en la misma proporción en que produce mercancías en general”.

Éste es un hecho económico, se manifiesta como la privación de la realidad del obrero, la objetivación como la pérdida y esclavización del objeto, y la apropiación como

extrañamiento, como enajenación (Marx, 1962). El trabajo del obrero queda plasmado en un objeto, el objeto da vida a éste y por ese simple hecho ocurre lo siguiente: se realiza el trabajo ya que se objetiva en algo extraño a él; y, al mismo tiempo, el obrero se esclaviza al objeto ajeno a él, aunque producto de su esfuerzo, y por tanto, se enajena en él.

El concepto marxista de alienación incluye cuatro componentes que se relacionan con la sociedad capitalista:

1. Los trabajadores están alienados de su actividad productiva ya que no trabajan para sí mismos, para satisfacer sus propias necesidades, sino que trabajan para un jefe que paga un salario mínimo a cambio del derecho a utilizarlos en lo que deseen. Trabajadores y patrón creen que el pago de un salario significa que la actividad productiva pertenece al patrón, por lo que los trabajadores están alienados respecto a su actividad. Así, la actividad productiva se reduce únicamente a ganar el suficiente dinero para sobrevivir.
2. Los trabajadores están alienados del producto (no le pertenece y no puede utilizarlo para satisfacer sus necesidades primarias). El producto, como el proceso de producción, pertenece a los capitalistas, que pueden usarlo como deseen, vendiéndolo para su beneficio. Así, los trabajadores no tienen una percepción correcta de lo que producen, y menos aún en largas cadenas de producción.
3. En el capitalismo los trabajadores están alienados de sus compañeros de trabajo. El capitalismo destruye la cooperación natural, produciendo una sensación de soledad. Por otro lado, el capitalista enfrenta a los trabajadores entre sí para detectar cuál de ellos produce más, trabaja más rápido y agrada más al jefe, generando hostilidad entre los compañeros de trabajo.
4. En la sociedad capitalista los trabajadores están alienados de su propio potencial humano. Los individuos cada vez se realizan menos como seres humanos y quedan reducidos al papel de animales de carga o máquinas. La conciencia se entumece y el resultado es una masa de personas incapaces de expresar sus capacidades humanas.

## Una masa de trabajadores alienados y enajenados

El segmento de trabajadores que ganan un salario mínimo es donde mejor se expresa la esencia del trabajo enajenado, no así el de los altos ejecutivos y directivos. La enajenación tiene que ver con la propiedad privada o es una manifestación de la propiedad privada. De manera que en aquellos empleados que participan de los beneficios de la empresa, aunque sea bajo la forma de salarios altos, no viven enajenados o viven la enajenación positiva. Hay otra situación del trabajo enajenado: ha llegado a tal extremo en nuestra vida en familia y la vida fuera del trabajo o la empresa que se ha convertido en el medio de nuestra vida individual.

En este sentido, habrá que preguntarse:

- ¿Qué produce enfermería?
- ¿Cómo lo objetiva o es invisible?
- ¿Cómo se define la actividad profesional de enfermería?

Ante estos cuestionamientos, se debe reconocer que lo que se desarrolla como actividad profesional es cuidar la salud o en el mejor de los casos, atender a las personas enfermas, pero es una actividad poco reconocida. La defensa constante en el mercado laboral es demostrar u objetivar el trabajo a través de técnicas y procedimientos, y aun demostrando estas actividades, parece ser que no se ve; además tal parece que la remuneración es poca debido a que se trata de ayudar a que otros logren un mejor estado de salud, a enseñarle o a gestionar los servicios de enfermería, lo cual es básico para la supervivencia. Al final no se puede pasar por ser extraños de un mundo laboral que opera para alienar y enajenar a los trabajadores.<sup>4</sup>

## ¿Por qué hablar de una práctica alienada?

El modelo de enfermería responde a un modelo médico hegemónico, racionalista, mecanicista, disociador (mente-cuerpo), reduccionista, biologicista, centrado en el individuo y la enfermedad, unidisciplinar, directivo, configurado desde una mirada masculina y construida sobre una concepción mercantilizada de la salud.

Las enfermeras absorben al médico hegemónico y se alienan en él. Se desenvuelven en un contexto tecnológico mercantilizado que les lleva a utilizar y valorizar en exceso las técnicas, desvalorizando y relegando el cuidar como función imprescindible. Por tanto desarrollan una terrible contradicción: por un lado sabe que cada vez hay más personas que necesitan ser cuidadas (enfermos crónico-degenerativos, ancianos, niños, pobres) pero por otro, se mercantiliza cada vez más la atención (se cuidan y se atienden bien los que pueden pagar), se prioriza la ganancia sobre las necesidades humanas y se banaliza la función de cuidado (cualquiera puede cuidar).

La lógica del capitalismo es la del crecimiento del capital y para conseguirlo, la primera medida es la disminución de los cargos y la reducción de los salarios. Se gasta en tecnología, en mercadeo, consultorías, propaganda de medicamentos “milagro”. Se gasta en todo lo que pueda crear una imagen de “buena atención”, aunque la realidad sea otra.

Por ello, los salarios de quienes están encargados del cuidado son “una carga” que, si se pudiera evitar del todo, se haría. Muchas veces las enfermeras cumplen funciones que los médicos y los administradores no están dispuestos a hacer y las familias tampoco pueden hacerse cargo. De ahí que se pierda la relación enfermera-paciente como eje e instrumento central de la profesión.

Tratando de salvarse, lo importante para la imagen de enfermería es aplicar técnicas (con o sin instrumentos) delegadas por el médico para curar o aliviar un padecimiento, administrar unidades y recursos, pero se aleja cada vez más del cuidado directo de las personas, que es delegado en los auxiliares, en los familiares o en personas sin conocimientos que por razones económicas se ofrecen para cuidar personas (cuidadoras). Al mismo tiempo, la persona cuidada, asume el modelo de atención donde importa la imagen, el confort o el estatus del médico y no tanto el cuidado.

Cada vez más, las enfermeras expresan con desolación la pérdida de lo humano en su

proceso de cuidar. La falta de afectividad, la despersonalización y falta de identidad llevan a la agresión y a cumplir con las tareas de enfermería –no cuidados de personas - en forma competente y eficaz con lo que se busca disminuir la culpa y la angustia resultantes de sistema como por sus propios compañeros.

Una enfermera decía en un taller sobre relación asistencial, que ésta era un tipo de relación de “máquinas con máquinas” expresando así la vacuidad, la cosificación y la alienación que este tipo de vínculo supone. Enfermera y usuario quedan solos y desamparados en los extremos de una relación alienada, ambos en lugares de sometimiento: el usuario dependiendo cada vez más de técnicas y aparatos complejos y especializados que lo minimizan como persona frente a los “avances científicos y las tecnologías de punta” y la enfermera obligada a tecnificarse y cosificarse para venderse mejor, aunque a bajo precio, pues su salario disminuye día a día.

Receptor de siglos de servidumbre –en especial la enfermera disociada además desde su lugar de mujer y de profesional– se aliena en un discurso donde la palabra vacía es “el paciente”. Tras la frase “no hay que abandonar al paciente” la enfermera limita sus posibilidades de desarrollo, participación, crecimiento, autonomía.

El “paciente” termina siendo un abandonado carcelero de un abandonado preso.

La enfermería tiene como uno de sus objetivos propender a una progresiva independencia del usuario en lo referente a la satisfacción de sus necesidades de cuidado. ¿Cómo funcionar de manera adecuada en una relación con esos objetivos si la enfermera no sabe cómo adquirir y defender su propia autonomía?

La alienación supone un discurso que se le impone a alguien que asume como propio, que transmite como su portavoz atribuyéndole un valor de certeza y de incuestionabilidad y que aplica -sin crítica- en su práctica profesional o en la cotidianeidad de su vida. ¿Qué discurso transmite la enfermera en el vínculo con el usuario? ¿el discurso médico hegemónico? ¿El discurso mercantil?

La creación supone transcribir y elaborar por uno mismo distintos discursos; síntesis, avance y apertura hacia nuevos espacios de conocimiento y relación. ¿Podrá la enfermera tomar conciencia del valor de sí misma, de su profesión y de la importancia instrumental de la relación con el usuario, construyendo no una solución alternativa que lo dejaría en el otro extremo del problema sino una forma de vínculo distinta que considere a ambos miembros y a la complejidad relacional? Enfermería necesita pensar acerca de sí misma y sobre lo que hace; acerca del contexto económico-social-cultural-ambiental en el que se encuentra; sobre lo que quiere cambiar y hacia dónde se dirige. Esto no lo puede realizar una élite; las respuestas sólo puede darlas el colectivo de enfermería discutiendo su situación sin evadirse en las tarea concretas cotidianas.

Si las enfermeras trabajan como empleados asalariados (obreros), esta práctica se vuelve alienada dado que el producto del trabajo no les pertenece y muchas veces no se puede hacer objetivo.

De estas situaciones surge una especie de línea de producción: checar la entrada y la salida (control), realizar una serie de actividades rutinarias; moverse, hablar y estar en los servicios de cierta manera, dirigirse con las personas (pacientes), compañeros y otros profesionales de la salud de una manera especial, portar un uniforme ¡con cofia!; ofrecer

los medicamentos de forma rígida (con horarios a conveniencia), bañar a las personas horas precisas, dar los alimentos con horarios para todos igual y una larga lista de actividades que se llevan a cabo sin considerar hábitos y costumbres de las personas (despersonalizar) aunque en el discurso se diga lo contrario.

La práctica está diseñada para operar así. La práctica está dada con una identidad atribuida (por el capitalismo, la clase dominante o grupos de poder llámese Estado, escuela o iglesia) y se expresa en una serie de acciones o formas y con mecanismos de control para garantizar su permanencia dentro del sistema hegemónico. Esa identidad está “condenada” a producir prácticas alienadas y alienantes.

Las enfermeras llegan a la práctica profesional con una identidad definida desde los orígenes de la profesión y regulada por el Estado quien juega un papel central en la construcción y sostenimiento de un núcleo identitario, ya sea por la internalización del conjunto de saberes, habilidades y principios o la creación de una autoimagen profesional que se perpetúa por la educación y en la práctica profesional.

Así surgen preguntas como:

- ¿Cuál es el origen de enfermería?
- ¿Con que profesionaliste se identifica más?:
  - La milicia (uniforme, cofia, disciplina).
  - El convento (compasión, amor al doliente, gratuidad, trabajo con los pobres y desamparados).
  - Los médicos (indicaciones, técnica, hospital).
- ¿Qué debe de saber?
- ¿Cómo comportarse?

Colliere (1984) dice que dentro de las 327 cualidades de la enfermera están: conocimientos, sangre fría, rapidez, tacto, ecuanimidad, aspecto aseado, tranquilidad, valentía, autodomínio, precisión, honradez, lealtad, puntualidad, responsabilidad, buen humor, colaboración, atención, respeto, justicia, amabilidad, sentido común y una larga lista de valores ¿cómo suena? Algo así como un superhumano, sin falla, dispuesta siempre a ayudar, callada, obediente, con una misión que debe cumplir hasta el límite de olvidarse de sí misma, pero eso sí, sirviendo a la institución y al médico sin discutir las directrices administrativas.

En el mismo sentido Araujo (2002) plantea que la incertidumbre laboral aparece como un fantasma cotidiano y actúa a través de mecanismos conscientes e inconscientes vinculados con sentimientos de miedo (a la pérdida del empleo, a la pérdida del lugar social, a no poder mantener el ritmo de la excelencia y a que el otro lo supere y conquiste su lugar), de inseguridad (agresividad, violencia, desamparo) y de estrés (cansancio frente a la lucha constante para sostener la imagen propia, cansancio frente al panóptico institucional, cansancio frente al miedo y la inseguridad).<sup>5</sup> Según Kristeva (2005) si la melancolía vuelve a ser el mal del siglo y si crece el número de depresiones, es porque ocurre en un contexto social en que se han cortado los nexos simbólicos y en el que se vive una fragmentación social.

- El avance de la salud pública y su contribución al desarrollo de la salud, a través de la generación de nuevos modelos interdisciplinarios de intervención en el fenómeno salud-enfermedad en el que viven los grupos humanos.
- La nueva concepción de la salud, que es vista como un fenómeno multifactorial relacionado con aspectos biológicos, culturales y sociales. Esto implica para la práctica de enfermería visualizar el cuidado a la salud en diferentes ámbitos y no sólo el cuidado de los enfermos.
- El desarrollo teórico, conceptual y práctico de la profesión de enfermería que ha mostrado que ésta tiene las capacidades necesarias para incursionar en diversos escenarios donde la salud y la enfermedad se expresan como fenómenos sociales humanos vinculados con los diversos modelos de desarrollo social.
- Las políticas internacionales y nacionales en materia de salud, en particular la estrategia de Atención Primaria en Salud que permitió a la comunidad validar y reconocer prácticas en enfermería como modelos de atención en salud (niños, ancianos, materno-infantil), la conformación de grupos en riesgo y su participación en los programas de salud que contribuyen a la ampliación de cobertura.

Estos cambios presentan un desafío para la profesión y propician una experiencia acumulada por las diferentes respuestas generadas en situaciones nuevas; gracias a esto, hoy se reconoce la necesidad de un rol ampliado de la práctica en diversas áreas, entre las que se destacan la salud escolar, laboral, ambiental y la movilización de las comunidades en la búsqueda de mejores condiciones de salud, entre otras, no sólo el trabajo en el hospital.

Ante este panorama, enfermería transita en una doble revolución: regresiva y progresiva (Malvárez, 2002) para ajustar los cuidados a los cambios y pensar como sería nuestro mundo de trabajo (cuadro 3-2):

<b>Cuadro 3-2. Revolución regresiva vs revolución progresiva</b>	
<b>La revolución regresiva ajusta la práctica a:</b>	<b>En contraste, la revolución progresiva ha permitido:</b>
La pauperización y desaparición del hospital público	Mejorar de manera cualitativa las prácticas del cuidado
La precarización alarmante de las condiciones de empleo, trabajo y del sistema educativo de Enfermería	Desarrollo sostenido del proceso de profesionalización
La fragmentación de los puestos de enfermería utilizando el esquema rígido por normas y funciones y con un marcado autoritarismo institucional y de la propia enfermería	Una revolución educativa tendiente al crecimiento vertical y de formación permanente en todos los niveles
La desnaturalización del sentido humanitario con la consecuente mercantilización de los servicios	Modificación de la fuerza de trabajo con profesionales disminuyendo el personal empírico
La migración de enfermeras	Legislar en materia de ejercicio y carrera profesional accediendo también a puestos públicos de decisiones en salud
	Crecer, de manera incipiente, en el área de investigación
	Activar las asociaciones profesionales

En la visión actual de enfermería hay que promover la revolución progresiva. Esto significa favorecer el desarrollo de la disciplina a la par del desarrollo armónico del ser humano en sus diferentes espacios, fortaleciendo y reforzando sus capacidades y potencialidades en pro del cuidado de su salud y del logro de sus aspiraciones de vida y bienestar. Las preguntas a reflexionar:

- Las enfermeras seguirán siendo empleadas?
- ¿Con qué condiciones?
- Con patrón o independientes?

## ¿Cómo superar esta actitud alienada y enajenada?

Objetivar el cuidado debe ser la principal preocupación y hacerlo consciente. Ariza (2002) dice que la excelencia del cuidado es el reto para enfermería y de esto se trata la desalienación y desenajenación de nuestro trabajo.

Para ello se debe reconocer que el trabajo de cuidar la vida y salud de los demás es de la más alta valía y convencerse de la nobleza de su trabajo. Cuidar llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida. Por ello exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consciente que se manifiesta en actos concretos que tienen consecuencias importantes para la civilización humana.

Los valores a desarrollar para brindar un excelente cuidado, son:

- Calidad personal y profesional (auto exigencia constante que conduzca a ponerle amor y cuidado a lo grande y a lo pequeño, lo cual la conducirá a acabar las cosas bien) (Cornejo, 1997).
- Dedicación al trabajo con orden, tenacidad y constancia en los encargos (vencer la pereza y evitar la improvisación en su quehacer, desarrollar espíritu de cooperación, actitud permanente de servicio a los demás, labor de equipo).
- La alegría debe ser característica esencial (optimismo, buen humor y sobrellevar las dificultades de tal forma que se encuentren las soluciones más acertadas y todos sean beneficiados).
- Ser profesionales de calidad (poner mucho amor y esmero al trabajo, querer el trabajo y por el trabajo).
- Buscar siempre la excelencia aplicada a la vida personal (hacerla hábito, estilo de vida).
- Comprometerse preservando los valores fundamentales de la profesión (combinar la tecnología y los modelos de cuidado).
- Tratar a las personas como personas (es persona desde el primer momento de su existencia, y como tal ha de ser tratado, respetado por sí mismo, y no puede quedar reducido a puro instrumento en beneficio de otros).
- Considerar los derechos fundamentales (protección a la vida y la integridad física).
- Promover los procesos de comunicación (verbal y no verbal, saber escuchar, respeto, deseo de compartir) (Pinto, 1998).

- Reconocer al otro.
- Asumir una actitud de querer dar y recibir para facilitar el encuentro, mantener una actitud libre, flexible, cálida, expectante, neutral, desprovista de comportamientos autoritarios y centrada en lo que acontezca en la personalidad del otro.
- Desarrollar la empatía.

Debe evitarse:

- Acciones sólo por cumplir o de obligación moral sino exigirse trabajar con espíritu de servicio sin admitir la mediocridad, sin admitir las cosas mal hechas.
- La rutina en la tarea diaria pues no hay dos días iguales en el quehacer asistencial, docente, investigativo, o ambos.
- Lo fácil sino enfrentar siempre lo difícil que implica la vida cotidiana.

¿Cómo lograr los cambios? Según Brito, Manfredi, Land, Guevara y Castrillón (1995) es necesario trabajar en seis áreas temáticas de cambios:

- Regulación de la práctica de enfermería (educativa, inserción laboral, mercado de trabajo y corporativa).
- Medición del impacto del desarrollo tecnológico sobre la configuración de la práctica de enfermería (informática y nuevos conocimientos, disponibilidad de tecnologías, nuevas formas de gestión, manejo de grandes volúmenes de información, resistencia al cambio).
- Proponer cambios en la organización y gestión de los servicios de salud y demandas sobre la práctica de enfermería (modalidades de atención, descentralización, políticas y sistemas de incentivos, financiamiento, pagos, enfoque de atención, calidad de servicio, relación enfermera/usuario, contrataciones, estilos de gerencia, evaluación del desempeño, acreditación de la atención y de la educación, flexibilidad laboral).
- Describir los escenarios y tendencias del mercado de trabajo en enfermería en los procesos de integración (adecuación normativa, oferta-demanda, sistemas de atención).
- Cambios en la formación universitaria en enfermería como consecuencia de las reformas de salud y educativas (procesos pedagógicos creativos, uso de las TIC, reformas sobre los sitios de prácticas, cambios en el rol del profesor, formación en base a las demandas, flexibilidad de la oferta educativa, calidad de la educación, evaluación del desempeño alumno-profesor, cambios en la estructura administrativa, reconceptualización de la práctica y de la formación, especialidades transitorias, desarrollo del pensamiento crítico, preparación de líderes, renovación generacional de la docencia, flexibilidad académica).
- Cambios en los criterios éticos en diferentes áreas (cultura, valores y salud, uso apropiado y responsable de la tecnología, responsabilidad individual y profesional, situaciones de conflicto e incertidumbre, respeto por los derechos humanos, manejo de la información y toma de decisiones).

Las enfermeras en un futuro debemos abarcar diversos paradigmas que permitan la riqueza de diversas fuentes. La diversidad y coexistencia de diferentes abordajes tanto en la práctica como en la educación que permitan la construcción de marcos conceptuales y teóricos que mejoren la comprensión de la realidad.

Todos estos aspectos hablan de la excelencia personal y profesional que no es otra cosa que buscar la calidad aplicada al cuidado, lo que permitiría que la práctica profesional se convierta en gozo, alegría, satisfacción superando de múltiples formas la alienación y enajenación profesional que impone la posmodernidad.

Por tanto, las enfermeras necesitan repensar su esencia y sobre lo que hacen de manera laboral; entender el contexto económico-social-cultural-ambiental en el que se encuentran y definir el qué y cómo quieren cambiar y hacia dónde dirigirse. Esto no lo puede realizar una élite; sino y sobre todo, darlas el colectivo enfermero discutiendo la situación sin evadir la realidad de las tareas cotidianas.

## CUESTIONES PARA DISCUTIR

1. Ejemplifique (en su caso), según su práctica, cómo la sociedad tecnológica le aliena como profesional de enfermería.
2. ¿Qué propone para superar la alienación que describe, teniendo en cuenta los valores para proporcionar cuidado, las acciones a evitar y las áreas a cambiar?

## REFERENCIAS

- Araujo AM (2002). Impactos del desempleo. Transformaciones en la subjetividad. Montevideo: Argos.
- Brito P, Manfredi M, Land S, Guevara E, Castrillón C (1995). Prácticas y mercado de trabajo en enfermería en el contexto de las reformas del sector salud en América Latina. Documento preliminar. Washington DC.: Organización Panamericana de la Salud.
- Collière Marie Françoise (1993). Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- Cornejo MA (1997). Infinitud Humana. La grandeza de los valores. México:Grijalbo.
- Enríquez [Mauricio](#) (2012). El concepto de «enajenación» en el joven Marx. [http://www.ivoox.com/concepto-enajenacion-joven-marx-audios-mp3\\_rf\\_635195\\_1.html?autoplay=1](http://www.ivoox.com/concepto-enajenacion-joven-marx-audios-mp3_rf_635195_1.html?autoplay=1) [consultado el 20 de diciembre del 2013].
- Kristeva Julia (2005). El tiempo sensible. Buenos Aires: EUDEBA.
- Marx Carl (1844). Manuscritos económicos y filosóficos en <http://www.vive.gob.ve/archivos/textos/manuscritosecon%F3micos.pdf> [consultado el 3 de noviembre del 2013].
- Marx (2012). Alienación en Filosofía contemporánea. En: <http://www.e-torredebabel.com/Historia-de-la-filosofia/Filosofiacontemporanea/Marx/Marx-Alienacion.htm> (consultado el 28 de diciembre del 2013).
- Palacio Víctor (2012). Realidad social, alienación y psicopatologías. El papel de la conciencia en la logoterapia en <http://www.psicologia-online.com/ebooks/logoterapia/alienacion.shtml> [consultado el 28 de diciembre del 2013].
- Pinto Natividad (1998). Intersubjetividad, Comunicación y Cuidado. En *Dimensiones del Cuidado...* Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Grupo de Cuidado.
- Umpiérrez Francisco (2011). Objetivación, cosificación y alienación en [www.aporrea.org/ideologia/a123102.html](http://www.aporrea.org/ideologia/a123102.html) [consultado el 27 de diciembre del 2013].

## Notas

- <sup>1</sup> El gran dilema para el trabajador estriba en que no dispone de los medios para objetivar el trabajo (porque ¿cuál sería un trabajo como hombres?) Sólo puede realizarse cuando se encuentra un trabajo concreto. De ahí la mansedumbre y la burla de él con tanta frecuencia. (Umpiérrez, 2011).
- <sup>2</sup> Se considera que ambos términos se refieren a lo mismo; en este trabajo se hace referencia a la alienación de forma

personal y la enajenación de forma grupal o social.

- 3 La cosificación se da en las relaciones humanas donde el producto del trabajo es objeto de compra y venta mediando sólo la cuestión económica.
- 4 Escuche el podcast El concepto de “enajenación” en el joven Marx en Fe, filosofía y espiritualidad por Mauricio Enríquez en [http://www.ivoox.com/concepto-enajenacion-joven-marx-audios-mp3\\_rf\\_635195\\_1.html](http://www.ivoox.com/concepto-enajenacion-joven-marx-audios-mp3_rf_635195_1.html) subido el 01/05/2011. Para saber más: Marx (2012) Alienación en Filosofía contemporánea <http://www.e-torredebabel.com/Historia-de-la-filosofia/Filosofiacontemporanea/Marx/Marx-Alienacion.htm> (consultado el 28 de diciembre del 2012]. Palacio Víctor (2012) Realidad social, alienación y psicopatologías. El papel de la conciencia en la logoterapia en <http://www.psicologia-online.com/ebooks/logoterapia/alienacion.shtml> [consultado el 28 de diciembre del 2012 .
- 5 También dice que en el imaginario social aparece una imagen institucionalizada del trabajo ligada a los ingresos de capital, es decir, a la ganancia que se obtiene a cambio del esfuerzo personal. Esta imagen es concebida como “lo normal” para la vida de cualquier persona, a pesar de saber que hay quienes realizan ciertos trabajos donde jamás lo intercambian por dinero u otro bien de uso. Pero éste tipo de trabajo que dignifica, y engrandece la decencia y honradez, está desapareciendo, aunque sus ecos perduren. El sistema político refuerza la idea del trabajo “normal” fundando sus discursos en la ganancia y la excelencia, quien no esté de acuerdo simplemente es marginado, excluido; lo que suceda con los sujetos víctimas de estos cambios a una escala gigantesca los tiene sin cuidado, el discurso ya consabido en el cual la desocupación es un problema muy difícil de resolver y ante el que se hace todo lo posible, es un discurso fantasma que hace de los obreros espectros para la representación social más abarcativa. El mercado capitalista contemporáneo, sigue expulsando sujetos por considerarlos caducos, inservibles, y no existe por el momento otro destino distinto para ellos, que la renovación de las fuerzas en la confluencia con otros, quienes a lo largo de décadas, toda una vida, pudieron haber sido quizás, sus empleados, sus obreros, sus patrones. Se trata de una forma en que se niega una crisis civilizatoria, que incluye a todos en esa temida imagen del aislamiento; monstruo social que sirve para asustar por parálisis, ante procesos que siguen sin ser aprehendidos y posiblemente transformables. El fantasma tiene el rostro de los desposeídos, figura tomada en estos últimos días como la de los actores de los saqueos, y donde queda justificada la represión que va en aumento para sostener un orden insostenible, producto de la degradación de las condiciones de vida en su más alto grado en la historia de las sociedades de la región. El miedo, la inseguridad, tienen que ver con la forma en que el sujeto encara lo contingente, pero cuando el estado de alerta, de peligro, se instala como condición cotidiana en una sociedad, las formas culturales que van generándose, los significados que van construyéndose para poder concebir una cultura social compartida, se distribuyen y jerarquizan tomando como matriz los axiomas que el capitalismo en este momento trata de sostener, donde cada vez se es viejo más pronto, viejo como sinónimo de inútil, improductivo, no ser utilizado para dar ganancias, o, se desarrolla un contra- imaginario en el cual tratar de rescatar la dignidad lidiando todos los días con la realidad apremiante. El sufrimiento desencadenado por la ausencia de un sentido, se debe a la ausencia de aquello que lo proyecta; el empleo, reflejo de un pasado destruido. Lo único que permite la superación de esta condición, es el sentimiento de resistencia. También todos comparten los ecos de un imaginario en desaparición, algunos lo conciben en plena mutación, otros se atan a su extinción de manera lastimosa, y la mayoría queda inmersa en el movimiento pendular entre estos dos extremos. De aquí surgen tensiones en la sociedad que manifiesta de diversos modos y el Estado haciendo piruetas en la economía como el máximo saber instrumental, tratando de vender la idea de trabajo institucionalizada. Hoy esta imagen de trabajo como se conoce debe ser erradicado. Al desaparecer el flujo de trabajo, la posibilidad misma de desarrollar tareas en el mercado, la única salida posible es abrirse del mismo, buscar alternativas más allá de las redes capitalistas en otro tipo de actividades que produzcan a pesar o por fortuna, algo más que un valor de cambio, soportando a la vez la escasez de recursos, lo difícil de la sobrevivencia. No se debe atar a imágenes caducas, eso es lo peor que puede suceder. Avizorar un futuro distinto, requiere de mucho esfuerzo en un mundo en el cual el trabajo asalariado abundaba. Pero las condiciones de explotación siempre existieron, y quienes las han padecido más, son quienes más dispuestos o agenciados se encuentran para mantener la búsqueda de una vida sin dolor, por la consustancial experiencia que los ha caracterizado (Araujo, 2002).

## 3.5 INTEGRACIÓN PRÁCTICA-TEORÍA-PRÁCTICA

Carlos Christian Compton García Fuentes

### Antes de comenzar

- Origen etimológico de los términos teoría y práctica.
- La teoría y la práctica de enfermería.
- La integración teoría-práctica a través de la autotranscendencia.
- ¿Cómo integrar la teoría y la práctica en una totalidad?

El conocimiento de enfermería es ante todo un conocimiento práctico obtenido en la acción que permite a la comunidad de enfermeras, mediante un lenguaje común, compartir las tradiciones de su propia profesión, como la valoración y la solución de problemas. Esta práctica debe apoyarse en la teoría, que es el componente que permite planear y ejecutar investigación relevante a la práctica. Por esto, la enfermería no es una ciencia aplicada, sino una práctica apoyada por la ciencia, pero esta integración entre ambas, se puede lograr, como se verá más adelante, cuando cada enfermera utiliza el conocimiento de sentido común (al reflexionar en la acción y llevar a cabo su *praxis*), que se relaciona con la situación de cada persona cuidada en particular, y al mismo tiempo incorpora el conocimiento científico, de carácter universal.

### Origen etimológico de los términos teoría y práctica

Los términos teoría y práctica se originaron en la antigua Grecia. La palabra teoría se relaciona con la acción de observar. El *theoros* era un emisario o embajador enviado a consultar el oráculo de Delfos y asistir a los festivales religiosos de otras Ciudades-Estado en Grecia, como el del Monte Olimpo. Estos festivales incluían deportes y actos religiosos y por lo tanto, la palabra teoría se llegó a asociar con una vida de contemplación religiosa, de viajes y de aprendizaje sobre costumbres y leyes extranjeras. Entonces, los *theoroi*, llevaban una vida de observación y contemplación, y según Aristóteles, para el ser humano, la vida de contemplación era lo más cercano a la divinidad. Los Dioses, quienes no tenían necesidades mortales, empleaban su tiempo en la *theoria*, en la contemplación de la verdad, y por eso existe una relación etimológica entre teología y teoría.

La palabra práctica se relaciona con el hacer. *Prasso* significa yo hago, yo logro, y el sustantivo *praxis* significa una acción. La *praxis* consistía en una actividad de naturaleza política y ética y Aristóteles creía que la felicidad consistía en la *praxis* y en la teoría a la vez (Allmark, 1995).

### La teoría y la práctica de enfermería

Una vez aclarados estos términos, se explicará qué es la teoría y la práctica de enfermería.

La teoría es el componente que da forma e identificación a la disciplina de enfermería y las teorías que ésta utiliza deben estar impregnadas por los supuestos básicos y los valores compartidos por las enfermeras que, en última instancia, definen los resultados y el propósito de la práctica. La teoría permite plantear investigación relevante y aplicable a la práctica, situación que hace la diferencia entre una práctica de cuidado experta y coordinada y la mera ejecución de tareas sin conexión o delegadas de la práctica médica, por más complejas que éstas sean (Durán, 2007).

Por su parte, la práctica del cuidado es la actividad que realiza una comunidad de enfermeras(os) que comparten las tradiciones de su propia profesión, como son la valoración y solución de problemas y que comparten un lenguaje propio. Además, el conocimiento que le permite a la enfermera(o) ejercer una práctica competente, forma parte de las actividades que comparte esta comunidad. Este conocimiento se manifiesta en los diversos escenarios y niveles donde participa la enfermería y es, ante todo, un conocimiento práctico que es aprendido “en la acción” (Medina y Castillo, 2006). A este conocimiento práctico, obtenido en forma reflexiva, para transformar la realidad, se le llama *praxis* de enfermería.<sup>1</sup>

## La integración teoría-práctica a través de la autotrascendencia

Con los elementos anteriores, es posible reconciliar la teoría de enfermería con la práctica.

Perry (2004) afirma que las enfermeras en los escenarios clínicos se quejan de que la teoría de enfermería distorsiona la práctica y que no es relevante en nada a la práctica. Entre el personal clínico de enfermería existe con frecuencia mucha desconfianza hacia la enfermera académica que es improbable tenga eficiencia en la práctica clínica y esto contrasta con otras áreas, como la medicina, donde los profesionales académicos son tratados con respeto y alta estimación.

En este sentido, existe una relación entre dos elementos muy distintos dentro de la enfermería: la ciencia aplicada y la práctica, siendo la enfermería, no una ciencia aplicada, sino una práctica que es apoyada por la ciencia.

La enfermería debe ser vista como una práctica, ya que la práctica tiene fuertes fundamentos morales y busca promover un cierto bien en la sociedad. La enfermería es una práctica ya que se aprende mediante la experiencia clínica y busca una aplicación individualizada más que la producción uniforme que caracteriza a la tecnología científica.

## ¿Cómo integrar la teoría y la práctica en una totalidad?

La respuesta está en la filosofía, ya que ésta busca ver la realidad como una totalidad y desarrollar una perspectiva coherente de la experiencia humana. Por lo tanto, la investigación filosófica puede desarrollar el conocimiento en enfermería.

De acuerdo con Perry (2004), la obra del filósofo Bernard Lonergan, ayuda a

reconciliar la ciencia de enfermería, la teoría y la práctica; a continuación se explicará qué es la comprensión humana para Lonergan.

## La comprensión humana

Lonergan enfatiza un enfoque reflexivo a la comprensión humana. Este enfoque se basa en preguntas que surgen de la pura investigación y existen antes que cualquier método. Los seres humanos tienen un deseo ilimitado de saber y cuando ese deseo se desarrolla y continúa preguntándose hasta obtener la comprensión correcta que desea. Lonergan describe un proceso fundamental de indagación que es común a todos los tipos de conocimiento, mediante el cual el aprendiente plantea las preguntas necesarias para llegar a un juicio verdadero. A este proceso lo llama autoapropiación, el cual tiene varias etapas, como se muestra a continuación:

- En la primera etapa, existe una conciencia empírica, en la cual la persona está presente por medio de la mente ante sí mismo como un observador externo.
- En la segunda etapa, existe una conciencia intelectual en la cual la persona comprende o trata de comprender todas las ideas o situaciones que se le presentan para llegar así a una comprensión profunda.<sup>2</sup>
- En el tercer nivel, existe una conciencia racional en la cual la persona pretende juzgar si esta comprensión profunda es correcta o no.
- En el cuarto nivel, existe una autoconciencia en la cual la persona usa la propia conciencia para analizar las propias acciones y determinar si son correctas o no a la luz de la nueva comprensión.

En este sentido, el deseo que lleva a investigar es el deseo de Ser,<sup>3</sup> que es el objetivo del puro deseo por conocer y que abarca todo lo que es conocido y desconocido, lo cual forma la totalidad de los juicios verdaderos.

Cuando se responden todas las preguntas pertinentes para lograr un juicio verdadero, es cuando se ingresa al campo del Ser.

## La autenticidad

El valor es una noción trascendental de lo que se pretende en las preguntas de deliberación.

Así como las preguntas basadas en la inteligencia pretenden conocer lo inteligible (p. ej., existe la luz y la oscuridad, según lo perciben los sentidos), las preguntas para la reflexión pretenden conocer la verdad y el Ser, las preguntas de deliberación pretenden conocer el valor al preguntarse lo que en verdad es bueno y valioso.

Este impulso hacia el valor lleva al sujeto por el proceso de la autoapropiación, pero la deliberación posterior resulta en un juicio a un nivel superior que integra una percepción de valor de lo que es bueno.

Esto resulta en una auto trascendencia o autenticidad, en la cual la persona va más allá del saber, para llegar al hacer. La persona auténtica es aquella cuya reflexión le permite

discernir que las propias acciones deben ser consistentes con un amor benevolente o amor incondicional, como se verá más adelante.

## **La persona humana como el sujeto de una unidad de desarrollo consciente**

La persona humana es un sistema superior de integración en la categoría de las “cosas”. La noción de cosas comprende una unidad, identidad, una totalidad en los datos y esta unidad se logra no sólo al considerar los datos desde una perspectiva abstracta, sino al tomarlos en su individualidad concreta y en la totalidad de sus aspectos. Cada “cosa” tiene una totalidad de datos que no pueden ser reducidos a partes individuales, y existe a lo largo del tiempo y el espacio. Así es que la noción de cada cosa, incluye no sólo sus datos presentes, sino también sus experiencias pasadas y su desarrollo futuro.

Una “cosa” es distinta de un “cuerpo”, lo cual es algo real que existe en el exterior, en el mundo externo.

Sólo es posible comprender las cosas mediante la inteligibilidad, la comprensión intelectual, pero a un cuerpo se le conoce sólo por la experiencia.

La diferencia entre una cosa y un cuerpo arroja dos concepciones distintas de conocimiento.

El conocimiento elemental se detiene al nivel de la experiencia por los sentidos, pero en el conocimiento humano pleno, la experiencia sirve como una fuente de preguntas en el proceso de avanzar hacia una inteligibilidad posterior.

La meta es avanzar más allá del conocimiento empírico elemental de lo que existe en forma real afuera, en el mundo externo, para comprender la unidad de una cosa.

Esta epistemología es consistente con el conocimiento en enfermería, que busca comprender a la persona como una unidad, no como un cuerpo.

En este sentido, el ser humano presenta cierto desarrollo, que a continuación se presenta:

- Al principio, el ser humano es una unidad con componentes, físicos, químicos, orgánicos, físicos e intelectuales.
- En una segunda etapa, el ser humano es un “sistema en movimiento”, ya que lo que es hoy, no siempre ha sido, y lo que es hoy no necesita permanecer así. Cada éxito del ser humano promulga una ley de efecto en la cual, la progresión se proyecta a una integración superior.
- Sin embargo, el desarrollo intelectual depende de la obtención de nuevas comprensiones profundas sobre las cosas y éstas a su vez requieren de más preguntas, por lo que, a menos que se pregunte más cosas, se va a quedar con las comprensiones que ya tiene, no va a evolucionar.
- En tercer lugar, la ley de integración afirma que si un desarrollo se inicia mediante fuentes orgánicas, físicas, intelectuales o externas, se debe de integrar en todos los niveles.
- En cuarto lugar, la ley de limitación y trascendencia habla de la tensión entre el sujeto

como persona que es en este momento y el sujeto que está llamado a ser.

- En quinto lugar, la ley de genuinidad dice que ésta no hace a un lado las preguntas, no niega las dudas, no rechaza los problemas, sino que los confronta, los inspecciona, estudia todos sus aspectos, trabaja en todas sus implicaciones, y considera sus consecuencias concretas en la propia vida y en la de los demás.

Lo que es más, la persona que usa el proceso intelectual consciente de investigar, comprende en forma profunda, y reflexiona y juzga para elegir entre diferentes posibilidades.

Este concepto de la persona es congruente con la disciplina de enfermería, pues ésta ve a la persona como una totalidad unificada e incorpora un elemento temporal de desarrollo en esta unidad (la persona). Las enfermeras comprenden los efectos de las experiencias pasadas de la persona cuidada en su situación actual y usan esta comprensión para ayudarla a crear un futuro con sentido. Como enfermeras, se busca integrar los datos de la persona cuidada, de su entorno, de su vida pasada y presente, en una comprensión de la totalidad de su experiencia y sus circunstancias, que le ayude en su proceso de llegar a ser, de trascender, de transitar en sus procesos de salud-enfermedad y vida-muerte.

Cada enfermera existe como una unidad de desarrollo consciente, y como tal, la interacción con cada persona cuidada llega a ser parte de la totalidad de la identidad unitaria de cada enfermera, impactando su proceso de llegar a ser persona.

Mediante la intervención de enfermería, tanto la enfermera como la persona cuidada, impactan el desarrollo del otro como sujetos únicos que poseen una unidad de desarrollo consciente.

## **El objeto/sujeto de la ciencia de enfermería**

El objeto de conocimiento de la ciencia de enfermería es la persona cuidada.<sup>4</sup> Las ciencias naturales estudian objetos que existen de manera independiente del científico, como las estrellas, las plantas, o las formaciones rocosas. Sin embargo, en enfermería, tanto la enfermera, como la persona cuidada existen como personas que son una unidad de desarrollo consciente y ambas tienen un potencial para la transformación mediante el encuentro de enfermería.

Por lo tanto, las enfermeras que hacen investigación, en lugar de sólo observar algo “allá afuera”, deben responder lo que está “aquí dentro”, en su mundo interno. Entonces, desde un punto de vista fenomenológico, el sujeto cognoscente (la enfermera) se convierte en parte del objeto de conocimiento (la persona cuidada).

Existen también diferencias entre el desarrollo del conocimiento científico y el filosófico. El desarrollo científico en las ciencias axiomáticas (matemáticas), en las ciencias físicas (física, geología, ingeniería), y en las ciencias naturales (química, biología, medicina) ocurre cuando los métodos y suposiciones fracasan en manejar los resultados y las conclusiones conocidas. Esto provoca una crisis a la que le sigue una revisión radical y es congruente con la descripción que Thomas Kuhn hace de las

revoluciones científicas. El cambio siempre es recibido con algo de resistencia, pero con el tiempo los problemas se resuelven y el logro es universal y permanente.

El desarrollo filosófico, que incluye a la filosofía, la teología y a las ciencias humanas (donde se encuentra la enfermería), es diferente.

Los nuevos desarrollos no se aceptan en forma universal, sino que en lugar de eso, se fragmentan en diferentes escuelas de pensamiento. La raíz de esto descansa en el objeto de estudio. El desarrollo científico implica una transformación del objeto. Sin embargo, en el campo filosófico, como la enfermería, el sujeto es uno de los objetos. Así que la transformación del objeto implica una transformación en la vida del sujeto.

Por ejemplo, la medicina evoluciona conforme se obtiene más información sobre el cuerpo humano y su respuesta a los medicamentos y otras intervenciones. El nuevo conocimiento puede significar el prescribir un medicamento diferente o usar una nueva técnica quirúrgica. Sin embargo, cuando el punto a tratar es el desarrollo de enfermería como una profesión, se está hablando de la transformación de la enfermera misma y su transformación.

Por eso, un cambio verdadero en el sujeto (como enfermera) implica un proceso de conversión radical, aquello que las enfermeras tienen.

## **La enfermera como un sujeto trascendente**

Los juicios verdaderos son alcanzados por el proceso de la autoapropiación. Cuando el deseo por el conocimiento verdadero va más allá del horizonte (que es el campo total en lo que se está interesado), es cuando se obtiene la experiencia intelectual.

A la verdad total se le llama “Ser”. Conforme se acercan hacia el Ser, experimentan una dialéctica, es decir, un conflicto entre lo que se es y en lo que puede ser. Esta dialéctica es temporal, histórica, e implica un desarrollo a lo largo del tiempo, tanto en el individuo como en la sociedad, como una totalidad.

Más allá del desarrollo científico y filosófico se encuentra el desarrollo moral, esto implica un ego elevado. Los valores son un componente importante de la enfermería, pues ésta, como una práctica, tiene un fundamento moral. Por eso, el desarrollo de metas comunes, por ejemplo, el valor de la persona,<sup>5</sup> ayuda a expandir los horizontes individuales, lo cual no sólo apoyará el desarrollo de la ciencia de enfermería, sino también ayudará a relacionar la teoría con la práctica.

Para que ocurra la trascendencia en enfermería, se necesita ir más allá de los límites de la práctica, hacia un patrón intelectual, el cual es universal, y más allá de cualquier horizonte en particular. La teoría de enfermería debe basarse en el patrón intelectual de la experiencia, que es el campo del Ser.

Sin embargo, no es correcto estancarse en la experiencia laboral, es necesario seguir con la práctica diaria.

El obtener esta práctica agil y al día condiciona hacia un amor propio incondicional el cual parece tener dos acepciones:<sup>6</sup>

- El primero es la benevolencia, el deseo del bienestar de la otra persona, o el bien que

puede ser hecho por ella.

- El segundo es la apreciación y la consideración, que se centra en lo bueno que está presente en la persona.

En este sentido, el amor incondicional es la apreciación del bien presente en todas las personas y el deseo de hacerles bien podría verse como el valor subyacente a la enfermería.

Las enfermeras, guiadas por este amor incondicional pueden avanzar hacia el patrón práctico de la práctica de enfermería sin contraer o reducir el horizonte superior de la teoría enfermería, que es un patrón intelectual.

De esta manera se logran juntar el horizonte mayor, como teoría (que es el ojo que discierne la totalidad estructurada), en cada encuentro de enfermería.

Mediante el amor incondicional es posible fusionar la distancia entre los horizontes (el teórico y el práctico).

Cuando el amor incondicional se da entre la enfermera y la persona cuidada, se puede apreciar el bien o el valor en cada persona. A su vez, la benevolencia nos permite ver el bien que existe como potencialidad en cada persona y ayudarla así a desarrollar su potencial para un bien futuro. En este encuentro de amor incondicional trascendental, tanto la enfermera como la persona cuidada tienen la potencialidad para desarrollarse. Mediante el amor incondicional, la enfermera y la persona cuidada como sujetos de una unidad de desarrollo consciente, pueden trascender a un horizonte superior.

## **Sumario de la obra de Bernard Lonergan en relación con la epistemología de enfermería: lineamientos para la integración entre la teoría y la práctica**

Las ideas de Lonergan sobre la persona, considerándola como una unidad caracterizada por una inteligencia consciente en un desarrollo continuo, son consistentes con los valores de enfermería.

La discusión de Lonergan sobre el entendimiento humano, la autoapropiación, es la forma mediante la cual se logra una objetividad sin limitarse a una sola metodología como la postura-empírico analítica (métodos cuantitativos) o al empírico hermenéutica (métodos cualitativos).

Las ciencias humanas, dentro de las cuales está la enfermería, deben explorar los datos de la consciencia y lograr una comprensión del proceso humano de comprender.

Sólo si el ser humano se comprende a sí mismo, será capaz de distinguir entre la libertad que conduce al progreso y las tendencias que conduce a la decadencia.

Las ciencias del hombre no sólo deben ser empíricas, sino también normativas y críticas. El pensamiento crítico y normativo viene del proceso de la autoapropiación que conduce a juicios verdaderos.

El conocimiento de enfermería se ha desarrollado como una disciplina práctica y sólo recién ha comenzado a surgir una ciencia de enfermería. Sin embargo, es importante que el conocimiento de la práctica sea guiado por la ciencia.

El conocimiento generado en la práctica, mediante la *praxis* de enfermería debe incorporarse a una perspectiva científica que abarque el conocimiento general.

La discusión de Lonergan sobre la trascendencia y el avance hacia un horizonte universal es crítico para el desarrollo profesional.

La teoría de enfermería, como un modelo de lo que es bueno y valioso, debe ayudar a cada enfermera a apreciar la dialéctica: lo que son las enfermeras y aquello que pueden ser como enfermeras. Para hacer esto, la teoría de enfermería debe ir más allá de cualquier horizonte o teoría particular, hacia el horizonte del Ser. De esta forma, la teoría estará basada en valores universales que pudieran aplicarse a la práctica clínica.<sup>7</sup>

Una epistemología de la sabiduría enfermera debe incluir lo práctico, lo teórico y lo científico, integrado en una totalidad que sea consistente con la verdad y el orden moral universal.

Así que la mejor manera de unificar la teoría de enfermería, la ciencia y la práctica, es integrarlas en cada enfermera en particular. Mediante el proceso de autoapropiación, cada enfermera utiliza el conocimiento del sentido común (al reflexionar en la acción y llevar a cabo su *praxis*), que se relaciona con la situación de cada persona cuidada en particular, al mismo tiempo que incorpora el conocimiento científico que se ha obtenido mediante la investigación y el conocimiento teórico basado en valores universales.

La concepción de la enfermería como disciplina, debe incluir una profesión unificada de enfermeras autotrascendentes cuyas prácticas individuales se basen en juicios verdaderos y cuyas metas se dirijan hacia una teoría de enfermería consistente con el bien verdadero y cuyas acciones demuestren amor incondicional hacia todas las personas cuidadas, viéndolas como sujetos de una unidad de desarrollo consciente (Perry, 2004).

## CUESTIONES PARA DISCUTIR

1. ¿Por qué la transformación del objeto implica una transformación del sujeto en la relación enfermera-persona cuidada?
2. ¿Cómo pueden las enfermeras avanzar hacia el horizonte de la práctica sin contraer el horizonte intelectual de la teoría?

## REFERENCIAS

- Allmark Peter (1995). A classical view of the theory-practice gap in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 22:18-23.
- Doane Gweneth Hartrick, Colleen Varcoe (2005). Toward compassionate action. Pragmatism and the inseparability of theory/practice. *Advances in Nursing Science* 28(1): 81-90.
- Duran de Villalobos, María Mercedes (2007). La teoría de enfermería ¿un camino de herradura? *Aquichan*. 7(2):161-173., en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/110/220> [Consultado el 16 de enero de 2013].
- Medina Moya José Luis, Castillo Parra Silvana (2006). La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. *Texto & Contexto Enfermagem*. 5(2):303-311.
- Perry Donna J ( 2004). Self-transcendence: Lonergan's key to integration of nursing theory, research and practice. *Nursing Philosophy* 5:67-74.

## Notas

- 1 Lo fundamental en la relación teoría-práctica en enfermería, es el proceso de la *praxis*, es decir, en el que la realidad se rehace, en un proceso pragmático. Este proceso de *praxis* se fundamenta en la definición de Friere, que afirma que la *praxis* es una reflexión y acción sobre el mundo para transformarlo, en la que la acción se integra a la teoría, en la que es simultánea con ésta, y que es la razón para pensar. Por lo tanto, desde esta perspectiva, la promoción de la *praxis* significa que cada momento en la acción de enfermería tiene una intencionalidad sobre tanto el pensamiento como la acción, que se centra en el servicio para cualquier fin del ser humano. La *praxis*, se comprende que en cada momento se prueban, revisan y evalúan formas de pensar y de actuar (que representan a la teoría y la práctica), respondiendo en términos de uno mismo, de las personas y las familias con las que se trabaja, y sobre todo, conforme se visualizan en el mundo, los contextos dentro de los cuales se rigen las personas. En la parte central de este proceso de *praxis* se encuentra el movimiento intencional hacia la acción compasiva que interrumpe y aborda el dolor innecesario, la pena y la injusticia. Por ejemplo, al ejercitar la acción compasiva para reconocer la diversidad en las familias, se obliga a exponer y abordar las estructuras sociopolíticas subyacentes que favorecen a algunas personas o familias y desfavorecen a otras, y las teorías o formas de conocimiento que mantienen intactas estas desigualdades. Conforme se van evaluando las consecuencias de las comprensiones teóricas particulares de las familias, de la cultura, de la salud, y de otras teorías que dominan a las organizaciones y las prácticas de cuidado de la salud, se tiene la oportunidad de identificar cómo las estructuras existentes (por ejemplo, las políticas de salud) pueden necesitar de una revisión para ser equitativas y responder a las necesidades de las familias, sobre todo aquellas que no se adecuan (o no pueden adecuarse) a las expectativas y valores dominantes (Doane y Varcoe, 2005).
- 2 Esta comprensión profunda o *insight* significa que se da cuenta, “le cae el veinte” de algo y está segura de este conocimiento.
- 3 Es decir, hablando ontológicamente, si se conoce la esencia de los diversos objetos, se conocen tal cual son, se conoce su ser, pero, como sujeto cognoscente, el conocimiento de su ser afecta, pues cambian el ser, mi manera de percibir, pensar y actuar, como por ejemplo, cuando se sabe una teoría de enfermería que se cree verdadera y que impulsa al cambio en la manera en que se percibe e interpreta la realidad.
- 4 Se asume que la persona humana, como individuo y como miembro de una familia, comunidad o grupo, es el punto focal en el desarrollo del conocimiento en enfermería (USA Nursing Knowledge Consensus Conference, 1998).
- 5 Por ejemplo, al hablar sobre la ontología de la persona (cuál es el ser de la persona), se puede decir que ésta es capaz de elegir y tiene una voluntad libre atemperada por el contexto del propio pasado, presente y futuro. El individuo es bueno, tiene derechos y se dirige a sí mismo. Cada persona reconoce los derechos de los demás y trabaja para incrementar la libertad y la emancipación de sí mismo y de los demás. Los conflictos sobre los derechos se resuelven, dando como resultado la armonía y el balance. Este balance y armonía se buscan en todos los niveles para los individuos y los grupos, desde los electrolitos, hasta el cosmos entero (USA Nursing Knowledge Consensus Conference, 1998).
- 6 Existen varios verbos en griego para el amor. El primero es el amor de eros o amor conyugal, es decir que es el amor del cuerpo y requiere reciprocidad. El segundo es el amor de filia o amor fraternal, hacia los amigos, los familiares, los compañeros del trabajo o vecinos, éste es el amor de la mente y también requiere reciprocidad. El tercero, que es el importante para esta explicación, es el amor de ágape o amor incondicional. El ágape es un amor puro, un amor del alma o espiritual, que procura el bien del otro sin esperar siquiera su gratitud y por lo tanto no requiere de reciprocidad. En el Nuevo Testamento de la Biblia es el verbo usado para referirse al amor de Dios al ser humano. Cuando ágape fue traducido al latín se le tradujo como caridad. Jane Watson, en su teoría del cuidado humanizado, retoma esta palabra como caritas. Entonces, se mencionará al amor de ágape como amor incondicional, como el que han manifestado Gandhi, Martin Luther King o Teresa de Calcuta, que como enfermera, recogía de la calle y ayudaba a bien morir a los hindúes pobres de Calcuta en la India, sin decirles ni una palabra de religión, pero mostrándoles con sus actos hacia ellos la presencia del Dios del que habla Jesucristo en su evangelio.
- 7 Que como se notó, son la noción de persona, de enfermería y de teoría de enfermería.

## 3.6 LA BÚSQUEDA DEL SENTIDO DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

Carlos Christian Compton García Fuentes

### Antes de comenzar

- Características de la práctica de enfermería.
- El significado del trabajo de enfermería.
- La búsqueda del sentido de la vida y del trabajo.

La persona tiene varias características, como la conciencia de sí mismo, la libertad, la responsabilidad, la historicidad, la capacidad del diálogo y del amor incondicional, y sobre todo, la trascendencia ante la conciencia de finitud (saber que se va a morir). La trascendencia, que es la expresión del espíritu que va más allá de las necesidades biológicas, se manifiesta en la persona en sus relaciones con los demás en que puede ejercer y desarrollar sus capacidades como la libertad y la creatividad, al servicio de sus propios ideales y de la comunidad en la que se desarrolla. Por esto, es mediante el trabajo como la persona construye el sentido que le da a la propia vida, teniendo en cuenta sus circunstancias personales y sus capacidades y limitaciones.

El trabajo, lejos de ser una simple mercancía, es medio para la trascendencia personal y para la realización de la propia vida, de acuerdo a la época, la cultura y la comunidad donde vive la persona. En este sentido, el cuidado de enfermería, dedicado a la promoción de la persona, tiene sentido si se lleva a cabo en razón de esa realidad intersubjetiva que se establece en el acto del cuidado, en la que tanto la enfermera como el paciente crecen y se desarrollan como personas, la enfermera proporcionando amor incondicional, que le acrecienta su ser ante su consciencia, y la persona recibéndolo en su propio proceso de salud-enfermedad y vida-muerte.

### Características de la práctica de enfermería

“...La esencia del cuidado en esta situación de enfermería es ver más allá de los sentidos y ver la historia completa de la persona detrás del velo de circunstancias. Aun cuando los pacientes no puedan verbalizar sus necesidades, las enfermeras pueden observar la situación y usar su intuición y sensibilidad para escuchar una llamada para la enfermería. Es frecuente que a las personas sólo se les vea por su condición y no por las vidas que están detrás, lo cual ahora no es invisible. Al estar disponible para cuidar en el momento, las enfermeras reconocen el valor inherente de ser un ser humano, presente de manera total en el momento. Viviendo a partir de un conjunto fundamental de conocimiento integrado y fundamentos éticos, las enfermeras son capaces de empatizar con los pacientes silenciosos, en estar presentes con ellos y en conectarse en forma intencional...”  
(Barry y Purnell, 2008).

El “cuidado” de enfermería es el proceso de ayuda dirigido a facilitar el desarrollo vital de la persona y su bienestar, con el reconocimiento del entorno familiar, de sus valores, cultura, creencias y convicciones; y a su vez, a la comprensión de los factores biológicos,

y psicosociales del ser humano ante sus necesidades de salud (Pérez y Muggenburg, 2012).

En este sentido, se puede decir que la práctica del cuidado es la actividad que realiza una comunidad de enfermeras(os) que comparten las tradiciones de su propia profesión, como son la valoración y solución de problemas y que comparten un lenguaje propio. Además, el conocimiento que le permite a la enfermera(o) ejercer una práctica competente, forma parte de las actividades que comparte esta comunidad. Este conocimiento se manifiesta en los diversos escenarios y niveles donde participa la enfermería y es ante todo, un conocimiento práctico, que es aprendido “en la acción” (Medina y Castillo, 2006).

La actividad del cuidado denota además, una instrumentación intencionada de lo teórico con la práctica.

Para los griegos, lo práctico era lo adecuado para una transacción, lo que era efectivo. Lo práctico se refería a las “cosas prácticas”, y se ocupaba de los “asuntos humanos” en general. La práctica se distingue de la teoría, pero ello no quiere decir que no haya posibilidad de un saber práctico. En rigor, puede hablarse, según Aristóteles, de tres clases de saber: el saber teórico, el saber práctico y el saber “poético”. El primero tiene por objeto el conocimiento; el segundo tiene por objeto la acción, sobre todo la acción moral; el tercero tiene por objeto la producción. En un sentido, se puede decir que el saber práctico no es una ciencia, sino una “sabiduría práctica” cuyo fin es alcanzar el bien común, el “bienestar” de cada uno de los individuos de la comunidad, o ambos. En otro sentido se puede decir que hay una diferencia entre sabiduría práctica y sabiduría “política”; la primera —que merece el nombre de “sabiduría práctica”— concierne al individuo; la segunda —que merece el nombre de “política” o “sabiduría política”— concierne a la comunidad. La práctica, por sí sola enuncia **acción** o **realización**. La práctica se refiere sólo a la actividad intencional y no a acciones instintivas o inconscientes. “En la acción intencional, el ‘saber qué’ hacer se convierte en ‘saber cómo’ de manera más directa”, es decir, al tener en mente lo que se quiere conseguir está unido al cómo lograr lo que se desea obtener.

Desde la práctica en la actividad del cuidado de enfermería, los actos intencionales suponen un proceso de concienciación, es decir, un proceso de conciencia reflexiva creciente acerca del objeto de conocimiento involucrado en la acción del cuidado. La intencionalidad opera por un proceso cognitivo que tiene su base en la “práctica”, es decir, en los actos intencionales objetivos cuyo punto de arranque es la experiencia suscitada en la situación. La sensibilidad de observación y su relación con las decisiones inmediatas cotidianas, fortalecen la actividad del cuidado, construida de modo reflexivo, concientizada y operacional y transformada. Sobre esta concepción de práctica humanista es que la enfermería se ha desarrollado hasta constituirse en una ciencia (Pérez y Muggenburg, 2012).

Esta práctica de enfermería, como acción intencional, lleva a una experiencia progresiva en su realización, lo que permite también definirla mejor a través de sus características.

Meretoja, Eriksson y Leino-Kilpi (2002) mencionan algunas características, sobre la

práctica experta, entre las que destacan:

- Apoyar y asesorar a los demás en su trabajo.
- Comprender lo que el paciente necesita aprender y proporcionarle los materiales para su aprendizaje.
- Evaluar en forma sistemática la satisfacción de los pacientes con el cuidado.
- Crear un ambiente de salud que minimice el sufrimiento del paciente.
- Ser responsable por las propias acciones.
- Promover la participación y el autocuidado del paciente.
- Mostrar ética en la práctica.

Por su parte, Mantzoukas y Watkinson (2006) en una revisión sistemática, dicen que las características genéricas de la práctica profesional de enfermería son el uso del conocimiento en la práctica; el pensamiento crítico y las habilidades analíticas; el juicio clínico y las habilidades de toma de decisiones; el liderazgo profesional y la investigación clínica; las habilidades de entrenamiento y supervisión; y las habilidades de investigación.

Morrison y Symes (2011) en una reciente revisión sistemática, afirman que los temas encontrados sobre esta experiencia, son: conocer al paciente, la práctica reflexiva, la toma de riesgos, el conocimiento intuitivo y la habilidad en el saber hacer.

En resumen, se puede ver que la práctica de enfermería es la actividad compartida por una comunidad disciplinar y que posee un lenguaje y una cultura propios. Esta práctica es ante todo humanista, pues parte de la toma de conciencia reflexiva sobre las propias acciones hacia la persona, acciones que son intencionales y como se verá más adelante, buscan la trascendencia en el profesional de enfermería que las lleva a cabo. Asimismo, la práctica experta de enfermería implica el conocimiento reflexivo del paciente, conocimiento que es intuitivo y que está acompañado de la habilidad en el saber hacer.

## El significado del trabajo de enfermería

Una vez expuesto qué es el cuidado y la práctica de enfermería y cuáles sus características sobresalientes, se explicará cómo se representa de manera cultural el trabajo en enfermería, en dos estudios cualitativos sobre el significado del trabajo y la práctica de enfermería.

Pico y Tobon (2005) describen cómo viven las enfermeras en un primer nivel de atención esta práctica. El método etnográfico de su investigación en Colombia permitió categorizar los hallazgos en cuatro grandes áreas: la enfermera desde su perspectiva como persona, el cuidado de enfermería, el profesional de enfermería en la organización, y el contexto de su rol. Las subcategorías y los hallazgos del estudio se muestran en el cuadro 3-3:

Cuadro 3-3. Significado del rol del profesional de enfermería (Pico y Tobon, 2005)		
Categoría	Subcategorías	Evidencias
La enfermera desde su perspectiva como persona	Los imaginarios profesionales, influenciados por creencias religiosas y estereotipos e inequidad de género	La enfermera es la más humana, las más pulcra, la que no se puede equivocar, debe ser polifuncional, “deber ser todóloga”
	Visión ética del trabajo	El trabajo como deber moral, como valor para el desarrollo personal y profesional
Cuidado de enfermería	Cuidados a las personas	Estar con ellas, compartir sus sentimientos. Las personas no están preparadas para el autocuidado, le atribuyen poca importancia al cuidado de la salud. Se perciben como el principal agente educativo, se sienten el centro de la institución por su comunicación con los usuarios, por su papel de mediadora y educadora
	Cuidado institucional	Les asignan labores que sobrepasan sus funciones, como hacer el inventario. Las labores administrativas les implican ganancia de poder en el equipo de salud
El profesional de enfermería en la organización	Proyección de la cotidianidad al trabajo	Reproducen las características femeninas del ámbito privado al ámbito profesional, su trabajo remunerado es importante porque públicamente produce autonomía, bienestar y oportunidades
	El estatus profesional	Obtienen autonomía, reconocimiento y credibilidad del paciente en la consulta de enfermería
	Organización del trabajo	Escaso tiempo para el descanso por los indicadores de productividad

De acuerdo con los resultados del cuadro 3-3 Secret, Iorio y Martz (2005), estudiaron el significado del trabajo para las auxiliares de enfermería que proporcionaban cuidados a personas con enfermedades crónicas en periodos extensos de tiempo.

Esta investigación cualitativa empleó metodología fenomenológica y les planteo a las participantes la pregunta:

Expresé las experiencias concretas que ha tenido como auxiliar de enfermería en su trabajo.

Los hallazgos reportan tres temas centrales: la familia, la satisfacción personal y el control.

El sentido del trabajo para estas enfermeras era una sensación de pertenecer o de estar en contacto con los demás.

A diferencia de otros campos laborales donde las interacciones humanas se limitan a recibir y proporcionar información, el cuidado se basa en las interacciones no sólo con la persona cuidada, sino con otros que proporcionan cuidados. Para estas enfermeras, el cuidado era recíproco en los pacientes (la familia) que cuidaban.

Debido a que consideraban a sus pacientes como parte de una familia, estas enfermeras sentían satisfacción personal y orgullo por las tareas rutinarias que desempeñaban con sus pacientes, como cambiarlos de posición, bañarlos, acercarlos al cómodo y sentían orgullo por la manera eficiente como llevaban a cabo estas actividades y las relaciones interpersonales que sostenían con sus pacientes.

Esta satisfacción personal refleja un autoconcepto positivo.

Esto demuestra que tenían una sensación de control sobre su trabajo. Lejos de producirles estrés y enojo, como les gustaba lo que hacían y como lo hacían, el control sobre su trabajo las liberaba del estrés que hizo que algunas de sus compañeras dejaran su trabajo.

Se ha mencionado cómo representan de modo sociocultural las enfermeras su trabajo, cómo lo viven y experimentan. A continuación se explicará cómo es posible trascender como persona mediante la práctica del cuidado.

## La búsqueda del sentido de la vida y del trabajo

“...Nunca se debe estar contento con lo que se ha conseguido. La vida nunca cesa de cuestionar, no permite descansar. Al hombre que se queda inmóvil, la vida lo deja atrás; el hombre que se contenta con aires de suficiencia, se pierde a sí mismo. No se debe descansar, no se debe estar contento con los logros conseguidos ni en lo que respecta a crear; todo nuevo día y toda nueva hora, exige nuevas acciones y nuevas experiencias...” (Frankl, 1986; citado por Pattakos, 2009).

La actividad que realiza el ser humano, ya sea como trabajo, como pasatiempo, o en bien de los demás, debe tener un sentido. El trabajo “amado” tiene sentido si se realiza en razón del trabajo en sí y los efectos que puede producir sobre el trabajador y las personas que dependen de él.

Lo que importa no es el tipo de trabajo, o cuan rutinario y simple sea, sino la motivación para realizarlo.

Otra área en la cual se puede encontrar sentido es mediante los valores como el bien, la verdad, la belleza, y el amor.

El amante no sólo ve el “tú” actual del amado, sino asimismo, el ser en el que podría convertirse, pues el amor ayuda al ser amado a ser tal como lo ve el amante, es decir un ser en proceso de llegar a ser, de desarrollarse en plenitud, hasta sus propios y personales límites.

En la relación de cuidado, donde existe amor incondicional por parte de la enfermera, ésta cree y confía en el desarrollo de las potencialidades de la persona cuidado para lograr independencia y bienestar.

El sentido también se logra cuando el ser humano se enfrenta al sufrimiento inevitable, por ejemplo, la pérdida de un ser querido, la enfermedad incurable; a la culpa imborrable, por ejemplo, después de la separación en una relación conflictiva, o después de un accidente involuntario; y por último, a la muerte, como en el caso del paciente terminal.

Cuando la persona enfrenta estas condiciones con valor y dignidad, sienta a su vez un ejemplo para los demás, lo que transforma su sufrimiento en una conquista del espíritu.

No es la carga la que vence, sino el modo en que se lleva; además, el sufrimiento puede tener sentido, “si te cambia y te mejora” (Fabry, 1977).

Se ha visto que la práctica de enfermería, como actividad consciente e intencional de una comunidad disciplinar, que comparte una cultura propia, tiene ciertas características representativas de una práctica experta y tiene también un significado cultural en la profesión. Sin embargo, es mediante la búsqueda del sentido de su propio trabajo como profesional de enfermería, que la enfermera puede trascender y desarrollar sus potencialidades.

## CUESTIONES PARA DISCUTIR

1. ¿Cómo encontrar sentido ante una práctica de enfermería que a veces es rutinaria y llena de sobrecarga de trabajo?

2. ¿Qué papel juega el significado del trabajo que las enfermeras con un buen autoconcepto le atribuyen, así como la motivación personal, los valores (como el amor incondicional) y el afrontamiento del sufrimiento con dignidad para la búsqueda del sentido en la práctica de enfermería?

## REFERENCIAS

- Barry CD, Purnell MJ (2008). Uncovering meaning through the aesthetic turn: a pedagogy of caring. *International Journal for Human Caring* 12(2):19-23.
- Fabry J (1977). *La búsqueda de significado. La logoterapia aplicada a la vida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Mantzoukas S, Watkinson S (2006). Review of advanced nursing practice: the international literature and developing the generic features. *Journal of clinical nursing*. 16:28-37.
- Medina Moya JL, Castillo PS, (2006). La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. *Texto & Contexto Enfermagem* 5(2):303-311.
- Meretoja REE, Leino-Kilpi H (2002). Indicators for competent nursing practice. *Journal of Nursing Management* 10:95-102.
- Morrison SM, Symes L (2011). An integrative review of expert nursing practice. *Journal of Nursing Scholarship*. 43(2):163-170.
- Pattakos A (2009). *En busca del sentido. Los principios de Viktor Frankl aplicados al mundo del trabajo*. Barcelona: Paidós.
- Pérez CI, Müggenburg MC (2012). Visión global del desarrollo de la práctica de enfermería. *Manuscrito no publicado*. México. D.F. UNAM. ENEO.
- Pico MME, Tobón CO (2005). Sentido del rol de profesional de enfermería en el primer nivel de atención en salud. *Index de enfermería*. 14(51): 1-7.
- Secrest J, Iorio DH, Martz W (2005). The meaning of work for nursing assistants who stay in long term care. *International Journal of Older People Nursing* 14(18b):90-97.



## CONCLUSIONES

Las enfermeras, como cualquier ser humano, necesitan problematizar su realidad práctica, ya que como actividad suprema del pensamiento les permite aprender a razonar, a ser críticas con las cosas y consigo mismas; no sólo como ejercicio intelectual, sino que tiene también una dimensión práctica, pues amplía su visión para enfrentarlas a los problemas cotidianos con mayor eficacia; además, les sirve para defenderse de cualquiera que quiera manipularlas y permite evaluar de forma más justa las opiniones y razonamientos de los otros, con el fin de poder comprenderlas y también aprender de ellas cuando son valiosas.

Los conceptos básicos acerca de una filosofía y que deben reflexionar, corresponden al sistema de creencias de la práctica profesional, donde se encuentren las definiciones de enfermería, de ejercicio profesional, sobre el quehacer de las enfermeras y del cuidado, y comprender que éste es una práctica compleja que incluye el proceso salud-enfermedad como práctica social.

Para comprender el quehacer de las enfermeras es necesario analizar que el ser y el deber ser tienen sentido en tanto que son dimensiones inherentes de la persona que entra en contacto con otra a través de la relación de ayuda. Mucho de esto define el ser de la enfermera, pero ocurre como proceso desde que se identifican como personas que quieren ayudar, pasan por el proceso formativo e ingresan al mercado laboral. Este proceso es muy interesante, porque incluye el desarrollo del yo profesional necesario para actuar como enfermera y asumir la responsabilidad profesional que se refiere al compromiso para desarrollar la profesión, honrar sus principios, sentir orgullo de pertenecer a un sindicato y hacer todos los esfuerzos para engrandecerla.

Para vivir la profesión de la enfermera se requiere identificar tres realidades: 1) la física, fundamental o material; 2) el mundo de las ideas, del pensamiento y de las teorías; y 3) el mundo de la religión, de los dioses y divinidades, que incluye a la realidad virtual, donde las máquinas toman el lugar de los dioses o el misticismo. Esta última realidad incluye la de la continuidad de la vida en un mundo espiritual, con aparente consistencia física, como son los paraísos e infiernos de las diversas religiones, y esa existencia de lo no existente en la primera realidad que ha llegado a ser tan poderosa, provocando millones de muertes y torturas siguiendo al Dios verdadero, desde el punto de vista de las creencias de las distintas comunidades religiosas. Hoy se propone una cuarta realidad paralela, como sucede en la meditación o en la enfermedad mental.

En estas realidades, lo más importante para la enfermería y la *praxis* es la concepción de **hombre** que se tiene, pues de ello se derivará el concepto de **humanismo** del que con

tanta frecuencia hablan los profesionales. Si el humanismo es la base de la relación humana, entonces la ética y la moral ayudan a orientar los diferentes tipos de convivencia y si esta convivencia se da como actividad profesional, se crean normas de actuación pautadas en códigos.

Enfermería, como actividad regulada, cuenta con códigos morales, éticos y deontológicos que guían la práctica profesional y dan confianza a la sociedad sobre la utilidad del trabajo desarrollado de aquí emana la *praxis* que entraña un trabajo creador pues fusiona lo subjetivo o teórico con lo objetivo o práctico en un movimiento dialéctico.

Asimismo, la *praxis* de enfermería no se da en el vacío social, sino que obedece a una realidad histórica que la determina, por lo que los códigos son necesarios pero no suficientes para orientar dicha *praxis*, por ello deben ser sometidos a constante reflexión para no caer sólo en la racionalidad técnica, sino buscar su razón de ser.

En esta búsqueda, es de reconocer que las enfermeras en su práctica diaria, no son sólo “teóricas” o consumidora de conocimiento, sino “creadoras e “investigadoras” o productora cuando se enfrentan a situaciones problemáticas con lo cual generan conocimiento disciplinario, profesional y personal. Sin embargo, es poco reconocido aquel que surge de la práctica porque el desarrollo científico y tecnológico ha privilegiado el método empírico-analítico quedando a la saga lo cotidiano, lo invisible, lo humano que tiene en esencia el cuidado.

Esto se explica a través de la historia de la filosofía, de la ciencia y de las dos grandes tradiciones en la investigación: la cuantitativa y la cualitativa.

El **racionalismo** tiene una gran confianza en la razón humana, como medio para conocer la realidad y utiliza el método lógico-matemático para explicar los razonamientos y en el método empírico, cuando es posible aplicarlo. Por su parte, el **empirismo** dice que sólo es posible conocer la realidad mediante la experiencia que proporcionan los sentidos.

Estas dos posturas fundamentaron al positivismo, representado por Augusto Comte, que afirmaba que los fenómenos se describen de modo sistémico por leyes naturales que son producto de la observación y la reflexión racional y que le ayudan al ser humano a hacer predicciones.

En la obra de Claudio Bernard, se observan las fases del método hipotético-deductivo, que comienzan con la observación, a la que le sigue la formulación de hipótesis y la comprobación de éstas. Estas fases precisan de la objetividad del científico, dentro de un diseño experimental de investigación. La postura hipotética deductiva se ha aplicado en enfermería en la investigación cuantitativa y en el razonamiento clínico y la toma de decisiones.

Por su parte el pragmatismo y el funcionalismo fueron corrientes dentro de la filosofía y la psicología que florecieron en EUA a fines del siglo XIX. Sus representantes fueron Charles Pierce, William James y John Dewey.

Las características del pragmatismo son: considerar que el pensamiento es un proceso de intervención activo sobre la realidad; el pensamiento es un instrumento que facilita la adaptación del ser humano a ese ambiente; la validez de una teoría depende de su

utilidad para la vida del individuo y la sociedad en el ámbito científico, social y moral.

Las aplicaciones del pragmatismo a la enfermería consideran que éste es un enfoque que permite reducir la brecha entre la teoría y la práctica; que a través del pluralismo se valora la diversidad en la investigación y en la práctica; que mediante la fiabilidad (basada en la construcción de la verdad como un producto personal de la acción) se promueve el diálogo, el entendimiento, el respeto entre diversas ideologías.

Para la ciencia positiva sólo es verdadero, sólo tiene sentido, lo que puede ser verificado por el método experimental y no puede resolver el problema más importante para el ser humano: la pregunta acerca del sentido, o de la ausencia de sentido, de la vida humana en su conjunto.

La investigación descriptiva y experimental alimenta la enfermería basada en la evidencia, la cual ayuda a solucionar los problemas derivados de la práctica con resultados de la investigación, ya sean cuantitativos o cualitativos, lo que a su vez influye en la toma de decisiones en la práctica.

Por otra parte la hermenéutica estudia un texto para comprender cómo la vida se vive en forma humana y es un medio para comprender los proyectos humanos, siendo la experiencia de la vida de una persona el dato fundamental de las ciencias humanas siguiendo los pasos de Husserl, Heidegger, Gadamer y Ricoeur con la fenomenología.

Tanto la investigación cuantitativa (positivista), como la cualitativa (hermenéutica) aportan al desarrollo del cuidado. Sin embargo, la ciencia hermenéutica rescata en enfermería el sentido y el significado de la experiencia, de la dimensión trascendente de la persona, algo que la investigación descriptiva o experimental no puede hacer.

Por ello, a través de la *praxis*, como acción reflexiva sobre el hacer, sobre la práctica, en una relación interdependiente, las enfermeras generan conocimiento que permite transformar la realidad (comprendiendo ésta, tomando decisiones y asumiendo las consecuencias).

Sobre el concepto de *praxis*, se aborda desde Aristóteles que comprende el propósito básico del ser humano de desarrollar una acción moral reflexiva. En la *praxis* se incluye la *phronesis* o acción reflexiva que incluía un juicio de sabiduría, sin importar los resultados prácticos o materiales de esta acción.

Ubicando la *praxis* dentro de las relaciones de producción material, la noción que Marx resalta son los resultados de la acción en lugar del proceso implicado en éste. Debido a esto, se consideró que su praxiología se adecuaba más al discurso técnico (de saber hacer) que al discurso práctico (de saber pensar y obrar con moralidad). Para la *praxis* emancipatoria, representada por Marx, la reflexión sobre la acción debe tener como meta la toma crítica de consciencia sobre la realidad de opresión para transformarla.

Más contemporáneos, los filósofos de la segunda generación de la escuela de Frankfurt desarrollaron el concepto de *praxis* pero dentro de la enfermería, la *praxis* se maneja según las aportaciones de Shön, sobre la reflexión en la acción y pretende cambiar la relación entre la teoría y la práctica. La teoría no determina la práctica sino que es generada por la práctica. El papel de la teoría formal es de soporte, en el sentido de que proporciona las herramientas para la *praxis*. La reflexión en la acción produce teoría

informal, la cual a su vez alimenta la práctica. La *praxis* de enfermería implica un proceso continuo de hipotetizar y poner a prueba nuevas ideas y de modificar la práctica de acuerdo a los resultados.

Aterrizando, la *praxis* en enfermería reconoce que es una práctica moral fundamentada en las ciencias humanas más que en las ciencias aplicadas por lo que las praxiologías emancipatorias y hermenéuticas, han colaborado en forma significativa al conocimiento relacionado con la práctica vinculado a situaciones experienciales, humanas y morales. Así contempla el conocimiento, las experiencias, las condiciones de las personas cuidadas y de las enfermeras, el ambiente de trabajo, sus obligaciones, así como las necesidades sociales en un determinado momento histórico. El trabajo profesional se basa entonces en el esfuerzo colectivo de las enfermeras inmersas en un contexto específico que les permite la producción de vida material y de los medios para satisfacer sus necesidades humanas.

En el ejercicio profesional muchas veces y por distintos motivos, se entremezclan conductas prácticas y técnicas. La *praxis* en enfermería se centra en dos visiones diferentes: una, es **reduccionista** porque los elementos conceptuales se visualizan como ambiguos, por ejemplo, los conceptos de persona y entorno están subordinados por las demandas del sistema de salud y no se visibiliza el conocimiento ético, aunque éste, esté presente. En este enfoque de conocimiento silencioso, no se reflexiona ni se articula la práctica con la teoría, de manera que el conocimiento que se genera de la práctica cotidiana no es referido a un cuerpo del saber en enfermería.

La segunda visión corresponde al ideal de la práctica en enfermería, porque destaca la salud como **proceso dialéctico**, la persona como ser social y enfermería en función de las personas como seres individuales y a la vez como grupos sociales, tomando en cuenta una visión sociológica que la aparta del modelo biologista. En esta visión se destaca el conocimiento ético explícito, que debe ser parte de la construcción del conocimiento en enfermería.

La enfermera puede enfrentarse a la realidad con una formación con énfasis en aspectos éticos de la vida social, pero con pocas habilidades técnicas. En ocasiones, la enfermera recibió conocimientos técnicos abstractos como contenidos curriculares pero careció de la posibilidad de desarrollar habilidades técnicas. En otras ocasiones hubo enfermeras que recibieron una formación técnica pero que correspondía a técnicas obsoletas en el momento de enseñarles y por lo tanto de poca utilidad para cuando se enfrenta con la realidad. Es decir, que en la formación y la práctica no se integra el ser, el hacer y el obrar.

No se propone y tal vez no sea conveniente, una *praxis* unificadora de la enfermería ya que el cuidado y las diversas técnicas que se utilizan para proporcionarlo, se activan en el momento en que se utiliza y cada enfermera desarrolla experiencias muy personales sobre el cuidado (conocimiento tácito). En este intento de unificar el quehacer profesional, se habla del paradigma de enfermería con sus cuatro elementos como meta-teoría unificadora que permitirá, tanto a nivel práctico y como teórico apreciar la complejidad y la simplicidad de la enfermería y articular con confianza lo que hace y por qué lo hace.

Sin embargo, la sociedad posindustrial o del conocimiento ha tenido un gran impacto en los sistemas de salud, privilegiando la productividad y la eficiencia. En la práctica profesional de la enfermera, se puede observar la contradicción de su papel, por un lado, como agente controlador al servicio de las instituciones de salud y de las políticas que determinan su práctica profesional y por otro lado, la propuesta de la enfermera como agente transformador.

Se sigue privilegiando el hacer sobre el ser, la técnica y la tecnología sobre lo humano. El desarrollo de la ciencia y la técnica se entrelazan para concientizar al ser humano. No sólo en relación con la máquina en su trabajo, sino también en su hogar. En este sentido, la máquina es la forma más evidente de la técnica.

De esta forma, la sociedad tecnologizada tiene dos principios: uno, si algo se debe hacer se hace porque es posible hacerlo y por lo tanto, el desarrollo tecnológico se convierte en el fundamento de la ética; dos, el máximo rendimiento (productividad) y eficiencia (calidad en el producto o servicio) reducen al ser humano a un apéndice de la máquina, regido por el solo ritmo y exigencias de ésta. Lo transforma en un consumidor total, cuya única finalidad es **tener** más y **usar** más lo que provoca en la pasividad, el conformismo y la enajenación. La sociedad posindustrial, actualizada en tecnología, ha conducido a la fragmentación de la sociedad, a la desvinculación, el individualismo, la competencia, la violencia, la alienación, la pérdida del amor y la preocupación por el prójimo; el cuidado se realiza desde una concepción utilitaria pues sólo se le da importancia si genera ganancia.

La práctica alienada de enfermería en todo caso, significa aplicar técnicas (con instrumentos o no) delegadas por el médico para curar o aliviar un padecimiento, administrar unidades y recursos, pero ésta se aleja cada vez más del cuidado directo de las personas. Existe una tensión entre un paradigma de relación (cuidado humano) y un paradigma de control (tecnología biomédica) y donde el profesional de enfermería debe confrontar la técnica, no los objetos tecnológicos en sí mismos, ya que se ha delegado en la técnica el poder para tomar decisiones y se ha basado en ella para desarrollar la condición profesional.

Para superar la alienación de la práctica, es necesario reconocer que el trabajo de cuidar la vida y salud de los demás es de la más alta valía, pues cuidar llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida rescatando el humanismo.

Según Fromm, el humanismo consiste en creer que el ser humano tiene el poder para perfeccionarse mediante sus propios esfuerzos. Por lo tanto, el hombre se relaciona en forma productiva con los demás y responde al mundo, no por lo que posee, sino por lo que es. En enfermería, el humanismo permite cuidar a las personas con sus problemas en lugar de cuidar sólo los problemas que presentan las personas.

La enfermera competente en su quehacer profesional, debe tener una gran capacidad de cuidar y dar cuidado a la vida humana como valores centrales, sin apartarse de los contextos tradicionales ni romper con las técnicas, actividades y acciones que se desarrollan de manera cotidiana. Eso sí, es menester que comprenda que enfermería, no una ciencia aplicada, sino una práctica que es apoyada por la ciencia por lo que la **teoría**

es el componente que da forma e identificación a la disciplina de enfermería. La práctica del cuidado es la actividad donde se comparten las tradiciones de la profesión siempre y cuando la sienta propia para que logre la identidad, llegar a ser persona y se transforme a través de la práctica.

La práctica de enfermería es una actividad consciente e intencional de una comunidad disciplinar, que comparte una cultura propia, tiene ciertas características representativas de una práctica experta y tiene también un significado cultural en la profesión. Esta práctica es ante todo humanista, pues parte de la toma de conciencia reflexiva sobre las propias acciones hacia la persona, acciones que son intencionales.

Las características representativas de esta práctica son conocer al paciente, la práctica reflexiva, la toma de riesgos, el conocimiento intuitivo y la habilidad en el saber hacer. Asimismo, existe un significado sociocultural del trabajo de enfermería, expresado en la perspectiva de la enfermera de sí misma, del cuidado de enfermería, y del rol del profesional de enfermería dentro de la organización. Las enfermeras que poseen un buen autoconcepto, tienden a significar su práctica en torno a tres temas: sentirse como en una familia con sus pacientes, la obtención de satisfacción personal por su trabajo, y el sentimiento de control personal sobre las situaciones de cuidado.

El amor incondicional, base del cuidado de enfermería tiene dos patrones: la benevolencia y la apreciación. Las enfermeras, guiadas por este amor incondicional pueden avanzar hacia el patrón práctico de la práctica de enfermería sin contraer o reducir el horizonte superior de la teoría enfermería, que es un patrón intelectual.

El conocimiento generado en la práctica, mediante la *praxis* de enfermería debe incorporarse a una perspectiva científica que abarque el conocimiento universal.

Sin embargo, es mediante la búsqueda del sentido de su propio trabajo como profesional de enfermería, que la enfermera puede trascender y desarrollar sus potencialidades. Lo que importa no es el tipo de trabajo, o cuan rutinario y simple sea, sino la motivación para realizarlo. El sentido de la práctica se encuentra también mediante el amor incondicional y el enfrentamiento valiente y digno del sufrimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar M, Bize R (2000). *Pedagogía de la diversidad. Una propuesta de inspiración humanista*. Chile: Virtual Ediciones.
- González José Vidal (2009). *La Realidad*. Curso de Filosofía y Ciudadanía de Bachillerato. XTec. Generalitat de Catalunya en <http://www.xtec.cat/~jgonza51/primerorealidad.htm> [consultado el 8 de julio del 2013].
- Abbagnano, N (1993). *Diccionario de Filosofía México: Fondo de Cultura Económica*.
- Aguilar García Teresa (2008). *Ontología Cyborg. El cuerpo en la nueva sociedad tecnológica*. Barcelona: Gedisa.
- Aliaga Jiménez de, Kelly Myriam et al (2006). Reflexionando y cuestionando la política sanitaria en América Latina: implicaciones en investigación en la enfermería comunitaria, 1980-2000. *Esc. Anna Nery* [online]. 10(3):514-523, en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a22.pdf> [consultado el 8 de febrero de 2013].
- Allmark, Peter (1995). A classical view of the theory-practice gap in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 22:18-23
- Arancibia Miriam Dolly (2010). Pensamiento complejo en Fernández Francisco, Mercado Juan (edit) *Philosophica: Enciclopedia filosófica on line*, en <http://www.philosophica.info/archivo/2010/voces/pensamiento-complejo/Pensamiento-Complejo.html> [consultado el 8 de julio del 2013].
- Aranguren José Luis (1968). *Ética*. Madrid: Revista de Occidente.
- Araujo AM (2002). *Impactos del desempleo. Transformaciones en la subjetividad*. Montevideo: Argos.
- Ariza Claudia (2005). La excelencia del cuidado. Un reto para enfermería. *Actualidades de enfermería* 8(1):6-7, Santa Fe de Bogotá en <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8105-Editorial.htm> (consultado el 28 de diciembre del 2013).
- Balderas María de la Luz (2005). *Administración de los servicios de Enfermería*. México: Mc Graw Hill.
- Barnard Alan, Margarete Sandelowski (2001). Technology and humane nursing care: irreconcilable or invented difference? *Journal of Advanced Nursing* 34(3):367-375.
- Barry Charlotte D, Purnell Margarite J (2008). Uncovering meaning through the aesthetic turn: a pedagogy of caring. *International Journal for Human Caring* 12(2):19-23.
- Bertalanffy Ludwig (2006). *Teoría general de los sistemas*. México: FCE.
- Beuchot Mauricio, Miguel Angel Sobrino (2003). *Historia de la filosofía moderna y contemporánea*. México DF: Editorial Torres Asociados.
- Boff Leonardo (2002). *El cuidado esencial. Ética de lo humano, compasión por la Tierra*. Madrid: Trotta.
- Bonill de las Nieves Candela (2008) La importancia de las habilidades comunicativas en la humanización de los cuidados. *Index Enferm* [revista en la Internet]. Mar 17(1): 74-75. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000100017&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000100017&script=sci_arttext) [consultado el 7 de julio 2013].
- Bourdieu Pierre et al (1999) *La miseria del mundo*. Argentina: Fondo de Cultura Económica
- Brito P, Manfredi M, Land S, Guevara E, Castrillón C (1995). *Prácticas y mercado de trabajo en Enfermería en el contexto de las reformas del sector salud en América Latina*. Documento preliminar. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Buber Martin (1967) *¿Qué es el hombre?* (Trad Eugenio Imaz) 6ª ed. México: FCE.
- Bunge Mario (1989). *La investigación científica*. Barcelona: Ariel
- Camaño Puig R (2009). Desarrollo histórico de conocimiento y del método científico. En: Benavent Garcés, MA; Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey *Fundamentos de Enfermería* (118-149). Madrid: Difusión Avances de Enfermería
- Capacete Francisco (2008). Ética y filosofía rev elect Esfinge en <http://www.revistaesfinge.com/?p=270> [consultado 15 de julio del 2013].
- Cárdenas M, Zárate RA (2001). La formación y la práctica social de la profesión de Enfermería. RIEENF. <http://tone.udea.edu.co/revista/sep2001/enf.mexico.htm> [consultado el 3 de diciembre del 2013].
- Carper B (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in nursing Science*. 1(1):13-23.

- Castrillón, María Consuelo (1997) La dimensión social de la práctica de enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Chen Al, Sawyers Roby, Williams Paul (1997). Reinforcing Ethical Decision Making Through Corporate Culture. *Journal of Business Ethics*. 16(8):855-865 en: <http://www.mendeley.com/research/reinforcing-ethical-decision-making-through-corporate-culture/> [Consultado el 20 de Julio de 2013].
- Choza Jacinto (1988). Manual de antropología filosófica. Madrid: Rialp versión electrónica, en: [http://www.aloj.us.es/libros-articulos/Filos\\_y\\_AF/Libros\\_Texto\\_files/Manual%20Filosofica.pdf](http://www.aloj.us.es/libros-articulos/Filos_y_AF/Libros_Texto_files/Manual%20Filosofica.pdf) [consultado el 2 de julio del 2013].
- Cía Gustavo Gabriel (2012) Holograma. Paradigma holográfico cuántico, quantum lógico y variables físicas en relación con ESP y PK en [http://www.bibliotecapleyades.net/esp\\_paradigmaholo02.htm](http://www.bibliotecapleyades.net/esp_paradigmaholo02.htm) [consultado el 8 de julio del 2013].
- Cicerón Marco Tulio (2012). Extracto del libro Sobre los deberes. Fragmentos escogidos. Selección realizada por Miguel Ángel Padilla en <http://www.eticauniversal.net/2008/11/extracto-del-libro-sobre-los-deberes-de.html> [20 de julio del 2013].
- Clarke, Liam (1995). Nursing research: science, visions and telling stories. *Journal of Advanced Nursing*. 21: 584-593.
- Colegio San Ignacio de Loyola (2012). Sentido y necesidad de la filosofía en <http://www.colegiosanignacio.edu.pe/abps/abp1-5/saberfilosofico1.html> [consultado el 18 de julio del 2013].
- Collière Marie Françoise (1993). Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- Comisión Interinstitucional de Enfermería (2001). Código de ética <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/DOCUMENTOSCONSULTA/10.pdf> [consultado el 18 de julio del 2013].
- Compton García Fuentes Carlos (2006). Desarrollo del carácter de la investigación social y su vínculo con la teoría, los métodos y las técnicas. *Manuscrito no publicado*. México: UNAM-ENEO.
- Compton García Fuentes Carlos (2010). Filosofía moderna. *Manuscrito no publicado*. México: UNAM-ENEO.
- Comte, Auguste (1980). Discurso sobre el espíritu positivo. Madrid: Alianza.
- Connor, Margaret J (2004). The practical discourse in philosophy and nursing: an exploration of linkages and shifts in the evolution of praxis. *Nursing Philosophy* 5:54-66.
- Connor, Margaret J (2004). The practical discourse in philosophy and nursing: an exploration of linkages and shifts in the evolution of praxis. *Nursing Philosophy* 5:54-66.
- Consejo Internacional de Enfermeras (1953). Código deontológico para enfermeras. Ginebra. Doc elect en <http://www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/> [consultado el 15 de junio del 2013].
- Cornejo MA (1997). Infinitud Humana. La grandeza de los valores. México: Grijalbo.
- Cortina Adela (2000). Ética mínima. Introducción a la filosofía práctica. Madrid: Tecnos.
- Creswell, John (1998). Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among five traditions. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Curtin, LL (1979). The nurse as advocate: a philosophical foundation for nursing. *Advances in Nursing Science* 1(3):1-10.
- Dautray R, Díaz JI (2006). Lo infinitamente pequeño, lo infinitamente grande y lo infinitamente complejo: el medio ambiente. *Rev. Cienc. Exact. Fís. Nat. (Esp)* 100 (1): 13-24 en <http://www.rac.es/ficheros/doc/00456.pdf> [consultado el 9 de julio del 2013].
- De la Cuesta Benjumea Carmen (1997). Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. *Investigación y educación en enfermería*. 15(2):13-24.
- De la Cuesta Carmen (1998). Contribución de la investigación a la práctica clínica de los cuidados de enfermería. La perspectiva de la investigación cualitativa. *Revista Enfermería Clínica*. 8(4):166-170.
- De Ponte María (2010). Paradigmas Epistemológicos en <http://www.slideshare.net/sugo2001/cinco-miradas-a-la-realidad-seccion-b1> [consultado el 13 de julio del 2013].
- Deleuze Gilles, Guattari Félix (2001). ¿Qué es la filosofía? Barcelona: Anagrama.
- Doane, Gweneth Hartrick, Colleen Varcoe (2005). Toward compassionate action. Pragmatism and the inseparability of theory/practice. *Advances in Nursing Science* 28(1): 81-90.
- Dowling, Maura (2004). Hermeneutics: an exploration. *Nurse Researcher*. 11(4):30-39.
- Durán de Villalobos M, Mercedes (2005). La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichan*, octubre, año/vol 5 no. Universidad La Sabana Colombia en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74150109.pdf> [consultado el 15 de julio del 2013].
- Durán de Villalobos María Mercedes (2007). La teoría de enfermería ¿un camino de herradura? *Aquichan*. 7(2):161-173. en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/110/220> [Consultado el 16 de enero de 2013].
- Earle, Vicki (2010). Phenomenology as research method or substantive metaphysics. An overview of

- phenomenology's uses in nursing. *Nursing Philosophy* 11:286-296.
- Echegoyen Javier (2012). Historia de la Filosofía. Volumen 2: Filosofía Medieval y Moderna. Edinumen.
- El principio de incertidumbre de Heisenberg (2012). en <http://www.nucleares.unam.mx/~vieyra/node20.html> [consultado el 8 de julio del 2013].
- Ellul Jacques (2003). La edad de la técnica. Barcelona: Octaedro.
- Enciclopedia Cultural. Científica, Literaria, Artística (1975). *Claudio Bernard* (3:100-101). México: UTEHA.
- Enríquez Mauricio (2012) El concepto de “enajenación” en el joven Marx. [http://www.ivoox.com/concepto-enajenacion-joven-marx-audios-mp3\\_rf\\_635195\\_1.html?autoplay=1](http://www.ivoox.com/concepto-enajenacion-joven-marx-audios-mp3_rf_635195_1.html?autoplay=1) [consultado el 20 de diciembre del 2013].
- Erikson Erik (2000). El ciclo vital completado. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Fabry, Joseph (1977). La búsqueda de significado. La logoterapia aplicada a la vida. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fascioli L (2012). Formación de enfermería y las necesidades de los profesionales y los servicios en Revista Uruguaya de Enfermería, 7 (1): 39-59 [http://164.73.124.24/rue/sitio/num12/12\\_art\\_03\\_fascioli.pdf](http://164.73.124.24/rue/sitio/num12/12_art_03_fascioli.pdf) [consultada el 20 de diciembre del 2012].
- Fazio Mariano, Francisco Fernández Labastida (2009). Historia de la filosofía IV. Filosofía contemporánea, Madrid: Palabra.
- Finch Linda P, Joan D Thomas, Savina O Schoenhofer, Ann Green (2006). Research as praxis: a mode of inquiry into caring in nursing. *International Journal for Human Caring* 10(1):28-31.
- Freidson, Eliot (2001). La teoría de las profesiones. Estado del arte. Perfiles Educativos.23(93):28-43. En: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/132/13209303.pdf> [consultado el 23 de julio del 2013].
- Freire, Paulo (1970). Pedagogía del oprimido. México: Siglo XXI.
- Fromm Erich (2009). La revolución de la esperanza: hacia una tecnología humanizada. México: Fondo de Cultura Económica. en: <http://bibliotecaesceptica.wordpress.com/2009/03/30/la-revolucion-de-la-esperanza-erich-fromm/> [Consultado el 15 de enero de 2013].
- González José (2008). La Acción Humana. Curso de Filosofía y Ciudadanía de Bachillerato. XTEC. Generalitat de Catalunya en <http://www.xtec.cat/~jgonza51/> [consultado el 18 de julio del 2013].
- Gracia Guillen D (1992). Desarrollo, aportación e imbricación de la enfermería en el avance tecnológico. Jornada Nacional de Investigación en Historia de la Enfermería: La enfermería en el siglo XX. De oficio a profesión, los momentos del cambio. Seminario Permanente en investigación en Historia de la Enfermería, E.U.E. F. y P. y Departamento de Enfermería de la U.C. de Madrid.
- Guillén Rocío (2003). Cuidar a la familia. Sentido que tiene para las enfermeras comunitarias. Tesis (Maestra en enfermería). Facultad de Enfermería y Obstetricia. México, Estado de México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Guillén Velazco Rocío del Carmen (2013). Humanismo y técnica. *Manuscrito no publicado*. México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
- Guthrie, Douglas James (2003). The history of Medicine and Surgery. En: *The New Encyclopaedia Britannica* (27:775-783). Chicago: The Encyclopaedia Britannica, Inc.
- Gutiérrez Raúl (2000). Introducción a la Ética. México: Esfinge en [http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149241/1020149241\\_02.pdf](http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149241/1020149241_02.pdf) [consultado el 18 de julio del 2013].
- Habermas Jürgen (2010). El concepto de dignidad humana y la utopía realista de los derechos humanos. Revista *Dianoia*, 55(64):3-25. Disponible en: [http://dianoia.filosoficas.unam.mx/info/2010/DIA64\\_Habermas.pdf](http://dianoia.filosoficas.unam.mx/info/2010/DIA64_Habermas.pdf) [consultado el 18 de julio del 2013].
- Habermas, Jürgén (2010). Ciencia y técnica como ideología. Madrid: Tecnos.
- Harbison, Jean (1991). Clinical decision making in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 16: 404-407.
- Heidegger Martin (2000). La Carta sobre el humanismo. Madrid: Alianza Editorial.
- Hensen Johannes (s/a). Teoría del conocimiento. ILCA en [http://exordio.qfb.umich.mx/archivos%20PDF%20de%20trabajo%20UMSNH/tesis/JOHANNESHESSEN\[1\].pdf](http://exordio.qfb.umich.mx/archivos%20PDF%20de%20trabajo%20UMSNH/tesis/JOHANNESHESSEN[1].pdf) (consultado el 6 de julio del 2013).
- Hernández Francisca, Del Gallego Ramón, Alcaraz Susana, González José Miguel (1997). La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Rev Cultura de Cuidados* 1(2) en [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5239/1/CC\\_02\\_05.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5239/1/CC_02_05.pdf) [consultado el 15 de junio del 2013].
- Hernández Zambrano, Sandra Milena (2009). Teoría y praxis de enfermería: una relación dialéctica. *Rev Paraninfo Digital*, 6. en: <http://www.index-f.com/para/n6/o009.php> [Consultado el 11 de febrero del 2013].
- Hirschman Albert (1978). Las pasiones y los intereses. México: FCE.
- Holt, Janet (2008). Nurses' attitudes to euthanasia: the influence of empirical studies and methodological concerns on nursing practice. *Nursing Philosophy* 9:257-272
- Jarrin Olga F. (2007). An Integral Philosophy and Definition of Nursing. School of Nursing Scholarly Works. Paper 47. [http://digitalcommons.uconn.edu/son\\_articles/47](http://digitalcommons.uconn.edu/son_articles/47) [consulta el 20 de junio del 2013].

- Kagan, Paula N, Marlaine C, Smith W, Richard Cowling, Peggy L Chinn (2009). A nursing manifesto: an emancipatory call for knowledge development, conscience and praxis. *Nursing Philosophy*. 11:67-84.
- Kant Immanuel (2003). *Crítica de la razón pura*. Buenos Aires: La Página.
- Kant Immanuel (2004). Idea de una historia universal en sentido cosmopolita. En: *Filosofía de la Historia*, México: FCE.
- Kenney, Janet W (2009). Theory-Based Advanced Nursing Practice. En: *Advanced Practice Nursing. Essential Knowledge for the Profession/ Anne M. Barker (Ed) (379-397)*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Kerouac Susan *et al* (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Kotliarenco María Angélica, Cáceres Irma, Fontecilla Marcelo (1997). El concepto de resiliencia en Estado del arte en resiliencia. Organización Panamericana de la Salud en <http://resilnet.uiuc.edu/library/resiliencia/resiliencia2.pdf> [consultado el 6 de julio del 2013].
- Kristeva Julia (2005). *El tiempo sensible*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Kuhn TS (1971). *Estructura de las revoluciones científicas*. México: FCE.
- Leddy Susan, Pepper J Mae (1989). Bases conceptuales de la enfermería profesional. *Perspectivas filosóficas en la educación y práctica de enfermería*. OPS: Washington.
- Leininger Madeleine (1991). Culture care diversity and universality. A theory of nursing. New York. National League of Nursing. No. 15-2402.
- Levin, Janet (2010). Functionalism. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. Edward N. Zalta (ed) en: <http://plato.stanford.edu/archives/sum2010/entries/functionalism> [Consultado el 18 de Julio de 2013].
- Losee, John (1976). *Introducción histórica a la filosofía de la ciencia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Malvárez, Silvina (2002). Contexto de la práctica centrada en los cuidados. Multideterminación, crisis y complejidad en *Rev Elect Enf Glob no.revistas.um.es/eglobal/article/download/703/733* [consultada el 25 de diciembre del 2013].
- Mantzoukas Stefanos, Watkinson Sue (2006). Review of advanced nursing practice: the international literature and developing the generic features. *Journal of clinical nursing*. 16:28-37.
- Marx (2012) Alienación en Filosofía contemporánea. En: <http://www.e-torredebabel.com/Historia-de-la-filosofia/Filosofiacontemporanea/Marx/Marx-Alienacion.htm> (consultado el 28 de diciembre del 2013).
- Marx Carl (1844). Manuscritos económicos y filosóficos en <http://www.vive.gob.ve/archivos/textos/manuscritosecon%F3micos.pdf> [consultado el 3 de noviembre del 2013].
- Marx K (1845). Tesis sobre Feuerbach en <http://www.marxists.org/espanol/m-e/1840s/45-feuer.htm> [consultada el 21 de julio del 2012].
- McCready, Jason S (2010). Jamesian pragmatism: a framework for working towards unified diversity in nursing knowledge development. *Nursing Philosophy*. 11: 191-203.
- Medina José Luis (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería*. Barcelona: Laertes/Pedagogía.
- Medina Moya José Luis, Castillo Parra Silvana (2006). La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. *Texto & Contexto Enfermagem* 5(2):303-311.
- Meeroff, Marcos (1996). *Ciencia, técnica y humanismo: una propuesta a la sociedad*. Buenos Aires: Biblos.
- Meleis Afaf (1997). *Theoretical Nursing: development and Progress*. Filadelfia: Lippincott.
- Meleis Afaf and Trangenstein Patricia (2010). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. En: *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company:New York.
- Mendoza C (2005). Saberes disciplinares y conocimiento científico escolar: trasposición curricular, didáctica y cognitiva en la enseñanza de las ciencias. Congreso Iberoamericano de Filosofía de la Ciencia (2: Santa Cruz de Tenerife: Septiembre, 2005) *Memorias*. Santa Cruz de Tenerife: Universidad de la Laguna.
- Meretoja, Riitta. Eriksson, Elina. Leino-Kilpi, Helena (2002). Indicators for competent nursing practice. *Journal of Nursing Management* 10:95-102
- Merhy E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. Sao Paulo: Hucitec.
- Método experimental en las ciencias empíricas (2011). en: [http://www.educared.org/wikiEducared/index.php?title=M%C3%A9todo\\_experimental\\_de\\_las\\_ciencias\\_emp%C3%ADricas](http://www.educared.org/wikiEducared/index.php?title=M%C3%A9todo_experimental_de_las_ciencias_emp%C3%ADricas) [Consultado el 31 de agosto de 2013].
- Miguelé Martínez Miguel (2009). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas.
- Milstead, Jeri A (2009). Advanced Practice Nurses and Public Policy, Naturally. En: *Advanced Practice Nursing. Essential Knowledge for the Profession/ Anne M. Barker (Ed) (275-304)*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Milstead Jeri A (2009). Advanced Practice Nurses and Public Policy, Naturally. En: *Advanced Practice Nursing. Essential Knowledge for the Profession/ Anne M. Barker (Ed) (275-304)*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Montuschi Luisa (2012). El aprendizaje moral de los individuos y de las corporaciones: las etapas de Kohlberg, la cultura organizacional y los códigos de ética. Universidad Centro de Estudios Macroeconómicos de Argentina en [http://www.ucema.edu.ar/u/lm/ETICA\\_Y\\_NEGOCIOS\\_ARTICULOS/Aprendizaje\\_moral\\_individuos\\_y\\_de\\_las\\_co](http://www.ucema.edu.ar/u/lm/ETICA_Y_NEGOCIOS_ARTICULOS/Aprendizaje_moral_individuos_y_de_las_co)

- [consulta 19 de julio del 2013].
- Morales González, Hector Andrés (2011). Claude Bernard, padre de la fisiología experimental en <http://www.sabetodo.com/contenidos/EEkEAluVuZxHkwebHG.php> [Consultado el 31 de agosto de 2013].
- Morales y Mori, Lilia (2012). El transhumanismo en: <http://www.transhumanismo.org/> [Consultado el 10 de enero de 2013].
- Morin, Edgar (1984). *Ciencia con conciencia*. Barcelona: Antrophos.
- Morrison, Shirley M, Symes, Lene (2011). An integrative review of expert nursing practice. *Journal of Nursing Scholarship*. 43(2):163-170.
- Müller Marina (2004). ¿Qué es la orientación vocacional? En *Descubrir el camino. Nuevos aportes educacionales y clínicos de orientación vocacional*. Argentina:Bonum.
- Najmanovich Denise, Mariano Lucano (2010). *Epistemología para principiantes*. Buenos Aires: Era Naciente.
- Noddings Nel (2003). *O cuidado: uma abordagem feminina à ética e à educação moral*. São Leopoldo: Unisinos.
- Ortega y Gasset José (1937). La rebelión de las masas. Edición electrónica 2004 en [http://www.laeditorialvirtual.com.ar/pages/Ortega\\_y\\_Gasset/Ortega\\_LaRebellionDeLasMasas01.htm](http://www.laeditorialvirtual.com.ar/pages/Ortega_y_Gasset/Ortega_LaRebellionDeLasMasas01.htm) [consultado el 5 de agosto del 2013].
- Ortiz, Mario R (2009). Hermeneutics and Nursing Research: History, Processes, and Exemplar. *Online Journal of Nursing Research*. 9(1):1-6.
- Palacio Víctor (2012). Realidad social, alienación y psicopatologías. El papel de la conciencia en la logoterapia en <http://www.psicologia-online.com/ebooks/logoterapia/alienacion.shtml> [consultado el 28 de diciembre del 2013].
- Panaia Marta (2007). Una revisión de la sociología de las profesiones desde la teoría crítica del trabajo en la Argentina. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) <http://200.9.3.98/publicaciones/xml/9/33099/DocW29.pdf> [consultado el 13 de junio del 2013].
- Parsons T (1967). *Ensayos de teoría sociológica*, Buenos Aires: Paidós.
- Pattakos, Alex (2009). *En busca del sentido*. Los principios de Viktor Frankl aplicados al mundo del trabajo. Barcelona: Paidós.
- Patterson J, Zderad L (1990). *Enfermería humanística*. México: Limusa.
- Penrose Roger (2006). *El camino a la realidad: una guía completa de las leyes del universo*. Madrid: Debate.
- Pérez Cabrera Iñiga, Müggenburg María Cristina (2012). *Visión global del desarrollo de la práctica de enfermería. Manuscrito no publicado*. México. D.F. UNAM.ENEEO.
- Perplejidad (2012) en <http://www.mercaba.org/DicPC/P/perplejidad.htm> [consultado el 10 de agosto del 2012].
- Perry Donna J (2004). Self-transcendence: Lonergan's key to integration of nursing theory, research and practice. *Nursing Philosophy* 5: 67-74.
- Piaget Jean (1984). *El criterio moral en el niño*. Barcelona: Martínez Roca.
- Pico Merchán, María Eugenia, Tobón Correa Ofelia (2005). Sentido del rol de profesional de enfermería en el primer nivel de atención en salud. *Index de Enfermería*. 14(51): 1-7.
- Pinto Natividad (1998). Intersubjetividad, Comunicación y Cuidado. En *Dimensiones del Cuidado*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Grupo de Cuidado.
- Poder Ejecutivo Federal (2010). Artículo 24 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal en [http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/f74e29b1-4965-4454-b31a-9575a302e5dd/ley\\_reglam\\_art5\\_ejerc\\_prof\\_df.htm](http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/f74e29b1-4965-4454-b31a-9575a302e5dd/ley_reglam_art5_ejerc_prof_df.htm) [consultado el 15 de junio del 2013].
- Ramírez Juan Paulo (2012). Antropología filosófica en <http://www.monografias.com/trabajos15/antropologia-filosofica/antropologia-filosofica.shtml> [consultado el 10 de julio del 2013].
- Realidad (2012). en <http://lema.rae.es/drae/?val=realidad> [Rhiel-Sisca, Joan (1992). *Modelos conceptuales de enfermería*. Barcelona:Doyma consultado el 8 de julio del 2013].
- Roach S (1987). *The human Act of Caring: A blueprint for the health professions*. Ottawa:Canadian Hospital Association.
- Rolfe Gary (1993). Closing the theory-practice gap: a model of nursing praxis. *Journal of Clinical Nursing*. 2:173-177.
- Romagnolo David (1998). de J. V. Stalin Sobre el materialismo dialectico y el materialismo histórico. Septiembre de 1938 De la colección: J. V. Stalin Cuestiones del leninismo Ediciones en lenguas extranjeras Pekin. En [http://www.marx2mao.com/M2M\(SP\)/Stalin\(SP\)/DHM38s.html](http://www.marx2mao.com/M2M(SP)/Stalin(SP)/DHM38s.html) [consultada el 12 de agosto del 2013].
- Rubia Francisco J (2003). *La conexión divina. La experiencia mística y la neurobiología*. Colección Drakontos. Barcelona: Crítica.
- Salas Susana, Rubio Severino, Zarate Rosa A (2012). La profesionalización en enfermería: el proyecto de ENEO-UNAM. *Revista de Enfermería* en <http://www.encolombia.com/medicina/enfermería/enfermería3400-profesionalizacion.htm> [consultada el 14 de junio del 2012].
- Salerno MS (2004). Da rotinização à flexibilização: ensaio sobre o pensamento crítico brasileiro de organização do trabalho. *Gestão & Produção*. 11(1):21-32.

- Sánchez Adolfo (1980). Filosofía de la praxis. México: Grijalbo.
- Sánchez B (1998). ¿Porqué hablar de cuidado de la salud humana? En: Sánchez B, Pinto N, editores. *Dimensiones del cuidado*. Colombia: Unibiblos Universidad Nacional de Colombia.
- Santos Magda (2006). Las Tecnologías de Cuidado en la Salud y Enfermería y sus Perspectivas Filosóficas. *Texto Contexto Enfermería*. 15(Esp):178-85.
- Savater Fernando (1987). El aprendizaje humano en: *El valor de educar*. Colección Diez para los Maestros. IEESA, CEA, SNTE. México.
- Secrest, Janet, Iorio Daniel H, Martz, Wallis (2005). The meaning of work for nursing assistants who stay in long term care. *International Journal of Older People Nursing* 14(18b):90-97.
- Secretaría de Salud (2012). Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Principales aspectos y logros. Doc electr en <http://www.smri.org>.
- Serrano Enrique (2004). La insociable sociabilidad. El lugar y la función del derecho y la política en la filosofía práctica de Kant, Barcelona: Anthropos.
- Silo (2012). Diccionario del nuevo humanismo en Obras completas vol II. Librería Humanista en [http://www.cmehumanistas.org/files/Obras Completas Silo\\_vol2.pdf](http://www.cmehumanistas.org/files/Obras_Completas_Silo_vol2.pdf) B116 [consultado el 16 de julio del 2012] de julio del 2013].
- Tapia-Conyer R, et al (2006). Desarrollo del Potencial Humano. En: Roberto Tapia Conyer, editor. El manual de salud pública. México: Intersistemas.
- Taylor Ruth (2012). Using and developing the evidence base in primary health care. *Primary Health Care*. 22(1):31-36.
- Travelbee Joyce (1971). Interpersonal aspects of nursing. Philadelphia: FA Davis.
- Umpiérrez Francisco (2011). Objetivación, cosificación y alienación en [www.aporrea.org/ideologia/a123102.html](http://www.aporrea.org/ideologia/a123102.html) [consultado el 27 de diciembre del 2013].
- Ursúa, Nicanor, Ignacio Ayustarán, Juan de Dios González (2005). Filosofía crítica de las ciencias humanas y sociales. Historia, metodología y fundamentación científica. México: Ediciones Coyoacán.
- USA Nursing Knowledge Consensus Conference ( 1998). Consensus Statement on Emerging Nursing Knowledge Paper Linking Nursing Knowledge and Practice Outcomes en:<http://www.bc.edu/bc>. A Value-Based Position\_ org/avp/son/theorist/roy.pdf [Consultado el 10 de enero de 2013].
- Vilar S (1997). La nueva racionalidad: comprender la complejidad con nuevos métodos transdisciplinarios. Barcelona: Kairós.
- Waldow Vera Regina (2008). Cuidar: expresión humanizadora de la enfermería, México: Nueva Palabra.
- Wilensky HL (1964). The professionalization of everyone? *American Journal of Sociology*, N° 70.
- Zubiri Xavier (1941). Ciencia y realidad. Bibliografía oficial #43, pp 61-95, en <http://www.zubiri.org/works/spanishworks/nhd/cienciayrealidad.htm> [consultada el 9 de julio del 2013].